

216.

ORVOSI HETILAP

ALAPÍTOTTA: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-BEN

FOLYTATTÁK:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON

SZERKESZTI ÉS KIADJA A VALLÁS- ÉS KÖZOKTATÁSÜGYI MINISZTER ÚR TÁMOGATÁSÁVAL
ÉS MEGBÍZÁSÁBÓL A MAGYAR ORVOSI FAKULTÁSOK SAJTÓBIZOTTSÁGA:

HERZOG FERENC, VÁMOSSY ZOLTÁN, ISSEKUTZ BÉLA, POÓR FERENC,
GORKA SÁNDOR, REUTER CAMILLO, ORSÓS FERENC, HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ:

VÁMOSSY ZOLTÁN

EGYETEMI TANÁR

1935.

HETVENKILENCEDIK ÉVFOLYAM



TÁRGYMUTATÓ

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Oldal		Oldal		Oldal	
	Acut ileust okozó sigmarák primaer resectiója	778		Diagnostikus colloid-görbék előállítása a vérsavóból	97
	Adenoma cysticum (kocsányos) a hólyagban	8		»Dynarsan Egger« nevű új syphilisellenes gyógyszerrel gyógyító kísérletek	853
	Adenomyomás polypusok	534		Eclamsziás szülés utáni meningitis serosa a gyermekágyban	608
	Adnexitisek és gyulladások proteïn és vaccin kezeléséhez ..	504		Egészséges bőrön előforduló penész- és sarjadzó-gombákról ..	469
	Agger nasi, mint az elülső rostalabyrinth kulcsa	1101		Egy új bemeneti (Barton) fogóról	42
	Agranulocytosis tuberculosiban	296		Megjegyzés a cikkekre	81
	Agyvízkór Röntgen-kezelése ..	1212		Elektrokardiogramm megváltozásáról kamra extrasystole után	33
	Alapanyagcsere központi szabályozása	311		Elsőleges nyelőcső-gümőkór esete	404
	Algo-myorhythmia	803		Elsőleges szalagalakú szaruhártyahomály	157
	Allergia és vízyanyagcsere 1209,	1239		Emésztőnedvek kölcsönhatásának jelentősége a sebészeti kórtánban	62
	Allergiás állapotok (asthma bronchiale, urticaria) kezelése histaminnal	1341		Enterococcus endocarditis esete ..	852
	Allergiás kísérletek blastomykinnel	757		Enyhe lefolyású disseminált myelitisek és encephalomyelitisek gyakoribb előfordulásáról	406
	Alsó könyökcsovicske sporotrichosisa	125		Ephólyagelhalás és pankreas nekrosis	1358
	Anaemia perniciosa pathogenesisére vonatkozó újirányú kutatásokról	1188		Ephólyag elhúzódó kiürülésének diagnostikai jelentősége ..	729
	Arsenobenzolos ártalmakról	1015		Erysipelás fajlagos kezelése ..	993
	Ascaris ileusról	1243		Exogen és endogen tényezők szerepe a tüneti elmezavarok előidézésében	266
	Ascorbinsav vérzésesillapító hatásáról vesevérzés esetén	378		Érelmeszesedés és a here belső elválasztásos működése közötti összefüggések	41
	Athrombopeniás purpurának agranulocytosisal szövődött gyógyult esete	755		Érzéstelenítés az orr correctió mütéteiben	641
	A-vitamin immunbiológiai hatása	1171		Feer-féle vegetatív neurosizról ..	379
	Állandósult diptheriás szívzavar Állsonttöböl gyulladások sebészeti kezelésének javallatai	154		Megjegyzés a cikkekre	422
	Bacillus suipestifer előfordulása a gyermekkorban	827		Fehérvérsejtek elváltozása natrium jodatum, vagy natrium bromatum hatására	946
	Bakteriológiai adatok a fajlagos középfülgyulladások kóroktanához	501		Felső légutak gócos megbetegedésének jelentősége asthma bronchialeban	1169
	Befolyásolható-e a szív működés gyomor-bél részéről?	668		Benzol hatása leukaemia esetén	1092
	Belső fül harántsubiculum repedésének pathogenesiséről	472		Bőrérynyomás és a hajszálerek viselkedése idült polyarthritiben	938
	Benedek-féle koponyokopogtatással pontosan localizált tályog a fali lebenyben	848		Bőr- és belbetegségek, mint az acut fertőző betegségek késői tünetei	464
	Bőr prae-carcerosus melanosisáról	639		Bőr prae-carcerosus melanosisáról	639
	Calmette-féle BCG-oltás értéke állatkísérletekben	339		Calmotte-féle BCG-oltás értéke állatkísérletekben	339
	Cataracta senilis pathogenesisének elmélete	325		Cataracta senilis pathogenesisének elmélete	325
	Chinin-calciumgluconicum készítmény alkalmazása influenzában	780		Chinin-calciumgluconicum készítmény alkalmazása influenzában	780
	Cholin hatása a gyűjtőeres nyomásra	355		Cholin hatása a gyűjtőeres nyomásra	355
	Chordotomia értéke »crise-gastrique«-ban	199, 232,		Chordotomia értéke »crise-gastrique«-ban	199, 232,
	Chylotoraxról a gyermekkorban	1021		Chylotoraxról a gyermekkorban	1021
	Citochol reactióról	703		Citochol reactióról	703
	Collapsus-készséget jelentő II. histamintypus átalakítása ..	613		Collapsus-készséget jelentő II. histamintypus átalakítása ..	613
	Complementkötési vizsgálatok tüdőgümőkór eseteiben, módosított Neuberg—Klopstock-féle antigennel	636		Complementkötési vizsgálatok tüdőgümőkór eseteiben, módosított Neuberg—Klopstock-féle antigennel	636
	Colonrelief-tanulmányok csecsemőkön	349		Colonrelief-tanulmányok csecsemőkön	349
	Cushing-kór kór- és gyógytana	1362		Cushing-kór kór- és gyógytana	1362
	Csecsemőkori atrophia hormontherápiája	467		Csecsemőkori atrophia hormontherápiája	467
	Csecsemőkori bõrgenyedések orvoslása	156		Csecsemőkori bõrgenyedések orvoslása	156
	Csontvarratok javallatai és eredményei	1312		Csontvarratok javallatai és eredményei	1312
	Csúcsösszenövés miatt incomplet pneumothorax mütéti kiegészítése pneumolizissal kombinált csúcsplastikával	745		Csúcsösszenövés miatt incomplet pneumothorax mütéti kiegészítése pneumolizissal kombinált csúcsplastikával	745
	C-vitamin jelentősége a lence biológiai oxydatióiban	874		C-vitamin jelentősége a lence biológiai oxydatióiban	874
	Daganat okozta Erdheim-féle hypophisaer törpeség	1219		Daganat okozta Erdheim-féle hypophisaer törpeség	1219
	Dermatitis acuta kórképében megjelenő blastomykosisok ..	239		Dermatitis acuta kórképében megjelenő blastomykosisok ..	239
	Dermatitis atrophicans fermentkezeléséhez	69		Dermatitis atrophicans fermentkezeléséhez	69

Oldal		Oldal		Oldal	
	Felületi érzéstelenítésre vonatkozó vizsgálatok és ezek eredményének gyakorlati felhasználása	698, 724			
	Fermentek kérdése a dermatológiában	506			
	Fox—Fordyce-féle betegség histocytológiájához	990			
	Frey-féle fájásszámolás értékéről	121			
	Friss syphilit utánzó kórképek Fülkagyló gangraenájáról Raynaud-kór kapcsán	1241			
	Fültömirigy-túltengéssel járó szokatlan cukoranyagcsere-zavar esete	238			
	Gerincoszlop mechanikája és a scoliosis	369			
	Gerincvelői érzéstelenítés után támadt szemizombénulás	508			
	Gestatiós látászavarok jelentőségéhez	1236			
	Gégediphtheriát utánzó scarlatnecrosisokról	152			
	Gégerák műtéti és sugaras kezelése	202			
	Glaukoma capsulare Vogt esete	475			
	Gonadotrop és tüszőhormon jelentősége a terhesség alatt és a szülés megindulásában	585			
	Gonoreactióról	66			
	Gonorrhoeás complement-kötési reactio szemészeti alkalmazásban	14			
	Gümőkóros tüdőlelet változása vérképés esetén	341			
	Gyermekkor endogen fluorjai ..	291			
	Gyermekkori empyema kezelése	612			
	Gyermekkori gyulladáshoz szívbillentyűbántalmak és azok következményei	1259, 1283			
	Gyógyvizek és gyógyhelyek mint komplexhatású gyógytényezők	1309, 1372			
	Gyomornedvelvonásról	902			
	Gyomornedv hydrogen-ionconcentrációját szabályozó pufferkeverék	558			
	Gyomornedv összes és neutralis chlortartalmáról	183			
	Gyomorsavérték-vizsgálatok tüdőbetegeken Karyon-kezeléssel	950			
	Hadi naplóból	1041			
	Hasdraenezés eldöntése műtét közben	526			
	Hasúri exudatumok supravitalfestése s vizsgálata	321			
	Hasúri vérzések a nőgyógyászatban	793			
	Hasúri visszértágulat	702			
	Havi vérzéssel kapcsolatos fájaldalmak	31			
	Hatodik hónapban megszakadt méhen kívüli terhesség	970			
	Hegekről	288			
	Heveny vérszegénység okozta anoxaemia elektrokardiogramja	921			
	Hólyagműtétek gáti drainezéséről	659			
	Húgyhólyagluersről	1073			
	Húgyútak banális fertőzéseinek bakteriológiája és belső kezelése című cikkekre megjegyzés	786			
	Válasz:	787			
	Végszó:	811			
	Húgyútak cystin-köveinek finomszerkezetéről	1196			
	Húgyútak oxalat köveinek finomszerkezetéről	778			
	Húgyútak/ phosphat köveinek finomszerkezetéről	776			
	Hyperextensiós kezujjtartás ú. n. »choreás kéz« sokfoltú gerincvelői keményedés esetében	773			
	Hypochloraeamiás azotaemiát utánzó subacut lefolyású veseamyloidosis	695			
	Idegingerület autakoid működése	771			
	Idült lobos cseplesz-daganatról	1111			
	Idült mandulagyulladás és pajzsmirigy	435			
	Immunizálási kísérletek terhes-séggel szemben	68			
	Intraperitonealis novuritinjectio halálosan végződő esete	670			
	Ipari szemsérülés	71			
	Isotop elemek a biológiai kutatásban	1047			
	Izérzés vizsgálatok fülműtétek után	876			
	Izületi betegséget kísérő izomfájdalom	590			
	Jódanyagcsere és pajzsmirigyműködés	99			
	Kaufmann-reactióról asepticus műtétekben és gyulladások esetén	344			
	Kaufmann—Wolf-féle epidermophytonnak egy ismeretlen válfaja	1216			
	Katalysatorok szerepe a bőrgyulladásokban	988			
	Kataphreniás kódös állapotban való vándorlás (poriomania)	815			
	Katheter rögzítő készülék használata körül szerzett tapasztalatok	877			
	Keratitit photoelectrica	643			
	Keratoma diffusum palmare et plantare symmetricum szemölcsökkel szövődött esete	437			
	Kék sclera esete	410			
	Kénes fürdők és kénes iszap hatásmódja	318			
	Kénhydrogénmérgezés kénartalmú kenőcs után ikerterhességben	1291			
	Készülék felkartörések gyógykezelésére	353			
	Kétezer grammos és ennél kisebb súllyal született magzatok további sorsáról	752			
	Kétpetűjű ikerszülettek rendkívüli súlykülönbséggel	1214			
	Kéz- arcközpont bántalmára mutató tünetcsoport	919			
	Kísérleti anaemia gyomorkiirtás után	1135, 1162			
	Klinikai adatok a pajzsmirigy hatásáról a vérképzésre	1			
	Klinikai tapasztalatok sulfarsenollal	1306			
	Kloasma gyógyítása citromnedvvel és higanyos kenőccsel	40			
	Kocsányos adenoma cysticum a hólyagban	8			
	Kolitis gravis kezelése ascorbinsavval	557			
	Kolumbácsi légyről	965			
	Konvergencia működési problémái	1050			
	Konyhasóforgalom agyvelőeredetű zavarairól	116			
	Koponyaalapú törés kapcsán kétoldali octavus bénulás	875			
	Koponyaalapú törés miatti kétoldali látóidegsérülés	128			
	Koraszülöttek születés utáni sorsáról	551, 582			
	Kórbonctan biológiai tudomány	1048			
	Kórbonctani gyűjtemények célja és feladata	1040			
	Krukenberg-daganat akne, praeklampisia és gócfertőzés egy nőben	146			
	Különös térdreflex lefolyása ..	1266			
	Különböző kenyérféleségek kihasználása és értékesítése a szervezetben	1286			
	Lapocka osteomyelitise	269			
	Latens Bang-fertőzések felderítése	347			
	Lágy szülőcsatorna rendellenességeinek terapiájához adatok	143			
	Lencsemögötti gyűrűalakú üvegestest leválásáról	701			
	Légírás tünete involutiós elmezavar esetében	666			
	Légutak hurutos megbetegedéseinek gyógyításáról sebészivonatkozásban	444			
	Lipochromról	115			
	Liquor anorganikus phosphorés cukortartalmának összefüggésére vonatkozó vizsgálatok	381			
	Liquor cerebrospinalis silicowolframsav reactiója	126			
	Lymphocytoma miliare a bőrön	555			
	Magas egyenes állás fejtőtartással	1075			
	Magnesiumtükör viselkedése Recklinghausen-féle betegség esetén	351			
	Maláriás lép repedése	872			
	Mandulák göbös túltengéséről	609			
	Máj- és gyomorkészítmények biológiai beállításáról	503			

	Oldal		Oldal		Oldal
Meckel-féle diverticulum okozta bélelzáródás esetei a csecsemő- és gyermekkorban	973	Osteodystrophia és hormonhatás	1262	Sárga májsorvadással és cukorbetegséggel szövődött méhen kívüli terhesség	616
Meckel-féle diverticulum szerepe a bélelzáródások kóroktanában	967	Ovarialis dermoid-tömlőben talált epulis	949	Scleroderma verum fermenttherapiája	943
Medencekimenet mérésére szolgáló eszköz	209	Ovarialis hypofunciók hormonális gyógykezelésének újabb útjai	887	Septikus vetéléshez társult panophthalmitis	408
Melléküreggyulladás és agytályoggal szövődött agranulocytosis esete	822	Oxygenbelégzés hatása a decompensált szívbetegek vérkeringésére	767	Serumdiastase viselkedése kísérleti pancreasnecrosis kapcsán	124
Mellékvesekéreg hypertrophiának összefüggése a testi munkával és a táplálék B-vitamin-tartalmával	961	Öt vegyértékű arsenkészítményekről	661	Sérüléssel eredetű rekeszsérvekről	801
Mellékvesetájék röntgenbesugárzásának szerepe a hypertensio csökkentésében	1119	Paget-kór mint melléklet	149	Sokára másodszor szülők szülei	1207
Meningitisre vonatkozó észleletek és gondolatok	432	Pajzsmirigy hatásáról a vérképzésre	1	Spirochaeta pallida syphilises egyének ép bőrében	1244
Metallurgikus idegbetegségek csont- és ízületi elváltozásai	1139	Pajzsmirigy működészavarai és terhesség	866	Syphilis gyógyítása fénnel és saját vér befecskendezéssel	214
Metropathiák okszerinti gyógykezelése	10	Pantocain szemészeti alkalmazása	671	Syphilis gyógyítása terén tízéves kórházi tapasztalat	1114
Méhrepedés cervicalis császármetszés után	314	Paprika hatása a zsírfelszívódásra	850	Systolés vérnyomás örökléséhez	430
Mikrosporiasis kóroktanához kísérleti adatok	1145	Parkinson-kór familiaris előfordulása Argyel Robertson-tünettel	824	Szaruhártya elvékonyodása jó látásélességgel	730
Miliaris gümőkór gyógyult esete	1100	Parotis melletti zsírdaganat ..	324	Szaruhártyahomály	157
Mitogenetikussugárzás alkalmazása a schizophreniában	948	Pemphigus aetiológiájában újabb elgondolások	1192	Szaruhártya racsós elfajulásáról	1076
Modern biochemia szelleme	1045	Peripheriás keringés változása a korrall	294	Szemizmok hullamerevsége	532
Műtét utáni tüdőszövődmények és kezelésük	1023	Pitvarlibegés dorsaventralis levezetésben	268	Szempemphigus esete	208
Művi hüvelyképzés	863	Pneumonia crouposa kapcsán támadt szívblok gyermekben ..	184	Szénhidrat-anyagforgalom változása allergiás állapotban és histamin reactio alatt	839
Művi tuberculin-érzékenység elérése	562	Prolan-kiválasztás akromegáliában	606	Szív működéséről tüdőtuberculosisban	1316
Naevus flammeus és glaucoma ..	927	Prolapsus placentae	646	Szívbaajosok mandulaműtétének immunbiológiai feltétele	235
Nehéz víz koncentrációja az emberi szervezetben	193	Psoriasis arthropathica klinikája és kórtana	1331	Szívbaajosok sárgaságáról	870
Negyedik nemi betegség (lymphantiasis) sebészi jelentősége	691	Pulzusenergia változása a korrall	536	Szívelváltozások gyakorlati elbírálása a gyermekkorban ..	645
Nem szült nők méhelőesése	473	Quincke-oedema a penisen	442	Szövettenyésztés jelenlegi állása és jelentősége	1043
Nem veseeredetű nitrogen retentióról	409	Rákos betegek gyógyszeres roborálása	443	Szöveti táplálás jelentősége a magzat méhenbelüli szénhidrat-anyagcseréjében	890
Nephrectomia 16 hónapos gyermekben	1025	Ráksejt, a rákszövet és a szervezet biológiai vonatkozásai ..	1011	Megjegyzés a cikkekre	1106
Nephrosclerosis paranoid psychosisai	150	Rekeszsérvekről, különös tekintettel az ú. n. hiatus herniákra	603, 634	Szülészeti phantomok	213
Női nemzőszervek gyulladásos betegségei	1159, 1189	Rejtett szívelégtelenség vizsgálata	211	Tabes és terhesség	402
Női nemzőszervekből kiinduló szabad hasüri vérzésekről	718	Rheumás betegségek gyógykezelése rövidhullámú sugarakkal ..	6	Takata—Ara-reactióval összehasonlítható vizsgálatok különféle ideg- és elmebetegségekben ..	923
Nyaki borda által okozott tüneti Raynaud-kór műtétrel gyógyított esete	898	Ritka nyaki fejlődési rendellenesség (Klippel—Feil syndroma)	1164	Tartós altatással elért eredmények az elmebetegségek különböző kórformáiban	914
Nyálmirigyek köves és gyulladásos betegsége	1121	Ritkább javallat alapján végzett császármetszések	1068	Tawara-szár block gyógyult esete	615
Ok jelentősége az orvosszakértői működésben	395	Röntgen-kymographiáról	174	Terhes vizelet hatása a kalászos növények fejlődésére ..	1096
Megjegyzés a cikkhez	546	Rövid és fájdalomtalan tágulási szak sómentes étrend hatására	95	Terhesség befolyása a histamin-érzékenységre	589
Oncoticus nyomás és savbázis-egyensúly sublimatmérgezésben	205	Megjegyzés a cikkhez	187	Terhesség folyamán időlegesen szünetelő cukorbeteg esete	925
Operált petefészekrák utáni terhességek	1335	Válasz	250	Terhesség megszakítása hysterotomia anterior útján	178
		Rövidhullámú sugarakkal rheumás betegségek gyógykezelése	6	Terhességi oedema keletkezéséről	842
				Terhességgel összefüggő benu-lásos agyzavarok és szívbaj kérdéséhez	497

Oldal		Oldal		Oldal	
528	Terhességi pyelitis és ileus, mint az ú. n. toxicosis	276	Új műtéti eljárás az aranyér kezelésében című cikkre megjegyzés (Orvosképzés novemberi füzet)	255	Vese-, hólyag- és prosztatarak esetén tapasztalt eredmények
1289	Tertier-látás élettanához és magyarázatához adatok	334	Válasz a megjegyzésre	846	Vér A-vitamintartalmának meghatározása
1293	Térdizületi daganat ritka esete	720	Újabb szempontok a környéki erek vizsgálatában	895	Vér bromtartalmának meghatározása különféle elmebetegségben a Leipert—Watzlawek-féle módszerrel
491	Thyroxin hatásának helye és módja a szervezetben	36	Újszülött nemiszerveinek élettanához	382	Vérhas kezelése hypophysis hátsólebeny-kivonattal
828	Tobozmirigy befolyása a növekedésre	826	Újszülött vaccinatiós resistenciája	422	Megjegyzés a cikkre
1143	Toxikus légzés és acidosis a csecsemőkorban	440	Uretersérülések	1019	Vérnyomás, betegség és alkat
727	Trachomások könnyvezető útjairól	818	Úteruscystákról	427	Vérnyomás öröklési módja
900	Trendelenburg-féle tünet szerepe a veleszületett csípőizületi ficam diagnosisában	1072	Vasomotoros zavar intermittáló sántítással encephalitis után	1194	Vicariáló emphysema
1264	Trichophyton citreum	715	Veleszületett epehólyaghiány esetében keletkezett epevezetékkövek	476	Villikinin az emberi bélnyálkahártyában
986	Tuberculosis, lepra, syphilis és rákkutatás irányainak fejlődése	1366	Veleszületett ichthyososis erythroderma	476	Visszeres pangás létesítése és hatása tüdőlebenyeken, mint a tüdőtuberculosis új sebészeti gyógymódja
1218	Tumor ovarii Brenner	1025	Veleszületett sarcoma	991	Víz külső használatáról bőrbajok esetén
941	Typhus abdominalis járványgörbójének magyarázata	185	Venás nyomás jelentősége keringési zavarokban	917	Vízanyagcsere zavara és physialis chemiai tényezők szerepe diabetes insipidusban ..
181	Typhus bacillusgazdák környezetvizsgálata Szegeden	250	Megjegyzés a cikkre	320	Vizeletválasztás csökkenése éjszaka
374	Typhusos bélátfúródás műtéti gyógyítása	1369	Verejtékelváltás a Romberg-féle atrophia faciei progressivában	115	Vizsgálatok a lipochromról
869	Typhusos bélvérzések gyógykezelése congo-vörössel	673	Vese-arteria-aneurysmák carosisos celluloidöntvényei	12	Vitaminok szerepe a sebkezelésben
1339	Typhusos gyermekek electrocardiogrammja	38	Vesecarbunculusról	101	Vörösvérsejt-vizsgálatok hyperthyreosisban
		775	Vesegümőkór és hypernephroma együttes előfordulása ..		

RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL

Oldal		Oldal		Oldal	
674	Bőrkelevény miatt bekövetkezett vetelés	298	Hátsó hüvelyboltozat és a külső méhszájtájék súlyos felmaródása	904	Megfúlás véletlen szerencsétlenség következtében
477	Bűnös abortusok lefolyása és szövödményei	563	Kistöménységű lúgoldattal történt mérgezés következménye	241	Nyomravezető növényi szövetzilánkok a kaparékban
904	Hasrúgásra bekövetkezett koraszülés	297	Kizárt sérv, mint a váratlan halál oka csecsemőben	674	Szokatlan nagy szervült vérrög a főérbillentyűkön

KLINIKAI ELŐADÁSOK, ÖSSZEFOGLALÓ SZEMLÉK, ORVOSTÖRTÉNELEM

Oldal		Oldal		Oldal	
579	A belgyógyászat tanulása	743	Gyermekkori gümőkór megelőzéséről	1035	Köszöntő szavak külföldi vendégeinkhez!
523	Bélelzáródás	1303, 1328, 1355	Gyomorsebészet három kérdése	459	Mikor szükséges és mikor nélkülözhető nőgyógyászati megbetegedésekben a műtét?
367	Bismuth jelentősége az elsődleges és a korai másodlagos syphilis gyógyításában	1063, 1088	Hasnyálmirigy sebészete	631	Női betegségek megelőzése ..
171	Carcinoma	227	Heveny és idült gyulladások a gyermekkorban	960	Női ivarszatorna rendestől eltérő és kóros elváltozásai s azok kezelése
283	Decompressió koponyalékelésről	50	Hogyan lehet Budapest világfürdő?	77	Ókori zsidók kosmetikája
984	Elnöki megnyitó a IX. nemzetközi dermatologiai kongresszus alkalmával	1183	Idült feregnyúlvány-gyulladásról	164	Orvosok a politika és diplomácia szolgálatában
136	Gondolatok Budapest Fürdőváros fejlesztése körül	1279	Kóros verőeres vérnyomás tünettana	595	Rák kórjelzésének fejlődése ..

Oldal	Oldal	Oldal
Rendes szülés fájdalmainak csökkentését célzó újabb törekvésekről 687	Rheumakérdés mai állása 911	Szívtáji fájdalmakról 59, 92
Régi római-időbeli szopóedények ismeretéhez magyarországi leletek alapján 106	Rheumás megbetegedések allergiás vonatkozásai 1087	Világrahozott syphilis prophylaxisa 88
	Sebészet fejlődésének új iránya 1231, 1256	Vitaminok hiányának bőrkórtani vonatkozásai 791

ÉLETRAJZOK, NEKROLOGOK, UTI LEVELEK, KONGRESSZUSI JELENTÉSEK

Oldal	Oldal	Oldal
A Kir. Magy. P. P. Tud. Egyet. 300 éves jubileumi ünnepségeinek programja 1056	Högyes Endre irodalmi munkássága 1175	Mansfeld Géza professor kitüntetése 859
Aschoff Ludvig 1052	† Hutyra Ferenc 25	Megemlékezés Tauffer Vilmosról 332
Balatonfüredi Orvoshét 652	Jean Darier 983	IX. Nemzetközi Dermatologiai Congressus Budapesten 1150
Beszámoló a budapesti reumatanfolyamról 738	† Keller Arthur 276	Pázmány Péter Tudományegyetem 300 éves jubileuma 572
Bókay János díszdoktorrá avatása 15	Kenyeres Balázs rector magnificus és Grósz Emil professor kitüntetése 763	Rák elleni küzdelem külföldön 1320, 1347, 1377
† Buchböck Gusztáv 1105	Krogh August 1054	† Rhoda Erdmann 1057
Eiselsberg Anton báró 1052	† Lovrich József 653	Roussy Gustave 1055
Egyetem ünnepe 1081	† J. J. R. Macleod 453	Semelweis-serlegbeszéd 219
Grósz Emil ünnepe 1081	Magyar Egészség hét megnyitása 1153	Sherrington S. Charles 1055
Harrison Ross Granville 1053	Magyar Orvosi Nagyhét 651	† Theobald Smith 80
Hopkins F. Gowland 1054	Magyar Orvosi Nagyhét napi-rendje 517	Stockholmi »Radium-hemet« .. 108
Hóman Bálint díszdoktorrá avatása 543	Magyar Orvosok Rio Grande Sulban 1378	† Tóth István 1255

ORVOSI ÉS KÖZEGÉSZSÉGI KÉRDÉSEK

Oldal	Oldal	Oldal
A budapesti orvosi kar elégteltelt kér 1104	Könyvtárügyünk válságos helyzete 303	Szabályos receptet 134
A hatvanéves egyetemi közegészségtani intézet 24	Mezőgazdasági betegségi biztosítás 834	Személyi változás a közegészségügyek élén 761
Az Orsz. Közegészségügyi Intézet 1933. évi jelentése 274	Néhány szó a bábaképzés kérdéséhez 419	Takarékosság a gyógyszerrendelésben 1126
Budapest Fürdőváros jövője .. 515	Megjegyzés a cikkekre 421	Tuberculosis elleni küzdelem falun 249
Javaslatok az új Szülészeti Rendtartás törvénytervezetéhez 258	Orvosok és az OTI 1079	Megjegyzés a cikkekre 333
Kozma Miklós az orvosokról és továbbképzésükről 1348	Orvosi Kamara 194	Vészes vérszegénység socialis vonatkozása 682
	Örökléstan klinikák, fajegészségügy és örökléstan a III. Német birodalomban 976	

SZERZŐK NÉVMUTATÓJA

Oldal	Oldal	Oldal	Oldal	Oldal
Alföldy Jenő .. 501	Csekey László .. 150	Frenreisz István 101	Karády István 589,	Lukács József .. 826
v. Ambrus József 432	Csépai Károly .. 395	Freystadtl Béla 698,	613	Lumniczer Sán-
Armentano Lajos 311,	Csillag István .. 902	724	Karczag László 1188	dor 324
879	Czoniczer Gábor 1	Friedrich László 663	Kasztriner Iván 1073	Majoros János 532,
Aschoff Ludwig 1040	Dapsy Endre 551, 582	Frigyesi József 459,	Kaufmann Endre 967	671
Augustin Vince 430,	Darányi Gyula 24, 81,	1256	Kárpáti József.. 95	Manninger Vil-
1019	359	Gaál András .. 1119	Kelemen István 497	mos 171, 517, 652,
Ács Miklós 440, 1236	Darier Jean 986	Geffert Károly 349	Kenedy Dezső .. 988	1320, 1347, 1377
Árvay Sándor .. 585	Dobozy Elemér 767	Geldrich János 303	Kenyeres Balázs 1035	Mansfeld Géza.. 491
Babics Antal .. 66	Dobszay László 36,	Gerencsér Nán-	Kerpel-Fronius	Mansfeld Ottó .. 504
Bajusz Mihály.. 250	291	..dor 853	Ödön 695	Margitay-Becht
Bak Mihály 1096	Donhoffer Szi-	Gidró László .. 778	v. Kémeri Dezső 464	Endre 606
Bakay Lajos 1231,	lárd 453	Göczy Lajos 887	Király József .. 124	Markovits Ferenc 268,
1256	Dósa András 239	Groák Béla 250	Kisfaludy Pál .. 443	355
Baráth Jenő .. 917	757, 1145	Grósz Emil 1154	Kiss Pál 184, 695,	Marx József 351, 1262
Barla-Szabó Jenő 382	Dubóczky Béla.. 97	Grüber Zoltán.. 116	972, 1259, 1283, 1339	Mayer A. 332
Bartha Andor .. 877	Dubrauszky Vik-	Guszich Aurél 33,	Klein Miklós .. 730	Mező Béla 8
Baum Miklós .. 852	tor 818	1023	Kleiner György.. 101	Mészáros Ká-
Baumann Jenő.. 121	Duzár József .. 276	Guzsman Jó-	Kolozs Erzsébet 1100	roly 938
Bánfalvi Tivadar 1293	Dzsínich Antal.. 839,	zsef 88, 991,	Kollarits Béla .. 1015	Miklós László 68, 646
Bányai Alajos .. 1291	1341	1331	Koppány Sán-	Molnár György.. 321
Bársony Tivadar 149	Ebergényi Sán-	Györgyi Géza .. 729	dor 914	Molnár István 116,
Bence Gyula 1135,	dor 408	Hady Antal 801	Korányi András 378	320, 407, 670
1162	báró Eiselsberg	Harrison Ross	báró Korányi	Mosonyi János 294,
Benczúr Gyula 1309,	Antal 1041	Granville 1043	Sándor 579	536
1372	diosadi Elekes	Henszelmann	Kovács Ferenc 81,	Moritz Dénes .. 823
Benedek László 199,	György 164	Aladár 682	258, 551, 582, 687,	Murányi László 444
232, 263	Erdős József .. 503	Herezog Tibor.. 296	1111	Nagy György 314, 534
Bentsáth Aladár 378,	Érczy Miklós .. 641	Hergloz Jenő .. 645	Kovács László .. 477	Nagy Mihály 126, 824,
613, 870	Farkas Aladár 369	Hernádi Mihály 181	Kovács Sándor .. 1378	895, 898, 923
v. Berde Károly 555,	Farkas Mátyás 730	Herzum Alfonz.. 6	Kovácssházy Vil-	Nékám Lajos .. 984
791, 997	Faragó Pál 1169	Hetényi Géza .. 557	mos 50	Németh Lajos .. 1076
Berencsy Gábor 294,	Fazakas Sándor 125	Hoffenreich Fe-	König Gyula .. 1171	Neuber Ede 933
536	Fazekas I. Gyula 298,	renc 342	Kramár Jenő .. 743	Obitz Gyula 780
Berkessy László 183,	563, 674	Hofhauser János 62,	Krogh August .. 1047	Orbán György .. 193
347	Fátyol Csongor 178,	691, 1358	Kubányi Endre 108,	Orsós Ferenc .. 241
Beöthy Konrád.. 288	608	Hollósi Károly 36, 970	526, 1025	Országh Oszkár 341
Beznák Aladár 771,	Fekete Sándor.. 31	Hopkins F.	Kulcsár Ferenc 848	Ottenstein Berta 503
797, 961	Fernbach József 33	Gowland 1045	Kun Lajos 827	Ökrös Sándor .. 673
Bíró Imre 927	Fésüs Andor .. 208	Horn Zoltán 238	Kuncz Andor .. 143	Palcsó Balint .. 941
Bodnár Tibor .. 872	Filep Aladár.... 818	Horváth János.. 504	Kunsági Antal 152,	bilkei Pap Lajos 911
Bodon György.. 787	Findeisen László 344,	Horváth Klára.. 850	422	Papp György .. 896
Bognár Emil .. 636	1241	Huzella Tivadar 1011,	Kup Gyula 1219	Paul Benő 1209, 1239
Bókay János.... 106	Fischer Ilona .. 156	1058	Lang Mihály.... 555	Perémy Gábor .. 1072
Bónis István.... 99	Flesch Ármin .. 227	Hüttl Tivadar 199,	Láng Sándor .. 1286	Perjés János .. 961
Boros József 1, 59, 92	Fodor Géza 701	232, 263, 1183	László Géza 558	Pernyész Sándor 1312
Boskó József .. 185	Follman Jenő .. 595	Illyés Géza 255, 659	László György .. 14	Petres József 71, 123,
Bud György 146, 528	Forfota Erich.. 174	Incze Gyula 404	Lederer Emil .. 1212	157
Buday László 427,	Fornet Béla 1087	Ipolyi Ferenc .. 154	Királylehotai Le-	Fély Mihály 839
1019	Forró Endre .. 925	Jáki Gyula 374	hotzky Pál .. 325	Pilau Gusztáv .. 437
Burger Károly 419,	Forst Ferenc .. 443	Jobbágy Andor.. 334	Lendvai József 1362	Piróth Endre .. 848
631, 653, 1207	Földvári Ferenc 1153,	Johan Béla 422	Liebmann Ist-	Pitrolffy-Szabó
Csapó József .. 1143	1306	Kalapos Imre .. 1092	ván 752	Béla 775
Cseh Imre 297, 904	Frankl József .. 1244	Kandler János .. 546	Ludány György 477	Pogány Kálmán 214

Oldal	Oldal	Oldal	Oldal	Oldal
Pollatschek Ele- mér 202	Sántha Kálmán.. 919	Stróbl Ferenc .. 589	Szira Zoltán 442	Várhelyi Béla .. 42
Pólya Jenő 283, 715	Scipiades Elemér 222, 935, 960	Sülle József 409	Szirmai Frigyes 869	Vásárhelyi Já- nos 703
Poór Ferenc 990	Schaffler József 1279	Svastits Pál .. 827	Szold Endre 776, 778, 1196	Verebély Tibor 1063, 1088, 1303, 1328, 1355
Pósa Imre 959	Schill Imre 1194	Szabó Károly .. 1243	Szombati Sándor 973	Végh Lajos 209
Preiszig Hugó.... 26	Schilling Béla 863, 1068	Szalóczi Károly 671	Szondi Lipót .. 423	Vidakovits Ka- milló 603, 634
Puder Sándor .. 333	Schmidt János .. 755	Szarvas Félix 277, 334	Szüle Dénes .. 1106	Wein Zoltán 1101
Puhr Lajos 639	Schmidt László 318	Szathmáry Se- bestyén 1216, 1264, 1366	Takács László .. 828	Weiner Pál 917
Puky Pál 909	Schönberger Ist- ván 988	v. Szathmáry Zoltán .. 949, 1335	Téri Miklós 612	Weinstein Pál .. 874
Radnai Pál 921	Schranz Dénes.. 674	Szántó Géza 344, 472	Thurzó Jenő 666, 773, 815	Weninger Antal 1164
Raisz Dezső 10, 213	Schulhof Ödön.. 590	Szelőczy Dénes 745	Tóth Zoltán 410, 475, 509, 643, 727	Weninger Antal 1164
Rajka Ödön 988	Sebesta Vilma.. 1171	Szende Béla 822, 875, 876	Török Lajos 77, 367, 988	Winkler Katalin 149
Rakonitz Jenő 803, 1266, 1369	Sellei József 40, 69, 943	Szendi Balázs 890, 976	Tuzson Pál 115	Wlassics Tibor.. 239
Rausch Zoltán 136	Sherrington S. Charles 1050	Szendy Károly.. 515	Ujsághy Pál .. 381	Wollek Béla 184, 1143, 1339
Ráth A. Zoltán 263	Simkó Béla 702	Szente István 616, 793	Vajda Géza 1289	Zahumenszky Elemér 353
Reitmann Ferenc 943	Simon Dezső 469, 1075	Szent-Györgyi Nándor 205	Vajda Lajos .. 946	Zárday Imre .. 720
Rejtő Sándor .. 1177	Sipos Károly .. 562	Szentkirályi Zsigmond 661, 965	Vajna Gábor .. 718	Zechmeister László 115
Réffy Ferenc 1114, 1192	Sólyom Sándor.. 250	Székács Sándor 402	Valkányi Rezső 269, 724, 1121	Zemplényi Imre 187, 194, 738, 835, 1081, 1129
Rheman Ferenc 473, 866	Somogyi István 266	Székely Gyula .. 615	Varga Tibor 379, 1021	Zimányi Vidor.. 235
Roboz Pál 467	Soóky Erzsébet 211	Széky Antal .. 1139	Vargha Ferenc 66	Zoltán István .. 609
Róna Andor 842	v. Sövényházy Ágost 1214	Szilárd Katalin 846	Vas Imre 1316	Zoltán László 12, 435
Rósa László 41	Stefancsik Szi- lárd 1218	Szili Jenő 1159, 1189	Vass László 185	
Rosenthal Jenő 523, 846	Straub János .. 895		Vámosy Zoltán 15, 134, 276, 762, 763, 859, 1081, 1082, 1105, 1106, 1327	
Róth Imre 205				
Roussy Gustave 1048				
Sas Loránt 787, 811				

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SÁNDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

TARTALOM:

Boros József és Czoniczer Gábor: Klinikai adatok a pajzsmirigy hatásáról a vérképzésre (3—6. oldal).
Herzum Alfonz: Az ú. n. rheumás betegségek gyógykezelése rövidhullámú sugarakkal (6—8. oldal).
Mező Béla: Kocsányos adenoma cysticum a hólyagban (8—10. oldal).
Raisz Dezső: A metropathiák okszerinti gyógykezelése (10—12. oldal).
Zoltán László: A vitaminok szerepe a sebkezelésben (12—14. oldal).
László György: A gonorrhoeás complementkötési reactio szemészeti alkalmazásában (14. oldal).

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (1—4. oldal).
Bóky János díszdoktorrá avatása (15. oldal).
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészeti. — Gyermekegyógyászat. — Szemészet. — Bőrgyógyászat (15—18. oldal).
Könyvismertetés (19. oldal).
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei (19—24. oldal).
Darányi Gyula: A hatvanéves egyetemi közegészségtani intézet. (24—25. oldal).
Preisz Hugó: † Szepeshelyi Dr. Hutýra Ferenc (25—26. oldal).
Vegyes hírek (26—27. oldal).

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Klinikai adatok a pajzsmirigy hatásáról a vérképzésre.

Irták: *Boros József dr.* egy. rk. tanár, adjunktus és *Czoniczer Gábor dr.* egyet. tanársegéd.

A pajzsmirigy működése és a vérképzés minden valószínűség szerint bizonyos korrelációban állanak egymással. Ez a kapcsolat egyrészt abban nyilvánul, hogy — több másik mirigy sekretuma mellett — a pajzsmirigy hormonja is befolyásolja a vérképzést, de másrészt az is valószínű, hogy a súlyos anaemiával járó betegségekben, elsősorban az anaemia perniciosában, a pajzsmirigy működése megváltozik.

A pajzsmirigy hormonjának a vérképzésre gyakorolt hatásával több szerző foglalkozott. *Mansfeld* állatkísérletben azt találta, hogy thyreoidea kivonatok befecskendése után a nyulak vörösvérsejtszáma növekszik, valamint, hogy azok a tényezők (pl. magaslat), melyek normál-állatokon az erythropoesist fokozzák, thyreoidektomisált állaton hatásalanok maradnak. *Asher* munkatársai, *Furuya* és *Nakao* a pajzsmirigyüktől megfosztott állaton szintén lassabb erythropoesist találtak, mint a kontrollállatokon; igaz azonban, hogy hasonlóan csökkent erythropoesist észleltek más mirigyek, elsősorban az ovariumok eltávolítása után is. De nemcsak a kísérlet támogatja azt a feltevést, hogy a pajzsmirigynek befolyása van a vérképzésre, hanem a klinikai megfigyelés is. Úgy az irodalmi adatok, mint *Kleiner* vizsgálatai alapján — melyeket az I. sz. belklinikán végezett — azt kell mondanunk, hogy hyperthyreosisban, illetőleg Basedow-kórban inkább fokozott vérképzés jeleit találjuk. A vörösvérsejtek száma hyperthyreosisban egyes szerzők szerint (*Blank*, *Moldansky*) normális határok között mozog; *Kocher* inkább hypernormális értékekről számol be, *Jörgensen* és *Warburg* is enyhe hyperglobuliát találtak.

Kleiner 154 átvizsgált esete közül 23 esetben volt a vörösvérsejtszám 5 milliónál több (ezek között 16 nő volt), újabb 83 esetben a vörösvérsejtek számát 4 és 5 millió közt találta. A szerzők egy része fokozott csontvelőműködés jeleit írja le és ezeket *Kleiner* is megtalálta (sok reticulocytá). Úgyszintén megegyeznek a leletek abban, hogy a vörösvérképben a mikrocytosis dominál, ami szintén fokozott, illetőleg erőltetett regeneráció jelének tekinthető (*Boros*). Hyperthyreosis mellett nagyobb fokú anaemia ritka és »anaemia perniciosával« való együttes előfordulása a kivételek közé tartozik (*Schaumann* és *Saltzmann*). Ilyen esetet írtak le *Neusser*, *Decastello*, *Billings*.

Schaumann és *Saltzmann* véleményével ellenkezően *Meulengracht* azt gondolja, hogy a Basedow-kór és az anaemia perniciosa előfordulása egy ugyanazon betegen gyakori és ő maga 8 ilyen esetet közöl. A kórtörténetek áttanulmányozásából azonban kiderül, hogy ezekben az esetekben a perniciosus mindig évekkal (7—27 évvel!) a Basedow-kór lezajlása után manifesztálódott, olyankor, amikor hyperthyreosis tüneteit már nem lehetett észlelni; a betegek alapforgalma egy esetben sem haladta meg a +15%-ot, sőt két beteg esetében —1% volt. Figyelemre méltó még az a körülmény, hogy a betegek csaknem kivétel nélkül röntgen-kezelésben részesültek, tehát valójában már röntgennel kezelt és nagyrészt gyógyult betegek perniciosájáról szól a közlés, olyan betegekről, kiknek pajzsmirigy-funkciója valószínűleg nem volt fokozott. Túl erélyesen kezelt két Basedow-kóros betegen támadó anaemia perniciosáról *Kerppola*, illetőleg *Hansen* számolt be; ez már a hypothyreosis körébe tartozik és ezért ott fogunk róla szólni.

Az irodalom és *Kleiner* eredményei alapján tehát megállapíthatjuk, hogy hyperthyreosisban a vérképzés általában nem csökkent, sőt gyakran fokozott vérképzés jelei észlelhetők, és hogy ennek megfelelően az erythrocytaszám ritkán subnormális, leggyakrabban normális, de nem ritkán észlelhetünk csekély hyperglobuliát is.

Ezzel szemben a hypothyreosis, illetőleg a myxoedema rendszerint a vérképzés csökkenésével, anaemiával jár együtt. Ennek bizonyítására tudunkkal kísérletes vizsgálatok nem történtek, csupán *Mansfeld* már idézett

munkáiban találtunk feljegyzést arról, hogy a thyreoidektomisált nyulak vörösvérsejtszáma csökken. Viszont annál több bizonyítékot szolgáltat a klinikai észlelés. A myxoedemás betegek többsége tudvalevőleg anaemiás és ez az anaemia néha egészen súlyossá válhatik. *Naegeli* intézetében történt vizsgálatok eredménye szerint 22 hypothyreosisban szenvedő beteg közül 16-nak volt kifejezett anaemiája: az anaemia az esetek többségében makrocyter jellegű volt és a regeneráció legcsekélyebb jeleit sem mutatta. Talán a hypothyreosis és a vérképzés közötti összefüggés mellett szól az az észlelés is, hogy myxoedema gyakrabban fordul elő anaemia perniciosával együtt, mint az a valószínűségnek megfelelően, ha a két betegség találkozása csak véletlen volna. Az irodalomban közölt ilyen esetek közül néhányban megállapítható, hogy a myxoedema megelőzte a perniciosia keletkezését és ezekben felvehető, hogy a hypothyreosis előkészítette a talajt a perniciosia kifejlődéséhez. Csaknem bizonyító ilyen értelemben *Kerppola* esete. A beteg pajzsmirigyét Basedow-kór miatt csaknem teljesen eltávolították, állapota a műtét után nem javult, fáradtsága fokozódott, haja és hónaljszőrzete hullani kezdett. Egy hónappal a műtét után végzett haematologiai vizsgálat típusos perniciosás vérképet eredményezett és a műtét után 3 hónappal a beteg meghalt. A boncolás — midőn csupán kisujjhegynyi pajzsmirigyecsonkot találtak — típusos perniciosia képét mutatta. Hasonló esetet közöl *Hansen*: betege — ki akkor még nem volt anaemiás — középsúlyos Basedow-kór miatt öt ciklusban erélyes röntgenbesugárzást kapott. A besugárzások után két hónappal típusos perniciosia fejlődött ki, melyet a sectio igazolt; a pajzsmirigyből csupán jelentéktelen rész volt fellelhető. *Means*, *Lerman* és *Castle* öt olyan esetet közölnek, ahol típusos perniciosia és típusos myxoedema volt diagnosztizálható egy ugyanazon betegen, *Giffin* és *Bowler* két esetben látták a két betegség együttes megjelenését, *Lisser* és *Anderson* egy olyan esetről számolnak be, ahol a myxoedema pajzsmirigy adagolására, a perniciosia pedig májra javult. *Gulland* és *Goodall* ugyan csak egy esetben észlelték anaemia perniciosia és myxoedema együttes előfordulását. A kilenc itt felsorolt eset közül azonban csupán egyben van feljegyezve, hogy a myxoedema megelőzte a perniciosia kifejlődését, a többi nyolc tehát ilyen szempontból nem értékesíthető.

Az említett esetek között van néhány, amely mindenestre azt a látszatot viseli magán, mintha a myxoedema okozati összefüggésbe volna hozható a perniciosával és hasonló vélemény az irodalomban ismételt felbukkant. Ez volt főképpen oka annak, hogy eseteink kapcsán mi is igyekeztünk e kérdés tisztázásához hozzájárulni.

Mi magunk az utolsó öt év alatt 12 myxoedemás beteget észleltünk és ezeknek véreletéről az alábbiakban számolunk be. Meg kell jegyeznünk, hogy ebben a felsorolásban csupán olyan betegek szerepelnek, kiken típusos myxoedemás tünetek mellett (jellegzetes kültakaró, tunyaság, vontatott beszéd, szőrzethullás) legalább egy alkalommal észleltünk —25 %-os alapananyagfoglalom csökkenést.

A 12 beteg közül ötben nem észleltünk lényeges anaemiát a vörösvértetszám nem süllyedt 4,000.000 alá. A fennmaradó hét anaemiás beteg közül öt esetben találtunk makrocytár anaemiát, egy esetben normocytár típusú vérszegénységet, végül egy betegnek a típusos myxoedemája mellett típusos anaemia perniciosája volt.

Ami a makrocytár anaemiás betegeket illeti, ezeknek vörösvértetszáma 2,900.000 és 3,900.000 között változott, a festődési indexük 1.2—1.3, a vörösvértetek volumene 105—120 μ^3 volt; az erythrocyták átmérőjét középtértékben kifejezve 8—8 $\frac{3}{4}$ μ -nak találtuk. A vérszegénységet thyreoidea adagolása minden esetben kedvezően befolyásolta; azon beteg vörösvértetszáma, kinél a kezelés előtt 2,900.000 erythrocytát és 116 μ^3 volument találtunk, három havi

pajzsmirigyadagolás után 4,000.000-ra emelkedett, anélkül, hogy a vérkép elvesztette volna makrocytár karakterét. Az ebbe a csoportba tartozó betegek vörösvérképe nagyon hasonlít a perniciosia-vérképhez, de attól különbözik abban, hogy az erythrocyták között nem, vagy alig találunk ovális alakút, sem normo- illetve megaloblastokat; e tekintetben leletünk egyezik *Naegeli* észleleteivel.

A legsúlyosabb vérszegénysége annak a betegünknek volt, kinek anaemiája normocytár volt 2,090.000 vörösvértet mellett a volumen 88 μ^3 volt. Az anaemia vas és thyroxin adagolására lényegesen javult és két havi kezelés után 3,800.000 erythrocytát számoltunk 14 %-os alapforgalom mellett.

Végül, mint említettük, egy betegünkön típusos myxoedema mellett típusos anaemia perniciosát észleltünk. E beteg kórlefolyásának rövid kivonata a következő: R. L.-né 1927-ben, 58 éves korában betegedett meg főfájással, szédüléssel; rohamosan gyengült, olyannyira, hogy betegségének 2-ik hónapjában már nem tudott támogatás nélkül járni; keze, lába erősen zsibbadt. Ugyanekkor kezdett hullani a haja, hónalj és faszőrei teljesen kihullottak, bőre szárazzá és ráncossá vált, fél év múlva kihullottak a fogai. A klinikára először 1928 májusában vettük föl. Akkori statusa a következő volt: Az arc feltűnően puffadt, főleg a szemhéjak, a bőr száraz, egyes helyeken pikkelyszerűen repedezett. Haja igen ritka, hónalj és faszőrje teljesen hiányzik, szemöldöke nincs; összes fogai hiányoznak. Beszéde lassú, vontatott, kérdésekre hosszas gondolkodás után vontatottan válaszol. A tüdő és szív felett lényeges eltérés nincs. Máj, lép nem tapintható. Idegrendszer: pupillák egyformák, jól reagálnak; a patellareflexek kézfogással sem válthatók ki. Mindkét comb és alszár külső oldalán a 4—5 lumbalis segmentumnak megfelelőleg hypaesthesiás terület van. Mindkét kéz és lábfejen erős paraesthesia. Lábán állni, járni nem tud. Ataxia! Vérkép: vörösvértetszám 2,250.000, haemoglobin 67%, festődési index = 1,48, erythrocyta volumen = 155 μ^3 , fehérvérsejtszám = 4,900, ebből 68% a lymphocytá. Vébilirubin 0,32 mg %. A gyomortartalom szabad sósavat nem tartalmaz. Alapforgalom: —43%. A beteg anaemiája és idegrendszeri tünetei három heti thyreoidea adagolásra (napi 0,9 g) nem javulnak, vörösvértetszáma 2,200.000. Ekkor *perhepart* kezdünk adagolni: egy hét múlva lényegesen jobban érzi magát, három hét múlva már egyedül jár, ugyanekkor 3,370.000 vörösvértetszámot számolunk; az alapforgalom —6%. A beteg 1928 júliusában hagyta el a klinikát, de állandó kontrollunk mellett tovább szedett *perhepart* és thyreoideát. Állapota tovább javult és 1928 októberében történt kontrollvizsgálatnál konstatálhattuk, hogy haja sűrűbb, szőrzete részben kinőtt, a beteg élénkebb, beszéde normális. Ugyanekkor 3,500.000 erythrocytát számoltunk, 124 μ^3 volumennel. Az alapforgalom —10% volt. További erélyes máj és pajzsmirigy kombinált kezelésre az 1934. évben a vörösvértetszám 4,480.000 emelkedett, a patellareflexek ismét kiválthatók voltak, a beteg pszichéje, mozgékonyasága és külleme teljesen normálissá vált. A betegnek ezek szerint típusos myxoedemája volt ettől nyilván különálló típusos anaemia perniciosia mellett, mely utóbbi pajzsmirigyadagolásra nem reagált, viszont májadagolásra kitűnően javult. Vajjon a myxoedema vagy a perniciosia támadt-e előbb, nem volt megállapítható.

Ha viszont az anaemia perniciosia szempontjából tekintjük a myxoedemával való összefüggést, tehát azt kutatjuk vajjon milyen a pajzsmirigy működése perniciosában, úgy szintén találunk olyan adatokat, melyek a pajzsmirigy csökkent funkciója mellett szólnak. *Mendershausen* perniciosában elhaltak pajzsmirigyét dolgozta fel szövettanilag és az esetek többségében súlyos atrophias elváltozásokat talált. A perniciosás betegek tudvalevően éppenúgy, mint

a myxoedemások hajlamosak zsírfelraktározásra, bőrük gyakran száraz, hajuk, szőrzetük gyér, korán őszülnek, fogazatuk idő előtt kihull; közös tünet az achlorhydria is, mely myxoedemás betegen is gyakori. A perniciosás beteg pajzsmirigyének hypofunctiója mellett értékesíthető talán az a tapasztalat, hogy thyreoidea és máj kombinált adagolásával néha sikerült erythropoesist megindítani olyan perniciosás betegeken, kik májjal szemben refracterek voltak (*Dablé*).

Viszont a perniciosás betegek pajzsmirigy-hypofunctiójának ellene szólhat az a tapasztalat, hogy ezen betegek alapforgalma az esetek többségében fokozott (*Curschmann* és *Bachmann*, *Becker*, *Baldrige* és *Barer*, *Grassheim*). Ez a fokozott alapforgalom a remissió beálltával gyakran csökken, úgyhogy a remissióban lévő perniciosás betegek alapforgalma a szerzők többségének véleménye szerint normális, sőt *Baldrige* és *Barer* arról számolnak be, hogy a teljes remissióban az alapforgalom subnormálissá válhat: 6 vizsgált eset közül 2-ben —20%-os értéket észleltek. Ez az észlelés véleményünk szerint igen fontos, mert az anaemia perniciososa és a hypothyreosis bizonyos vonatkozása mellett szól. Hasonló észleletet tettünk — mint az a későbbiekből kiderül — mi magunk is.

Mint már fentebb említettük, az irodalomban saját betegünkön kívül 9 olyan esetet találtunk, melyben típusos perniciosát észleltek típusos myxoedema mellett. Ezek közül három esetben volt megállapítható, hogy a perniciososa jött létre előbb; e három esetben tehát szóba kerülhet az a lehetőség, hogy az anaemia perniciososa diszponált a myxoedema kifejlődésére.

Mi magunk a klinika utolsó hét évének perniciosos anyagát dolgoztuk fel ebből a szempontból és a feldolgozott 89 eset közül 6-ban találtunk olyan tüneteket, melyek kifejezetten hypothyreosisra utaltak és ezek közül 5-ben —10% alatti alapforgalmat. A 6 beteg közül az egyik volt a már részletesen tárgyalt perniciosos nőbeteg, kinek kórtörténetét fentebb ismertettük; a fennmaradó 5 közül kettőnél észleltünk —18%-os alapforgalmat, egynél —16%-ot, egynél —10%, végül egynél —1% volt a legalacsonyabb észlelt alapforgalom. Ebben az esetben viszont egyéb myxoedemára utaló tünetek voltak igen szembetűnők: típusos bőrelváltozás, tunyaság, lassú, vontatott beszéd.

E csoportból a legjellemzőbb egy 50 éves nőbeteg volt, ki éveken át állott megfigyelésünk alatt típusos anaemia perniciososa miatt, mely májtherapiára lényegesen javult. Miután azonban a máj szedését elhagyta, súlyos recidiva állott be és ebben a súlyos állapotban vettük fel ismét a klinikára 1931 októberében. Ekkor a vörösvérsejtszáma 1,140.000 volt, a vörösvérsejtek átlagos átmérője 8,5 μ és a festődési index 1,7. Feltűnt a beteg nagyfokú aluszékonysága, a beszéd vontatottsága és az egész testre, de főleg az arcra kiterjedő oedemája, a haj és szőrzet ritka volta. Ezen tünetek miatt meghatároztuk az alapanyagforgalmat, de egy olyan időpontban, midőn a májtherapia bevezetésére a retikulocyták száma már 247⁰/₀₀-re emelkedett. Ebben az állapotban az alapforgalom +23% volt. Három héttel később, midőn az erythrocyták száma már 2,400.000-re emelkedett, viszont a retikulocyták száma 12⁰/₀₀-re csökkent, az alapforgalom —18% volt. Ezen lelet és a klinikai tünetek alapján felvettük, hogy ezen esetben is perniciososa és myxoedema közös megjelenéséről van szó, annál is inkább, mert a pajzsmirigy adagolására a myxoedemás tünetek javultak, a beteg élénkebbé lett, oedemája hamarosan eltűnt és a vörösvértestek száma is gyorsabb iramban növekedett, mint mikor kizárólagos májtherapiában részesült. Egy havi thyreoidea adagolás (napi 2x0,5 g tabl. thyreoideae) alatt testsúlya 12 kg-al csökkent, az erythrocyták száma 4,100.000 emelkedett. 1,03 festődési index mellett. A beteget igen jó állapotban bocsátottuk el 1932 január havában. Oda-

haza gyógyszerrel nem szedett és így hamarosan recidivált, úgyhogy két hónap múlva igen súlyos állapotban vettük fel ismét: 24 órán belül meghalt. A boncolás megerősítette az anaemia perniciososa diagnózisát, ám nem nyújtott újabb támpontot myxoedemához. A boncolási jegyzőkönyvből (*Karoliny dr.*) közöljük a pajzsmirigyre vonatkozó részt. A pajzsmirigy súlya 50 g, állománya pettyhűdt, nedvdús, metszéslapon halványsárgás. A jobblebenyben mogvorónyi fehéres, élesen körülírt, tömöttebb egynemű góc található, mely metszéslapon igen halványan sárgás; a lebenykés rajzolat elmosódott. Szövettanilag ezen göbben a colloid sajátságos kék festődésű, míg a környező normális pajzsmirigyszövetben halványpiros festődésű.

Ebben az esetben tehát úgy a klinikai kép, mint az alapforgalom subnormális értéke megindokolta, hogy az anaemia perniciososa mellett — attól függetlenül fejlődött — myxoedemát vegyünk föl. A boncolásnál kitűnt, hogy a betegnek normális nagyságú és elegendő ép szerkezetet mutató pajzsmirigyállománya volt, és így a myxoedema diagnózisa tarthatatlanná vált. Fel kell tételeznünk, hogy ebben az esetben az anaemia perniciososa mint alapbetegség okozta a pajzsmirigy működés megváltozását és ugyanígy kell értelmeznünk a többi 4 perniciososa betegen észlelt myxoedemás tüneteket és csökkent alapforgalmat is.

A perniciososa beteg alapforgalma — mint azt a fent ismertetett eset bizonyítja — a kifejezett hypothyreosisos tünetek ellenére is fokozott lehet. Ennek oka nyilván az, hogy a fokozott vörösvértest szétesés és a reticulocytakrisis idején az alapforgalmat éppen ezek a tényezők fokozzák. *Peabody*, majd *Wright* vizsgálataiból ismeretes, hogy a perniciososa-beteg csontveleje relapsus idején, — amidőn a vérben esetleg csak néhány reticulocytát találunk — zsúfoltan telve van éretlen alakokkal (reticulocytákkal) és a reticulocytakrisis idején ezek jutnak nagymennyiségben a vérbe. *Morawitz* és iskolája viszont kimutatta, hogy míg az érett erythrocyták oxigénfogyasztása gyakorlatilag nulla, addig az éretlen alakok (magvas vörösvértestek, reticulocyták) oxigénfogyasztása jelentős. Ha tekintetbe vesszük, hogy a perniciososa-beteg sejtkepző, működő csontveleje az ép ember csontvelejének többszöröse és ez telve van éretlen alakokkal, akkor érthető lehet, hogy az ilyen beteg alapforgalma a relapsus és a reticulocytakrisis idején fokozott. Az anaemia perniciososában szenvedő beteg valódi (pajzsmirigy kormányozta) alapforgalmát csak akkor állapíthatjuk meg, ha a vizsgálatot a teljes remissio idején végezzük, mikor a mennyiségében is csökkent csontvelő már normális sejtkepzést fejt ki és a reticulocyták száma úgy a csontvelőben, mint a keringő vérben normális. Ha így járunk el, az esetek egy részében sikerülni fog subnormális értéket találni, ami azt mutatja, hogy a hypothyreosisos tünetek valóban a pajzsmirigy csökkent funkciójának következményei.

A feldolgozott perniciosos anyagunk tehát azt mutatja, hogy a perniciososa-betegek egy kis részében (a mi anyagunkban kb. 6%-ában) kifejezett hypothyreosisos tüneteket észlelhetünk és hogy ugyanezen betegekben esetleg az alapforgalom csökkent voltát is sikerül kimutatni, ha a meghatározást kellő időben végezzük.

Összefoglalás. 1. 12 myxoedemás betegünk közül 7-ben találtunk súlyosabb vérszegénységet. Az anaemia az esetek többségében (5 esetben) macrocytár jellegű volt, nagy átmérőjű és nagy volumenű erythrocytákkal. A vérkép ezekben az esetekben hasonló a perniciosos vérképhez, de különbözik attól abban, hogy hiányzik az ovalocytosis és hiányzanak a magvas vörösvértestek. A myxoedemás anaemia pajzsmirigy adagolására kitűnően javul.

2. Egy betegünkön típusos anaemia perniciosát és myxoedemát észleltünk együtt. A perniciososa máj-adagolásra, a myxoedema pajzsmirigy adagolásra külön-külön gyógyult,

3. Perniciosa-betegeink egy részében (6%) hypothyreosisos tüneteket észleltünk. E betegeken a remissióban, midőn a reticulocytakrisis már megszűnt, néha csökkent alapforgalmat konstatalhattunk, ami megerősíti azt a feltevésünket, hogy ezekben az esetekben a myxoedemás klinikai tüneteket is a pajzsmirigy csökkent működése okozta. A relapsus és a reticulocytakrisis idején az alapforgalom — a myxoedema klinikai tünetei ellenére is — fokozott lehet.

Irodalom: *Mansfeld és Orbán:* Arch. f. exper. Path. u. Pharm. 97. — *Mansfeld:* Blutbildung und Schilddrüse. Bonn, 1913. — *Zondek:* Dtsch. Med. Wschr. 1922. — *Unverricht:* Klin. Wschr. 1923. — *Asher:* Biochem. Zschr. 163. és 166. — *Furuya:* Bioch. Zschr. 147. — *Blank:* Dtsch. Arch. f. klin. Med. 1920. — *Moldansky:* Dtsch. Med. Wschr. 1928. — *Jørgensen és Warburg:* Acta med. Scand. Bd. 66. — *Boros:* Wien. Arch. f. inn. Med. 1927. — *Boros:* Ergebnisse d. inn. Med. und Kinderheilk. 42. — *Schaumann és Saltzmann:* Schittenhelm's Handbuch der Krankheiten des Blutes. — *Neusser:* Wiener Klin. Wschr. 1899. — *Decastello:* Dtsch. Med. Wschr. 1914. — *Billings:* Americ. J. of med. sciences. 1900. — *Meulengracht:* Klin. Wschr. 1929. — *Kerppola:* Acta med. Soc. Med. Fennicae. Tom. IX. — *Hansen:* Ugeskrift for Laeger. 1922. — *Naegeli:* Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. 1931. — *Means, Lermann és Castle:* New. Engl. Journ. of Med. 1931. — *Giffin és Bowler:* Minnesota Med. Assoc. 1922. — *Lesser és Anderson:* Endocrinology. 1931. — *Mendershausen:* Klin. Wschr. 1925. — *Damblé:* Klin. Wschr. 1933. — *Curschmann és Bachmann:* Dtsch. Arch. f. klin. Med. 152. — *Becker:* Acta med. Scand. Vol. 63. — *Baldrige és Barer:* Journ. of clin. Invest. 1931. — *Grassheim:* Klin. Wschr. 1928. — *Peabody:* Amar. J. Path. 1927. — *Wright:* J. of Path. 1930.

A Szent Lukács Gyógyfürdő közleménye (vezető főorvos: bilkei Pap Lajos egyetemi magántanár).

Az u. n. rheumás betegségek gyógykezelése rövidhullámú sugarakkal.*

Irta: *Herzum Alfonz dr.*

A rövidhullámú sugarak orvosi alkalmazásával új fejezet indult meg az elektroterápiában. A sugárzások sajátos fizikai és élettani tulajdonságai hamarosan új therapiás lehetőségek sorozatát nyitották meg. E therapiás lehetőségek között már kezdettől fogva szerepeltek az ú. n. rheumás betegségek. A csúzos betegségek rövidhullámú kezeléséről először *Schliephake* és *Soiland* számoltak be, legutóbb *Schaffler* és *Rosa* ismertették 23 rheumás betegük besugárzásának eredményét. Abban a szerencsés helyzetben vagyok, hogy a Szent Lukács-fürdőben levő és bilkei Pap Lajos egy. m. tanár úr tulajdonát képező rövidhullámú készülék alkalmazása révén, amely már több mint egy éve van üzemben, csaknem 120 csúzos beteg rövidhullámú kezelésének tanulságairól és eredményeiről számolhatók be. Ez a szám tetemesen meghaladja az eddig közölt ilyen eseteket. A készülék 1,5 Kw-nyi Philips adócsővel rendelkezik és 10—15 m-es hullámok előállítására képes. Bár *Kelen*, *Schaffler* és *Rosa* legutóbb megjelent dolgozatai kimerítően foglalkoztak a rövidhullámú sugárzás fizikájával, mégis szükséges kitérnem néhány fizikai és élettani kérdésre, különösen azokra, amelyek a sugárzások rheumás betegségek elleni használatát és gyógyító eredményeit teszik érthetőbbé.

A rövidhullámú készülék két elektródja a közéhelyezett testrésszel kondenzátorrendszerrel képez, melyben a két elektród a kondenzátor fegyverzete, a testrészt pedig a környező levegőréteggel a szigetelőanyag szerepét játssza. A kondenzátorlemezre ható áram hatása alatt a szigetelő

* A Magy. Orvosok Rheuma Egyesületének 1934 június 2-iki nagygyűlésén megtartott előadás.

anyagon, jelenleg besugárzott testrészt, egész tömegében elektromos mező fejlődik ki, ami a rendkívül nagy, másodpercenként 50—100 milliónyi frekvenciájú áramnak megfelelően, intenzitását gyorsan változtatja. Az áramnak ilyen vándorlása nem történik maradék nélkül, mert az csak ideális szigetelő vagy vezető esetén jöhetne létre. Tekintettel azonban arra, hogy ilyen a gyakorlatban nincs, a vezetőképeség nagyságának megfelelően, energiavesztés jön létre, mely veszteség hő alakjában jut érvényre. E jelenség alapján könnyen érthető a besugárzott testrészt egyenletes átmelegedése, mert a meleg nem kívülről befelé vezetődik, hanem egyszerre az egész testrészt tömegében lép fel. Ez a magyarázata tehát a rövidhullámok egyenletes melegítő és kifejezett mély hatásának is. A felmelegedés nagysága elsősorban az áram erősségétől függ, de nem kevésbé fontos tényező az áram frekvenciája vagy más néven hullámhossza és amint fentebb láttuk, a besugárzandó testrészt anyaga is. Mert ugyanazon hullámhossz mellett az anyag vezető képességétől, illetve koncentrációjától függően a felmelegedés más és más lesz. Igen tanulságosak *Pätzold* elektrolytokon végzett kísérletei, melyben sikerült bizonyítani, hogy azonos hullámhossz mellett az elektrolyt oldat koncentrációjának változtatásával a felmelegedés nagysága különböző lesz és a felmelegedés egy optimális koncentráció mellett a legkifejezettebb. Ha a hullámhosszakat változtatta meg, az egyes hullámhosszaknak különböző optimális koncentrációt állapított meg, vagyis minden koncentrációnak egy optimális hullámhossz felel meg legjobban és vezet legerősebb felmelegedéséhez. Az emberi szervezet különféle szövetek, elektrolytok és kolloidok összessége, amik különböző vezetőképeségűek. Hihetőnek látszik tehát annak lehetősége, hogy a rövidhullámú sugarakkal az egyes szövetféleségek a nekik megfelelő optimális hullámhosszal szelektíve befolyásolhatók. A rövidhullámú éra kezdetén a legnagyobb bizakodás hangját hallhattuk e kérdésben. Sajnos, az elméleti és in vitro kísérleteket a gyakorlat nem igazolta teljesen, ami valószínűleg az emberi szervezet bonyolult felépítésében, az egyes szövetek csaknem átmenet nélküli összefüggésében és sok más tényezőben lelheti magyarázatát. Kétségtelen, hogy az egyre szaporodó kutatások e téren is napról-napra biztatóbb eredményt hoznak.

Amint látjuk tehát, a rövidhullámoknak egyenletes, mélyreható meleg hatásuk van, amit eddig egyetlen eljárással sem tudtunk elérni. Míg kezdetben a rövidhullámokkal elért eredményeket csupán thermikus hatásoknak tekintették, újabban mindinkább erősödik az a felfogás, hogy a meleg hatás mellett az ú. n. specifikus rövidhullámú hatásoknak van döntő szerepük. Ezt az elvet vallja *Schliephake*, de különösen *Libesny*, aki a thermikus hatásokat egyenesen feleslegesnek tartja. Azon közlés alatt álló vizsgálataimban, amelyekben a növényi csira fejlődését figyeltem meg rövidhullámú kondenzátortérben, világosan mutatták, hogy a csirák roncsolása főképpen rövidhullámú specifikus hatás, ami mellett a kétségtelenül jelen levő thermikus hatások alárendelt szerepűek. Legutóbb *Groag* és *Tomberg* foglalkozott e kérdéssel. Véleményük szerint az ú. n. specifikus rövidhullámú hatás is meleg hatás, a különbség csak az, hogy a többi melegítő eljárással a meleg kívülről befelé haladva vezetődik, rövidhullámmal ellenben egyszerre az egész objektumban keletkezik meleg, amit az ú. n. pontoszerűen képződő meleggel (punktwärme) magyaráznak. Tekintettel arra, hogy e melegmechanizmus mégis specifikus természetű, a quasi specifikus elnevezést ajánlják. Alábbiakban néhány kiragadott élettani megfigyelést ismergetek, amelyek különösen a csúzos betegségek therapiás magyarázatához lesznek szükségesek és amelyek csaknem meggyőzően igazolják a specifikus rövidhullámú hatások jelenlétét.

Mint már említettem, a rövidhullámú sugárzásnak kitett testrészt meleg, bővérű lesz. Ez a vérbőség csupán meleggel nem magyarázható teljesen. Az erek tágulása tartós és határozott, a vér- és nyirokkeringés gyorsul. *Jorns* a bőralatti kötőszövet, hashártya és ízületek felszívódási viszonyait tanulmányozta kutyákon és rövidhullámú sugarak hatására a felszívódás gyorsulását észlelte, ami különösen a bőralatti kötőszövetben volt határozott. A hyperaemiák és különösen az erek viselkedését világítja meg *Pflomm* értékes állatkísérlete. Rövidhullámok hatására kondenzátortérben a capillárisok rendkívül nagyfokú és több óráig tartó tágulását észlelte. Adrenalinnal és meleggel végzett ellenőrző kísérletei alapján arra a megállapításra jut, hogy az erek tágulása a sugarak vagust izgató és sympathicust bénító hatásán alapszik. A vegetatív idegrendszerre kifejtett rövidhullámú hatást emberen *Weissenberg* és *Hoff* tanulmányozták és legtöbbszörre vagust tonizáló és sympathicust bénító hatását látták. A hatás azonban néha kimaradt vagy ellenkező lett, amit a sugarak iránti különböző érzékenységgel és az ezidőszerűtlen technikával magyaráznak. *Pflomnak* köszönhetőek továbbá azon megfigyelések, amelyek különösen a gyulladásban látott jó hatásoknak szolgálhat magyarázatul. Megfigyelése szerint a disszociált calcium ionok egyrésze eltűnik a vérből és a besugárzott testrészt szövetekben jelenik meg. Itt kell még megemlítenem *Jornsnak* azon megfigyelését, mely szerint a sugarak fokozzák a phagocytózist, mely véleménye szerint nem a leukocytákon, hanem a serumban végbemenő folyamat eredménye. A vér savójában végbemenő folyamatot érzékíti némileg *Schliephake* kísérlete, aki rövidhullámok hatására a savó viscositásának csökkenését látta az ellenőrzésképpen hasonló hőfokon tartott serummal szemben, mely változatlan maradt. Ha még ehhez hozzáadjuk *Schliephake* azon megállapítását, hogy a rövidhullámú sugárzás a gyulladás folytán savanyú irányban eltolódott szövetekben jobban érvényesül, megkapjuk elméleti magyarázatát a rövidhullámú sugarak gyulladáscsökkentő hatásának.

A rövidhullámú sugárzás baktericid hatásával számos kutató foglalkozott. Kiemelendők *Schliephake*, *Hasse*, *Libesny*, valamint *Groag* és *Tomberg* vizsgálatait tartom. *Staphylococcus*, *gonococcus*, *tuberculosis*, *bakt. coli*, valamint *trychophiton tonsurans*, *aktynomices bovis* tenyészetek pusztulásáról számolnak be a közlemények és közöttük csak árnyalatbeli különbség tapasztalható. *Schliephake*, de különösen *Libesny* az egyes baktériumfajtákra vonatkozó hatás szempontjából rendkívül fontosnak tartják a megfelelő hullámhosszot. *Libesny* véleménye a legszélsőségesebb; ő *trychophiton tonsurans*, *aktynomices bovis*, valamint *bakt. coli* esetében a 15 m-es hullámokat aktiválóknak, tehát a baktérium növekedésére és szaporodására serkentőnek tartja és csak a négy m-es hullámoktól látja azok pusztulását; ezért fenti betegségekben a rövidhullámos kezelést tilalmasnak ítéli. E valószínűtlen észlelést *Groag* és *Tomberg* cáfolták meg nemrég, tagadva a 15 és 4 m-es hullámok antagonistá hatását, mert mindkét hullámhossztól a telepek pusztulását figyelhették meg. Végül még megemlíteném *Szymanowszky* kísérleteit, melyekben rövidhullámú sugárzás hatására a diphtheria toxin toxicitásának csökkenését, illetve teljes pusztulását észlelte.

A rövidhullámú sugarak hatásának e rövid áttekintése után áttérnék eredményeink ismertetésére. Besugárzott anyagokban a legkülönfélébb csúszos betegség fordult elő. Besugárzásainkat 12 m hullámhosszon és legnagyobb részt kondenzátortérben végeztük. Heveny poliartthritis rheumaticát nem sugároztunk be, mert annak jóformán az egész testre kiterjedő elváltozásait kondenzátortér kezeléssel befolyásolni céltalannak látszott. Az egész test besugárzása pedig, mint ahogyan azt amerikai szerzők mesterséges láz-

keltés céljából, pl. *paralysis progressivában* végzik, nem egészen veszélytelen eljárás lévén, meg sem kíséreltük. Subacut és *chr. primaer és secundaer poliartthritis* azon esetekben fordultunk *condensator* kezeléshez, amidőn a folyamat egy, legfeljebb két ízületben volt kifejezett. E betegek legnagyobb része fájdalmas ízületeit használni alig tudta. Izületeik a *periarticularis lágyrészek* gyulladással beivódása miatt duzzadtak, pirosak voltak, sok esetben szemmel látható *evátozása*, a csontokon, felrakódások, *subluxációk* formájában. Egyesek esetében kifejezett izzadmány volt az ízületi üregben, ami különösen a térdben volt jelentékeny. A betegek kezdetben naponként, később másodnaponként kaptak kezelést 8—20 perces időtartammal. Az esetek legnagyobb részében 3—4 kezelés után lassú javulási folyamat indult meg a besugárzott ízületben. Először a fájdalomcsökkentés kezdődött egy-két órai időtartamra, később pedig mindig tartósabban. Egy-két *rosszindulatú chr. poliartthritis* esetében a fájdalomcsökkentés nem volt befolyásolható. Nem tagadható, hogy e betegek hosszú hónapok *fájdalmasságában* rendkívül *neurasthéniasok* lesznek és a sugárzás *szuggesztív* hatása is figyelembe veendő. Az objektív gyógyító hatás különösen azokon volt megfigyelhető, akiknek *izületük* duzzadt és *izületükben* izzadmány volt. Hat-tíz besugárzás után a *lágyrészek* duzzanata és az ízületi izzadmány felszívódása szemmel láthatóan megindult, a *fájdalmasság* csökkent, az *izület mozgása* jobb lett és a *közérzet* is javult. Bár nem remélhető, hogy a rövidhullámú sugárzással a *chr. poliartthritis* súlyos elváltozásait tökéletesen gyógyítani képesek volnánk, mégis megkísérlendő e kezelés akkor, ha a *fájdalmasság* és *duzzanat* csak egy vagy két *izületre* terjed ki és egyéb eljárással eredményt elérni nem tudtunk.

Igen hálás terület a rövidhullámú kezelés számára az *arthritis infectiosa*. Eseteink között *tonsillitises*, *parametritises*, *kankós- és egy gümöseredetű arthritis* volt. A *gümöseredetű arthritis* 15 kezelés után változatlan maradt és a *rövidhullámú* kezelést abbahagytuk. Különösen jól reagáltak a *mandulalobos* eredetű *arthritis*ek, ahol egy-két kezelés után már a *fájdalmak* csökkenését, *hat-nyolc* kezelés után pedig a *lágyrész duzzanat* és *izületi izzadmány* majdnem tökéletes felszívódását észleltük. Tíz-tizenöt kezelés után már csaknem teljes mozgási szabadság volt észlelhető az *izületeken*. Ugyancsak jó eredményt láttunk *kankós arthritis*ekben, ahol hamarosan a *fájdalom* csökkenését, a *merev contrahált izmok megpuhulását*, az *izzadmány felszívódását* észleltük. E *felszívódás* tempója talán kissé lassúbbnak látszott, de legtöbbszörre teljes gyógyuláshoz vezetett. Valószínű, hogy az *arthritis infectiosa*ban látott jó eredményt főleg a *sugarak baktérium- és toxinölő* képessége magyarázza, amit a *gyulladáscsökkentő hatás* és *meggyorsult felszívódási viszonyok* fokoznak. A *baktericid és toxinölő hatás* a jövőben egyébként nagy reménnyel kecsegtet, mert meg van a *lehetősége a behatolási kapu* elsődleges elváltozásainak gyógyítása révén a *folyamat* tökéletes gyógyítására. Ugyanez a helyzet a *chr. poliartthritis*ek esetében is, ahol a *szervezetet senzibilizáló helyi fertőzés befolyásolása* által a *szervezet hyperergias* reakciójának megszűnése várható. E kérdések végleges tisztázására azonban még hosszú megfigyelési időre van szükség. Egy *kankós és egy mandulás* eredetű *arthritis*et említenék meg, melyekben a *besugárzás* után az *izület* *fájdalmasabb és duzzadtabb* lett. Mindkét esetet még a *kezelések első időszakában* sugároztuk be és *rosszabbodásuk* a *kissé túlerélyes besugárzással* magyarázható. Sajnos az *adagolás mértékére* pontos eszközeink nincsenek és éppen ezért főleg a *beteg szubjektív bemondásaira* vagyunk utalva. Mindenesetre az *infectiós arthritis*ekben, általában *synovia* *heveny izgalmi állapotában* óvatosan kezdjük el a *besugárzást*, amit egyszerűen a *kondenzátor-lemezek*

távolításával és a besugárzási idő csökkentésével érhetünk el.

Arthrosis porcelváltások és felrakódások gyógyítása nem remélhető rövidhullámú sugárzással. De különben is ezen elváltozások gyakran tünetmentesek, amit az is bizonyít, hogy sokszor más célból készített röntgenfelvételen lesznek csak nyilvánvalóvá. Fájdalmat a synovia sec. izgalma, valamint az ízületet környező szalagok fájdalmasága és az izomzat sec. myalgiája okoz. E sec. myalgiák befolyásolása rövidhullámú orvoslással jónak mondható. Néhány kezelésre még a hónapok óta más kezeléssel eredménytelenül orvosolt betegeken is jó eredményt láttunk. Leggyakrabban a térd- és csipőizület környékét sugároztuk be és különösen a térdizület besugárzásai voltak igen jó hatásúak. Kevésbé jó eredményről számolhatok be, igaz, hogy csak négy eset után, az endokrin arthralgiák, valamint ismeretlen eredetű polyalgiák esetében, ahol a kezelések egészen kis és átmeneti enyhülésétől eltekintve, hatástalan maradt. Hamarosan csökkent ellenben a fájdalom traumás, főleg sportsérülés utáni szalag- és izomlaesiónál, ahol a több hétig tartó fájdalommal jelentékenyen megrövidíthető volt. A kezelés azonban a sérülés után csak 7–8 nap múlva kezdhető meg.

Igen jó, mondhatnám meglepő eredményt értünk el primaer myalgiás eseteinkben. Torticollis és lumbago 2–3 kezelésre feltűnően jól reagált, a fájdalommal és izomerevség hamarosan csökkent. Egy-két esetünkben sollux és histamin iontophoresis után változatlan torticollisnál két kezeléssel csaknem teljes gyógyulást értünk el. E jó hatás kétségtelenül a sugarak mélyreható, egyenletes meleg hatásával, valamint kifejezett értágító és keringésjavító hatásával magyarázható. E hatás talán csak a diathermiás kezeléssel volna összehasonlítható. De a rövidhullámú kezelés javára billenti a mérleget, hogy az elektródokat nem kell a testre helyezni, amivel olyan meleg is adható, ami a diathermia esetén, a bőr erős felmelegedése miatt, kellemetlen érzést vált ki. Nem is szólva azon égési sérülésekről, amelyek mélyhőkezelés kapcsán a helytelenül alkalmazott elektródok következtében keletkeznek, különösen olyan helyen, ahol a testrészt egyenetlensége miatt szokásos ólomelektrodokkal tökéletes odailllesztés nem érhető el.

Egyik legérdekesebb és legkevésbé tisztázott kérdés az idegek viselkedése rövidhullámú sugarak hatása alatt. Különösen neuralgiák besugárzásáról nem alakult még ki egyértelmű vélemény, mert egyesek jó, mások pedig semmi hatást nem láttak a rövidhullámú sugaraktól. Schaffler és Rosa ischiásos esetei nem mutattak határozott javulást, Libesny pedig a trigeminus neuralgiák rossz befolyásolása miatt zsábák esetén a rövidhullámú kezelést céltalannak tartja. Hogy a rövidhullámú sugárzásnak az idegek iránt különös affinitása lehet, Kellner érdekes megfigyelései is bizonyítják: kisenergiájú készülékkel olyan bémult izmok, ahol már sem galvanos, sem farados árammal összehúzódtat létrehozni nem sikerült, rövidhullámok hatására izomösszehúzódtat észlelt. Trigeminus-zsábás és ischiásos betegeink rövidhullámú kezelése nem vezetett sikerre, sőt egyiknek-másiknak fájdalmai a kezelés alatt még fokozódtak. Weissenberg is megemlíti a zsábás fájdalom fokozódását kondenzátor térben, de főképp akkor, ha nem egyenirányított árammal dolgozott. Eseteinkben csak az a különös, hogy készülékünk egyenirányított árammal működik. Valószínű, hogy az áram minőségén kívül az energia nagyságának is nagy szerepe van a fájdalom létrehozásában. Már Weissenberg figyelmeztet az idegek nagy affinitására rövidhullámú sugárzás alatt és azért neuralgiák kezelésére enyhe sugár- adagot ajánl. Az ő elgondolása és eljárása szerint végezzük utóbbi időben mi is besugárzásainkat. Neuralgiás eseteinket ugyanis nem kondenzátortérben, hanem az úgynevezett

elektromos mezőben folyó kezeléssel végezzük. A kezelőhelyiségben glimm-lámpával meghatározzuk azon helyeket, ahol a sugárzás kifejezett. A beteget e helyre ültetjük és fájdalmas testrészt, jobboldali trigeminus-zsábában pld. a jobb arcfélet finomszövésű fémszövetrel borítjuk be. Evvel az eljárással rendkívül kisenergiájú sugárzás jut a beteg területre. A beteg legfeljebb enyhe meleget, finom szurkálást, vagy hangyamaszást érez. Tekintettel arra, hogy a kezeléseket ilyen módon csak 3–4 hete végezzük, határozott véleményünk még nem alakult ki. Úgy látszik, hogy e kezeléssel a neuralgiás fájdalmak jobban befolyásolhatók és eredményeink biztatóak. Weissenberg ezen eljárással zsábák esetén igen jó eredményeket ér el. Neuritis betegek nem volt és erre vonatkozó megbízható, nagyobb irodalmi adattal sem rendelkezünk.

Végül a kezelés általános hatásaira vonatkozólag megemlítendőnek tartom, hogy a kezelés rendkívül kellemes, betegek mind szívesen vették. Kellemetlen melléktünet nincs és csak egy-két esetben panaszkodtak a betegek műló főfájásról, kezelés után pár percig tartó enyhe szédülésről. A különböző testrészekon végzett kezelés alatt egy esetben sem haladta meg a hőmérséklet emelkedése a háromtized fokot, de sokszor változatlan maradt. Egy betegünkénél, aki sinusitis frontalis miatt kapott kezelést és a sugarak az agyvelő homlok lebenyén hatoltak nagyrészt keresztül, a hőmérsékletemelkedés kezelés után szintén csak háromtized fok volt.

Mint láthatjuk a rövidhullámú sugárzás hasznos, sokszor nélkülözhetetlen gyógyító eszköz az úgynevezett rheumás betegségek gyógyításában. Nem csodás, mert aki csodát vár tőle, sokszor fog csalódnani. De ott van a helye abban a fegyvertárban, amellyel gyakran hosszú és elkésredett harcunkat vívjuk e betegségek ellen. Használata nem teszi nélkülözhetővé a már bevált és jóhatású physiko és mechanotherapiás eljárásokat, hanem azok mellett megfelelő csoportosítással hasznos és értékes gyógyeljárásunk lesz.

Irodalom: Schliephake: Kurzwellentherapie, Gustav Fischer Jena 1932. — Groag és Tonberg: Wiener Klin. Wschr. 1934. 9. sz. — Schaffler és Rosa: O. H. 1934. 12. sz. — Kelen: O. H. 1933. 52. sz. — Pflomm: Archiv. J. Klin. Chirurg 1931. 166. — Jorns: Bruns Beitr. 159. 1. J. — Weissenberg: Wiener Klin. Wschr. 1934. 10. sz. — Libesny: Münch. med. Wschr. 1932. Wiener Klin. Wschr. 1932. és 1934. — Kellner: Medizinische Klinik 1932, 21. sz. — Haase és Schliephake: Strahlentherapie 1931. 40. sz. — Schliephake és Compère: Klinisch. Wschr. 1933. 44. sz.

Kocsányos adenoma cysticum a hólyagban.

Irta: Mező Béla dr., egyetemi magántanár, közkörházi főorvos

H. H. dr. 57 éves orvos 1928 november 3-án avval a panasszal jelentkezett rendelésen, hogy egy idő óta vizelete lassúbb sugárban ürül, s hogy gyakrabban is kell vizelnie. Elmondta, hogy betegsége lassanként kezdődött; fájdalma, véres vizelete nem volt, de egy idő óta vizelete határozottan zavaros, s genyes volt. Feltűnt a betegnek az is, hogy minél inkább igénybe vette a hasprést, vizelete annál rosszabbul ürült.

A két részletben ürített vizelet mindkét részében igen sok genny volt. A fehérje a genynek megfelelő mennyiségben volt kimutatható. A húgycső egy 20-as számú Tiemann-katheterrel könnyen átjárható volt, s a hólyagból a vizelet teljes kiürítése után még 200 gr visszamaradó vizelet távozott. A prostata a végbélben át nem volt nagyobbak tapint-

ható. A hólyagtükrözéskor a gerendázatos hólyag nyálkahártyája mindenütt belővelt, duzzadt, fényesített volt. Az áthajlási redő a felső és oldalsó részeken a szabályos concav alakot mutatta, alsó harmadában azonban igen erősen bedomborodott, annyira, hogy az uréternyílások nem voltak láthatók. Az érbe adott indigocarmin nyolc perc alatt csak zöldeskékesen jelent meg. E lelet alapján középső-lebenyű prostatahypertrophiát vettem fel s műtétet ajánlottam. A hólyaggyulladás gyógyítására s a veseműködés megjavítására állandó kathetert alkalmaztam. Rendszeres hólyagmosásokra a hólyaggyulladás meggyógyult s a veseműködés annyira megjavult, hogy négyheti kezelés után december 4-én a tervbevett műtétet el lehetett végezni.

Parasacralis és hasfali érzéstelenítésben magas hólyagmetszéssel hatoltam be. A hólyagfenék feltárásakor kiderült, hogy a diónyi terimenagyobbodás nem középső lebenytől származott, hanem a trigonum közepén a középvonaltól kissé balra, a húgycsőnyílástól két cm-re hátra egy kb. egy cm hosszú kocsányon lógott. A terimenagyobbodás előhúzásakor benne egy tömlő megnyílt, amiért a terimenagyobbodás egyharmadával megkisebbedett. A kocsányt a hólyag izomzatán áthaladó metszéssel eltávolítottam. A hólyagfal sebének csomót catgut-öltésekkel egyesítettem, a hólyagba állandó kathetert kötöttem s a hólyagot teljesen zártam. Síma gyógyulás után december 23-án a beteg egészségesen távozott.

Az eltávolított átmeneti hámmal borított símafelületű terimenagyobbodás kisebb-nagyobb üregekből állott, amelyet egyrétegű kőb, illetve hengerhám bélelt. A hámmal bélelt e mirigyjáratokat túlnyomóan síma izomszövetből álló, de helyenként kötőszövetes részeket is tartalmazó közti szövet választotta el. E lelet alapján kétségtelen, hogy az eltávolított kocsányos daganat a prostatahypertrophia esetében található fibromyo-adenomákkal teljesen azonos szerkezetű s így a daganatot a hólyagfenékről kiinduló prostatahypertrophiának kell tartanunk, ami az irodalom tanúsága szerint rendkívül ritkán fordul elő.

A hólyagfenékről kiinduló ilyen fibromyo-adenomás terimenagyobbodást első ízben Rokitsky írt le, majd egy esetet Frisch és Hock ismertetett. Hock esetében a betegnek a hólyagba bedomborodó gesztenyenagyságú közönséges prostatahypertrophiája mellett e terimenagyobbodástól függetlenül néhány centiméterre hátrafelé a hólyagban egy diónyi, a valódi prostatahypertrophia szövetével teljesen megegyező terimenagyobbodása volt. A hólyagfenékről kiinduló eddig ismertett fibromyo-adenomák száma három, amelyhez negyediknek az én esetem csatlakozik. A három idegen daganat félgömbszerűen emelkedett elő, széles alapú, tömör volt s a trigonumban a középvonalhoz közel volt elhelyezve, míg az én esetem kocsányos és részben cystás volt.

A hólyagfenéken cystákat is észleltek. *English, Borghardt, Nitze, van Houten* és *Wesson* közöltek egy-egy ilyen esetet. Ezek a cysták a trigonumról indultak ki, félgömbalakúak voltak, *Wesson* esetének kivételével, amely kocsányos volt. Az öt cista közül négy férfi, egy pedig női hólyagban észleltetett. *Chwalla R.* négy cseresznye-dió nagyságú cystát közölt, amelyet a hólyag mellő falán az áthajlási redő közelében voltak. Az uretervég tömlős kítágulásából keletkező terimenagyobbodások e cystáktól könnyen megkülönböztethetők. A hólyagfenéken igen ritkán fibromák és myxomák is előfordulnak, amelyet kórismézése csak szövettani vizsgálattal lehetséges.

A belső hólyagzáróizom felett, tehát a hólyagfenéken keletkező s a prostatával egyenes összeköttetésben nem lévő ezen daganatok és cystákkal szemben igen jelentékeny azoknak a terimenagyobbodásoknak a száma, amelyek a hólyagzáróizom alatt fejlődnek. Idetartoznak a prostata

jóindulatú daganatait, a prostatahypertrophiák, a prostatacysták s a prostata echinococcusai. Ezekre a terimenagyobbodásokra az a jellemző, hogy nagy tömegük a hólyagzáróizom alatt fekszik, s amennyiben növekedésük folyamán a hólyag felé terjednek, a hólyagba a hólyagzáróizom szétfeszítése árán jutnak be.

Az utolsó 20 évben ismertetett jóindulatú prostata-daganatok száma öt. Ezek a húgycső izomzatán kívül a végbél, a gát és a hólyag felé terjedtek, fibromák s fibromyomák voltak. Ezek a terimenagyobbodások a húgycső izomzatán belül fejlődő prostatahypertrophiáktól jól megkülönböztethetők.

A prostatahypertrophiák száma igen nagy. Ezzel szemben az ismert prostatacysták száma a mai napig csak 62. A prostatacysták vagy a *Müller*-féle járat csökevényes maradványaként visszamaradó utriculus prostaticus kivezetőcsövének az elzáródásából keletkeznek, vagy a prostata-mirigyek kivezetőcsövének összetapadása folytán jönnek létre és így váladékpangásra vezethetők vissza. E cysták néha igen jelentékeny nagyságot érnek el, de ha a növekedésük folytán be is jutnak a hólyagba, a prostatával széles alapon közlekednek, s így könnyen felismerhetők. A pars. prostatica urethrae mirigyéből fejlődő s a hólyagba hosszabb kocsányon belógó diónyi cista urethralis egy esetét *Wesson* ismertette.

Rokitansky és *Frisch* a hólyagfenéken talált daganatokat elszórt prostata csirákból származó daganatoknak fogták fel, az újabb vizsgálatokból tudjuk azonban azt, hogy a prostatahypertrophia maga sem a tulajdonképpeni prostatamirigyekből, hanem a húgycső prostatikus részében lévő húgycsőmirigyekből fejlődik. E húgycsőmirigyeket *Adrion, H. W. Fischer*, valamint *Horn* és *Orator* vizsgálatai révén ismertük meg, akik a prostata szövettanának tanulmányozásával e kérdést tisztázták.

Már *Jores, Albaran* és *Motz* rámutattak arra, hogy a húgycső hátsó részében a belső hólyagzáróizom közvetlen közelében lévő húgycsőmirigyeknek a prostatahypertrophia keletkezésében nagy szerepe van. *Adrion* ábráiból világosan látszik, hogy a prostata tulajdonképpen háromféle mirigyből áll. A mirigyek egy része a prostatikus húgycső nyálkahártyájában magában van. Ezek a mirigyek nem hatolnak az izomrétegig, a húgycső *Littreé* mirigyével azonos képződmények, amelyek rövid kivezetőcsövekkel egyenesen a húgycső felületére nyílnak. A mirigyek második csoportja a prostatikus húgycső izomzatán belül helyezkedik el. Ezek a mirigyek hosszabb kivezetőcsővel a colliculus seminalis két oldalán végződnek, míg a mirigyek harmadik csoportja a húgycső izomzatán kívül van. E mirigyek kivezetőcsövei a húgycső izomzatán áthaladnak s ugyancsak a colliculus seminalisok két oldalán nyílnak. Ha a szerzők közleményeit áttanulmányozzuk, azt látjuk, hogy az egyes mirigyrészek elnevezésében nagy az összevisszaság. A húgycsőben lévő mirigyeket *Albaran* »subcervicalis« mirigyeknek nevezte, ugyanezt *Adrion* »belső mirigyeknek« hívta, *Fischer* »különös járulékos ivarmirigyeknek«, *Horn* és *Orator* »paraprostatikus«, *Girenko* »periurethralis«, *Lendorf* »járulékos«, *Iversen* pedig csak »húgycsőmirigyeknek« nevezte. Ezek az elnevezések nem szabatosak azért sem, mert a prostatikus húgycsőmirigyek két fajtáját, a mucosában és a muscularisban lévő mirigy csoportokat nem különböztetik el. Az elnevezések e zűrzavarába egyiséget csak úgy hozhatunk, ha olyan elnevezést vezetünk be, amely az anatómiai viszonyoknak teljesen megfelel. Ezért azt ajánlom, hogy a fentebb leírt mirigyek első csoportját, amelyek csak a húgycső nyálkahártyájában vannak, a húgycső prostatikus részének nyálkahártyájában lévő mirigyeknek (glandulae intramucosae partis prost. urethrae); a húgycső izomzatán belül elhelyezkedő mirigyeket a prost. húgycső izomzatában lévő mirigyeknek (gl. intramusculares part. prost. ur.); és a mirigyek har-

madik csoportját a húgycső izomzatán kívül eső mirigyeket, amelyek a prostata valóságos mirigyelemeit képezik, húgycső-körüli, illetve valóságos prostatamirigyeknek gl. periurethrales part. prost. urethrae seu gl. prost. verae-nek nevezzük el.

A szövettani vizsgálatok tanúsága szerint a prostatikus húgycsőmirigyek daganatos megnagyobbodása vezet a prostatahypertrophia kórképéhez. E megállapítást támogatja *Fischer* azon megállapítása is, hogy a húgycső prostatikus részének a mirigyei entodermális eredetűek, míg a valódi prostatamirigyek mesodermából fejlődnek.

A hólyagban előforduló mirigyekre vonatkozólag a szerzők igen ellentétes álláspontot foglaltak el. *Sappey*, *Hey*, *Bruns*, *Oberdick* a hólyagmirigyek létezését egyenesen tagadták. *Bruns* a hólyagban mirigyeket nem talált, csak a nyálkahártya szövetébe behatoló, a felületes hámréteggel összefüggő, vagy avval semmiféle összeköttetést sem mutató hámcsapokat észlelt. Hasonló volt *Oberdick* megfigyelése is. A vizsgálok másik, nagyobb csoportja, akik közé *Kölliker*, *Luschka*, *Henle*, *Obersteiner*, *Hollstein*, *Stöhr*, *Gegenbauer*, *Albarran*, *Testut* tartoznak, pedig kifejezett hólyagmirigyeket írt le. Az ellenmondásokat *Lendorf* a legkülönbözőbb korú egyéneken végzett vizsgálati eredményeinek összevetésével küszöbölte ki. *Lendorf* az embryo hólyagjában nem talált hámcsapokat, se mirigyeket. *Lendorf* az embriókban csak a húgycsőben talált a nyálkahártya kötőszövetébe terjedő hámcsapokat, amelyekből véleménye szerint a későbbi húgycsőmirigyek keletkeznek. A gyermek hólyagjában *Lendorf* már részben a hámrétegben lévő üregeket, részben pedig tömör hámszigeteket talált. A hámcsapok legtöbbször a hámrétegben magában voltak, de a mucosa kötőszövetrétegébe is beterjedtek. Minél idősebb volt a vizsgált egyén és minél közelebb volt a vizsgált rész a hólyagnyákhhoz, *Lendorf* annál több vacuolát és hámcsapot talált a hólyagban. *Lendorf* megállapította, hogy a vacuolák körül lévő hámsejtek szaporodni kezdenek, benőnek a kötőszövetbe, ami által sokszor egyrétegű hengerhámossal bélelt saját kötőszövetes tokkal ellátott mirigyek keletkeznek. A mirigyképződés ezek szerint vagy vacuola keletkezéssel s a vacuola hámsejtjeinek szaporodásával vagy hámcsapok keletkezésével, ezen hámcsapok megnyúlásával s üregképződéssel kezdődik. Minél hosszabb az üreges járat, annál kevesebb rétegű az azt bélelő hámréteg. Ilyen módon egyrétegű hengerhámossal bélelt kifejezett adventitiával rendelkező mirigyek keletkeznek, amelyekben minden esetben váladék is mutatható ki. Ezek a mirigyek oldalágak keletkezésével bővülnek, ami által néha egész mirigycsomók keletkeznek. Egy kivezetőcsőhöz rendszerint 1—5 mirigy tartozik. Felnőtteken a mirigyképződés *Lendorf* szerint minden esetben megállapítható, bár az egyik egyén mirigyképződése jelentékenyen tömegesebb lehet, mint a másikon, sőt a mirigyképződés kivételesen el is maradhat. Nőkön a mirigyképződés ugyanolyan, mint férfiakon, de átlagban véve nem olyan tömeges. 30 éves egyéneken a mirigyképződést *Lendorf* nemcsak a hólyagfenéken, hanem a hólyag oldalán 2—3 cm-re is észlelte. A hólyag vertexén *Lendorf* még a legöregebb korban sem talált mirigyképződést.

Lendorf tüzetes vizsgálatai alapján kétségtelen, hogy a különböző életkorokban a hólyagnyálkahártya hámcsap, vacuola és mirigytartalma más és más. Ez a körülmény magyarázza meg azt a tényt, hogy a szerzők egy része a hólyagmirigyek létét tagadta, míg mások határozott hólyagmirigyeket írtak le. A hólyagfenék cystái a hólyagmirigyek kivezetőcsövének az elzáródásával s a mirigyekben termelt váladék pangásával megmagyarázhatók. *Rokintansky* és *Frisch* a hólyagfenék fibromyoadenomáit a hólyagfenékre tévedt prostatacsírok továbbfejlődéséből származtatták.

E felvétel azonban helytelen, mert már tudjuk, hogy a prostatahypertrophia nem a valódi prostatamirigyekből, hanem a prostaticus húgycső mirigyeiből keletkezik, amelyekkel a hólyagfenék mirigyei fejlődésük során is, szövet-tanilag is teljesen egyező képződmények. E daganatok keletkezéséről az a véleményem, hogy a hólyagmirigyek hámelemeinek daganatos burjánzásával egyidejűleg a környező kötőszöveti és izomelemek is szaporodni kezdenek és így jó létre a fibromyoadenoma. A daganatképződés e módja annál is inkább elképzelhető, mert a húgycső prostaticus részének mirigyei s a valódi prostatamirigyek éppúgy, mint a hólyag mirigyei tömör hámszigetektől keletkeznek, amelyekhez csak a fejlődés bizonyos fokán csatlakozik izom- és kötőszövet.

A székesfővárosi közpórházak Gyöngyösi-utcai szülősztályának közleménye (Vezető főorvos: Raisz Dezső egyetemi magántanár)

A metropathiák okszerinti gyógykezelése.

Irta: Raisz Dezső dr.

A gyógyszeres kezelés egyik legrégebb alakja az organoterápia, a hatóanyag felismerése, tiszta előállítás s egysegítésével által fejlődött hormontherapiává s további tökéletesedését már csak egyes kórfolyamatok bonctani és hormonális oki tényezőinek behatóbb megismerése irányíthatja. Egyrészt tehát az aetiologiás felderítés és a biochaemia, másrészt az előállítási technika haladásának termékei azon készítmények, amelyeket ma már sem minőségileg, sem mennyiségileg nem a találgatás bizonytalanságával rendelgetünk, hanem mint szövettani vagy hormonanalysis segítségével pontosan körülírt kórfolyamat okszerű, céltudatos gyógyításának a szükséges egységeiben kimért gyógyszerét adjuk.

A hormonkutatás mai kiépítettségének legfontosabb pilléreit éppen a nőgyógyászat állította fel s ezek között is kimagaslik az, amely mint a lépésről-lépésre haladó rendszeres kutatás eredményeként a metropathia okszerű kezelését jelképezi.

A genitális vérzések azon rendszertelen csoportjából, amelyet *Pankow* és *Aschoff* az endometritis chronica tanának összeomlása után metropathia néven foglaltak össze, *Schröder* és tanítványai munkája különítette el jól körülírt szövettani, majd hormonális vizsgálatokkal az állandósult, meg nem repedt tüsző által előidézett és fenntartott »valódi metropathiát«, a nyálkahártya mirigyes, tömlős túltengés (gland. cysticus hyperplasia). Ezen vizsgálatokból tudjuk, hogy e kórkép, amellyel leggyakrabban a petefészek szaporodási (generatív) tevékenységének megindulásakor (juvenilis metropathia) és kialakása előtt (praeklimakteriás metropathia) találkozunk, lényegében nem más, mint egy menstruációs szakasz félbenmaradt volta, mert a petefészekben rendszeren lezajló folyamatok sorozata csak a tüsző éréséig jut el, de elmaradván annak megrepedése s így a granulosa mirigy (sárgatest) kialakulása, a nyálkahártya is ennek megfelelően csak a proliferatív fokozatig épül fel, de a meg nem repedt tüsző által termelt folliculin állandó és fokozott hatása alatt, annak túlzott alakjává burjánzik. A rendszeren hosszabb-rövidebb ideig tartó amenorrhoea után beálló vérzés közvetlen előidézője a túltengett nyálkahártya felszínes rétegének elhalása, amelynek helyéről a vérzés eltart mindaddig, amíg az egész nyálkahártya le nem válik, illetőleg a tüsző meg nem reped, nem luteinisálódik, — végső okát keresve azonban fokozott folliculin-termelés következménye, tehát úgy a vérzés,

valamint az azt rendszerint megelőző amenorrhoea a polyhormonális kórképek közé tartozik. Ezen ma már nem vitatható tények egyik legszebb kísérletes bizonyítékát szolgáltatotta emberen Szarka, akkor, amikor castrált asszonyok méhének nyálkahártyájában igen nagy mennyiségű, 360.000 egységnyi tüszőhormon adagolására kialakult a mirigyes, tömlős túltengés.

A metropathia kórképének ilyen részletes megismerése kezünkbe adta az oki gyógykezelés kulcsát is, a félbenmaradt ciklus befejezésére irányuló törekvés alakjában. Ennek az elérésére két út között választhatunk, és pedig vagy a hiányzó, ki nem fejlődött granulosa mirigy hormonjának (lutin) adagolásával formáljuk át a túlzottan proliferált nyálkahártyát a secretiós, illetőleg a praemenstrualis alakra, vagy pedig gonadotrop hormon hatására bizzuk a tüsző luteinisálódását. Az előbb elmondottak alapján valóban okszerű gyógykezelésnek csak az utóbbi nevezhető. Erre a célra szolgál a hypophysis elülső lebenyének hormonja, amely különféle gyárak különféle elnevezése alatt kerül forgalomba, de csaknem valamennyinek közös sajátága az, hogy nem magából a mirigyből, hanem a vizelettel kiválasztott anyagból készül.

Szarkának az Orvosi Hetilap múlt évi évfolyamának 44. számában közölt vizsgálatai alapján a *Chinoïn*-gyárban *lutocrescin* néven előállított készítmény hatását még klinikai asszisztens koromban módomban volt úgyszólván születésétől kezdve az I. sz. nőgyógyászati klinika beteganyagán, később pedig a Gyöngyösi-utcai szülészeti osztályon nyomon követni, illetőleg megfigyelni. E hormongyógyszer, mely 500 egységnyi végbélkúpok alakjában kerül forgalomba, egy egységben a hypophysis elülső lebenyéből 0,45, a méhlepényből 0,50 s haemolysált terhesvérből 0,05 egységet tartalmaz. Biológiai tulajdonságaira vonatkozólag utalok a fentemlített cikkekre, amelynek ez a közlemény klinikai szempontból képezi kiegészítését. A klinikán még általam észlelt három esethez társul a Gyöngyösi-utcai szülészeti osztályon, részben mint bejáró, részben mint fekvőbeteg kezelt hét metropathiás kórtörténete. Ezen összesen tíz lutocrescinnel sikeresen gyógyított beteg körlefordítását az alábbiakban ismertetjük.

A klinikán észlelt esetek, amelyeknek szíves átengedéseért Frigyesi professzor úrnak e helyen is köszönetet mondok, a következők:

1. P. I. 311/32. 8 éve vérzik rendetlenül, néha oly nagy mértékben, hogy az anaemias tünetekhez is vezet. Ezen idő alatt három ízben méhkaparást, két ízben lépbesugárzást s petefészek csokrolást végeztek rajta s e mellett a legkülönbözőbb szerekkel, insulinnal, prolannal is kezelték, de eredmény nélkül. 1932 januártól őszig állandóan vérzik, amikor is három 1500 patkány egységet tartalmazó kúp hatására a vérzés eláll. Ezt többhónapos időközökben öt recidiva követi, de mindegyik alkalommal 7-szer 2500, 6-szor 1000, 12-szer 500, 8-szor 1000 és 8-szor 500 egységnyi kúp megszünteti a vérzést.

2. F. E. 121/32. 17 éves. Menstruációja mindig rendetlen volt, egy ízben 10 hónapig, felvétele előtt 2 hónapig vérzett egyfolytában. Insulin-kezelésre rövidebb ideig, prolannal néhány hétig szünetel a vérzés, de ismét recidivál. Ekkor az igen bő, darabos vérzés, 1000 egység kúpok hatására, négy nap alatt eláll. Félévi amenorrhoea után az ismét két hete tartó vérzést 5 nap alatt szünteti meg napi 1000 egység kúp.

3. Sch. J. 14/34. 15 éves leány menstruációja egy évig rendes volt, felvétele előtt 2 hónapi menopausa után 2 hónapja egyfolytában vérzik. Nagy adag calcium, vitaminkészítmények, prolán hatástalan lévén, három napon át összesen 5000 E. luteinisáló hormont adtunk, amire a vérzés meg is szűnt. Két hét múlva 4 napig rendszeren menstruált.

Ezen eseteket még a kísérletezés alatt álló készítménnyel kezeltük, az alább közölt esetekben, a Gyöngyösi-utcai osztályon, már az 500 egységet tartalmazó kúpot használtuk.

4. 1019. A. A. 16 éves leány egy év óta menstruál háromhetenként egy napig tartó vérzéssel. Most felvétele előtt három hete vérzik, egy napja igen erősen. A nemzőszerveken kóros

eltérés nem tapintható. Napi 3 Lc. kúpot kap, amire a harmadik napon megszűnik a vérzés. Azóta rendszeren menstruál.

5. 21.704. K. L. 22 éves leány, aki 15 éves kora óta háromhetenként menstruál. Felvételekor egy hét óta igen erősen vérzik. Méhe hyperanteflectált, valamivel kisebb a redensnél. Három Lc. hatására vérzése a második napon megszűnik. A következő hónapban rendszeren menstruál, azután szintén a megszokott időben, de valamivel bővebben.

6. Amb. F. Z. 19 éves leány. 15 éves korában menstruált először, egy évig rendszeren. Most 6 hónapja állandóan vérzik, ami miatt több helyen már eredménytelenül kezelték. Ennek során folliculin készítményeket (!), corpus luteumot és vértransfúziót is kapott. A nagyon sápadt, legyengült beteg vérzése insulin-kezelésre 8 nap alatt megszűnik, s két hét múlva újra vérzik s ekkor az insulin már hatástalan s az csak prolán adagolására szűnik meg, amit egy négyhónapos amenorrhoea követ. Ez után egy csaknem három hete tartó vérzéssel jelentkeznek újra. Ekkor napi 4 Lc. kúpot kap, amire a vérzés négy nap alatt megszűnik. Most kb. háromnegyed éve 2-3 hónapos időközökben vérzik. A rendszeres kezelést elutasította azzal, hogy a vérzésnélküliség neki semmiféle panaszt nem okoz, annál kevésbé sem, mert az azt követő vérzéseket egyheti tartam után Lc. kúppal négy nap alatt meg tudja szüntetni.

7. Amb. H. E. 18 éves tanuló. Első menstruációja 16 éves korában jelentkezett s másfél évig rendszeren időközökben 7-8 napig vérzett. Félév előtt menstruációja három hónapig szünetelt, azóta kisebb-nagyobb megszakításokkal csaknem folytonosan vérzik. A már nem virgő leánynál a kórisme biztosítása céljából a méhből egy curettúzással nyert nyálkahártya szövettani képe gland. cyst. hyperplasiát mutat. Napi 4 Lc. kúpot kap, amire a vérzés a hatodik napon megszűnik. Ettől számított 8 hétre menstruál ismét, a vérzés kevés, de 7 napig tart. Hat hét múlva újra hasonló menstruatio.

8. Amb. P. A. 16. éves. Első menstruációját három hónap előtt kapta meg, azóta hol erősebben, hol gyengébben, de állandóan vérzik. Napi 4 Lc. adagolására tizenegy nap múlva megszűnik a vérzés. Ezt egy kéthónapos amenorrhoea követi, amely után 10 napos vérzését összesen 12 Lc. kúp szünteti újra. Levélbeli értesítése szerint azóta kétízben 6 heti időközökben 8 napig menstruált.

9. Amb. K. E. 21 éves leány, akit orvosa azzal küldt hozzánk, hogy a hosszas vérzése miatt végzett méhkaparás eredménytelen, mert 12 héttel azután ismét vérezni kezdett, amit sem secale-készítményekkel, sem glanduitrinnaal, sőt tamponálással sem tud véglegesen megszüntetni. A méhből egy curettúzással nyert nyálkahártya szövettani vizsgálata mirigyes túltengést mutat. Napi 4 Lc. kúp használatát után 5 nap alatt megszűnik a vérzés. Azóta háromízben rendszeren menstruált.

10. Amb. 42 éves nem szült nő méhe retroflexióban fixált. 1930-ban hosszabb amenorrhoea után szünni nem akaró vérzés miatt méhkaparás. A szövettani vizsgálat mirigyes túltengést mutat, hasonlóképpen az 1932-ben ugyanilyen ok miatt végzett méhkaparás során nyert nyálkahártya is. Félév múlva ismét amenorrhoeával kezdődő elhúzódó vérzés. A beteg röntgencastrálást kíván, de próbaképpen belegegyezik a Lc. kezelésbe, amire a vérzés 7 nap alatt megszűnik. Azóta amenorrhoeás.

Valamennyi a klinikán kezelt betegben vagy az előzetes curettú alkalmával bizonyosan, vagy a kiürülő vérben eltávolított szövetrészekből nagy valószínűséggel megállapítható volt a nyálkahártya mirigyes, tömlős túltengése. A Gyöngyösi-utcai osztályon kezelték közül háromban ugyan csak szövettani vizsgálat biztosította a kórismet, a többiben az vagy nem volt kivihető, vagy a kép típusos volta miatt feleslegesnek látszott.

Lutocrescin-kúppal tehát összesen 10 metropathiát kezeltünk és gyógyítottunk meg. Napi 4-5 kúp átlag 5 napi használatával elegendőnek bizonyult. Recidivák olykor ezen kezelés után is jelentkeztek, de úgylátszik ritkábban, mint az eddig használatos készítmények után. A megismétlődő kóros vérzések rendszeren már kevesebb egység hatására is megszűnnek.

A hormon-therapiában különös hangsúllyal érvényesül azon, az orvoslás minden terén elemi szabály, hogy a sikeres gyógyítás első feltétele a helyes kórisme. Ezért jár el Schröder, e kérdés kiváló ismerője, akként, hogy a méhet szövettani vizsgálat céljából minden esetben kikaparja s csak az így igazolt metropathia megismétlődését kezeli hormon-készítményekkel, a klimaxhoz közelálló korban pedig röntgen-castratióval. Schröder eljárása annál is in-

kább igazolt, mert a kaparás szerinte az esetek 50%-át véglegesen meggyógyítja, ámbár tisztán kórismeire célra elegendő a méhüregből egy curettázással nyert kevés nyálkahártya is. A serdülő korban lévő fiatal gyermekleányoknál csak a pontosan felvett anamnesisen nyugvó diagnosztikánkban — különösen, ha sikerül rectalis vizsgálattal a különben ép nemzőszervekben a megnagyobbodott tömlős (folliculus persistentia) petefészket is kitapintani — ritkán tévedünk ugyan, de meglepetéseknek mindig ki lehetünk téve. Ha ezeknél a gyógykezelés sikertelensége miatt szükségesnek mutatkozó, már említett egyszerű méhüri vizsgálat elvégzése is ellenkezésre talál, hormonális analysisel teljes értékben pótolhatjuk azt. Ennek különösen nagy szerep jut a metropathiás vérzéseket oly gyakran megelőző amenorrhoeák polyhormonális eredetének felismerésében, mert a bevezetésben elmondottak alapján nyilvánvaló, hogy az ilyen amenorrhoea kezelésében a különben szokásos folliculin-adagolással csak árthatunk.

Amint említettük, a méhkaparás 50%-ban végleges gyógyulást hozhat. Az így kezelt felerészében tehát a curettage ellenére ismét beáll a rendellenes vérzés, s ez könnyen érthető is, ha meggondoljuk, hogy a kaparással a petefészkekben lejátszódó szabálytalan folyamatoknak csak következményét szüntethetjük meg. Ha ez egyes esetekben — aminek szerencsés bekövetkezését nem áll módunkban előre megjósolni — teljes gyógyulást is adhat, benne mégis csak egy kórisméző eljárást kell látni, amely mellett az okszerinti gyógyszer: csakis a petefészkek működését felsőbb helyről irányító mirigy hatóanyaga lehet. A felsorolt esetek ismertetésével igazolni kívántuk azt, ami különben az Orvosi Hetilap említett számában közölt elméleti elgondolás és kísérletek alapján előre várható is volt, hogy magából a hypophysis elülső lebenyéből az említett adjuvánsokkal készült kivonat a metropathia okszerinti gyógyításának is igen hatásos szerepe lesz.

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

A vitaminok szerepe a sebkezelésben.

Irta: Zoltán László dr., műtőorvos

A genyes, fertőzőes betegségek ellen a sebészi kezelés mellett részben helyben ható, részben általános ható gyógymódokkal, illetőleg gyógyszerekkel küzdhetünk. Az előbbiekhöz tartoznak a művi beavatkozások, az antiszeptikumok és desinfiensek. Utóbbiakhoz sorolhatjuk azon gyógyszereket, amelyek egyrészt a szervezet általános ellenállóképességét erősítik (roboransok), másrészt sajátos védekező berendezését támogatják, illetőleg szaporítják (serumok, vaccinák). A fertőzés súlyosságától és a szervezetben elterjedettségétől függően a helybeli kezelés mellett mindinkább előtérbe lép a szervezet általános támogatásának szükségessége. Ennek oka főleg az, hogy fertőzések ellen hatásos, legalább nagy százalékban biztosan gyógyító orvosszert eddig nem sikerült találnunk és csak a szervezet védekezőképességének fenntartásával, általános állapotának javításával igyekezhünk a kórképnek kedvező lefolyást biztosítani. A sajátosan ható fehérjék, serumok, vaccinák mellett megtaláljuk tehát azon gyógyszereket, melyek a szervezet megtámadott szöveteit, hátráltatott folyamatait vannak hivatva megvédeni, illetőleg rendes működésben tartani (vérképzés, kiválasztás, regeneratio).

A vitaminok és azok jelentőségének felfedezése, majd egyes alakjainak különválasztása után természetesen kísérletek történtek, vajjon nem sorolhatók-e egyes vitaminfajták a fertőzések leküzdésére használatos gyógyszerek közé.

Bisceglie mutatta ki, hogy in vitro A-vitaminos plasmában tartott szövettenyészet erősebb növekedést mutat, mint a kontroll tenyészetek. Elfajulást mutató telepek is megmenthetők voltak, ha a plasmához A-vitamint adott. *Fischer* megfigyelése szerint fertőzött szövetkultúrák tovább voltak életben tarthatók, ha a táptalaj A-vitamint is tartalmazott. Állatkísérletekben az előzőleg vitaminizált állatok genyelték által okozott fertőzést jobban tűrték, sőt a fertőzés megtörténte után alkalmazott vitaminkezelés is feltűnő jó hatású volt (*Lauber*). Csecsemőkön és gyermekeken, kik A-vitamint kaptak, a fertőzőes betegség könnyebb lefolyását, a lábadozó idő megrövidülését észlelték (*Löhr, Lauber*). Ezen kísérletek és megfigyelések közben feltűnt, hogy vitamin adagolására a fertőzött sebek gyógyulása jobb és gyorsabb (*Erben, Donaldson, Ellison*) annak ellenére, hogy az A-vitamin a vér baktericid erejére különösebb hatással nincsen (*Jusatz*). Fel kellett tehát tenni, hogy a vitaminok valami módon a szövetek, illetőleg a sejtek ellenállóképességét fokozzák és ez úton gátolják a fertőzés uralomra jutását. Mivel ismert tény volt, hogy a vitaminok az anyagcsere fokára hatással vannak, a vizsgálók figyelme a vitaminhatás alatt álló sejtek anyagcsereje felé fordult. Sikerült is kimutatni *Warburg* módszerével, hogy a sejtlegzés vitaminok hatására 400%-os növekedést is mutat (*Traxl*). A sejtanyagcsere fokozódásának, tényleges fennállását mutatják a rosszul sarjadzó sebek, melyek vitaminok hatására gyorsan hámosodnak be (*Oppolzer, Sgalitzer*).

A kísérletek és tapasztalatok a fentebb említetteken kívül azt is kimutatták, hogy a szervezetet a fertőzés terjedésének megakadályozásában támogatni, illetőleg a fertőzött seb feltisztulását, a sarjadzás gyorsaságát elősegíteni az A- és D-vitamin képes. A B- és C-vitamin — ezen szempontokat figyelembevéve — hatástalan.

Az A- és D-vitamin bőséges mennyiségben található a csukamájolajban, így érthető, hogy a gyógyító kísérletek ezen gyógyszer alkalmazásával kezdődtek meg. Minthogy csukamájolaj vagy elkülönített A- és D-vitamin perorális alkalmazása mellett a helyi, pyogen fertőzésekben sem az adagolás, sem a hatás optimális határait nem tudták megszabni, természetes volt az a gondolat, hogy a vitaminokat helybelileg, magába a fertőzött szövetrézbe kísérelték meg bevinni.

Löhr — ki a vitaminos sebkezelés fő kezdeményezője — a csukamájolajat kenőcs formájában használja. Kezelésének lényege az, hogy a sebfelületet kenőccsel vastagon bevonva, azt gipszkötéssel rögzíti. A gipszkötést két-három hetenként váltja. Ennek hatására a mélyen fekvő, elhalt részek lelködnek, a seb feltisztul és élénken sarjadzik. Ez a kenőcsös gipszkötés azonban csak csiramenteknek mondható friss sérülések, égési sebek vagy már lezajlott fertőzőes, a begyógyulás kezdetén álló, genyes sebek esetén használható, mert a seb váladékozó rétegében mindig található kórokozó csira, amely új fertőzés forrása lehet.

A II. számú sebészeti klinika járóbeteg rendelésének anyaga bővelkedik genyes fertőzésekben szenvedő betegekben. Megkíséreltük, vajjon ezen, a kis sebészet körébe vágó esetekben a vitaminos sebkezelés nyujt-e valamin előnyt. Természetesen, genyes sebről és ambulans kezeléstről lévén szó, a *Löhr*-féle módszertől több tekintetben el kellett térnünk.

Vizsgálatainkhoz egy sterilin nevezetű készítményt használtunk, mely csukamájolajon kívül A-vitamint (karotin) és besugárzott ergosterint is tartalmaz nagyobb mennyiségben, illó olajokban oldva.

Eljárásunk következő volt: a genyesen fertőzött területet lehető mélyen és szélesen feltártuk, a már beolvadt szövetrészeket eltávolítottuk. A sebet bőven kiöntve olajjal, a seb szájába keskeny steril csik darabkát helyeztünk. Az egész területet vaselines gaze-al bevonva, föléje Billroth

batisztot tettünk és vattázott kötéssel láttuk el. A kötést három naponként váltottuk. Párakötést sohasem alkalmaztunk.

297 vitaminos olajjal kezelt esetünket gyűjtöttük össze. Az eredmények könnyebb áttekinthetősége és kritikája végett anyagunkat több csoportra osztottuk. Az egyes csoportokon belül körülbelül hasonló jellegű, hasonló gyógyulási idejű kórképeket foglaltunk össze.

1. *Panaritium cutaneum, furunculus, abscessus, hydradenitis.*

128 eset. Átlagos gyógytartam: 8 nap. A gyógyulási idő 6 és 13 nap között váltakozott.

Már az első kötésváltáskor csak igen kevés genyes váladék volt. Átlag a második kötés váltástól kezdve már friss, élénken vérző sarjakat találtunk és körülbelül a harmadik kötés váltáskor a beszüremelés megszűnt, a seb kitelődött és vonalas heggel gyógyult.

2. *Panaritium tendineum et subunguale, tendovaginitis suppur.*

38 eset. Átlagos gyógytartam 13 nap. A gyógyulási idő 9 és 21 nap között váltakozott.

Hét esetben a panaritiumból keletkezett, tovahaladó tendovaginitis a széles, ép ínreszletig történt bemetszés után alkalmazott olajos kezelésre a fertőzés megállapodott, 2—3 kötözés után a seb feltisztult és átlag 18 nap alatt begyógyult. Egy esetben sem észleltünk ín-elhalást és 2—3 hónap múltán ellenőrizve a betegeket, minden esetben az ujj majdnem tökéletes működéséről számolhatunk be. A többi esetekben a sebgyógyulás lefolyására jellemző az elhalt részek gyors kilökődése és a torzító heg nélküli gyógyulás.

3. *Carbunculus nuchae et dorsi.*

21 eset. Átlagos gyógytartam 19 nap. A gyógyulási idő 9 és 49 nap között váltakozott.

Ebbe a csoportba soroztuk a nagy kiterjedésű, főleg idősebb betegeken előforduló, súlyosabb fiaskeléseket. Hét esetben a betegeknek cukorbetegség is volt, amelyet természetesen — a sebészeti kezeléssel párhuzamosan — azonnal erélyes belgyógyászati kezelésnek is alávetettünk. Annak ellenére, hogy ezen szövődött alakok gyógyulása rendszerint elhúzódó, mégis aránylag rövid idő alatt elhatárolódtak és az elhalt szövetrészek kilökődése után feltűnő frissen besarjadva, mozgatható heggel gyógyultak.

4. *Panaritium osseale acutum.*

23 eset. Átlagos gyógytartam 21 nap. Az egyes betegek 15 és 32 nap alatt gyógyultak meg.

Idetartoznak azon panaritiumok, ahol a műtét alkalmával részleges csonteltávolítást végeztünk (12 eset), illetőleg, ahol negatív röntgen felvétel mellett a feltáráskor lemeztelenített, érdes csontot találtunk. Ezen esetekben is jó eredményekről számolhatunk be; utólagos sequestrálódást nem észleltünk. Az ujjak hyperaesthesiája is aránylag rövid idő alatt megszűnt, ami bizonyos foglalkozás esetén (pl. zenész) szintén jelentős eredmény. Az ujjak a relatíve gyorsabb gyógyulás miatt könnyebben mobilizálhatók, működésük hamarabb helyreállítható.

A 2. és 4. csoport eseteiben a sérült végtagrészt a szokásos kötés mellett sínnel is elláttuk.

5. *Phlegmone, periostitis phlegmonosa, mastitis.*

22 eset. Átlagos gyógytartam 27 nap. Az egyes gyógyulások ideje 16 és 65 nap között váltakozik.

Ebben a csoportban az emlőgyulladások, csonthártyalobok és az elég korán műtetre kerülő phlegmonék a sterilines kezelésre a fentebbiekhez hasonló kórlefolysúak voltak. A súlyos, elhanyagolt, későn megoperálható phlegmonékkal (7 eset) természetesen, a végtag működését tekintve, teljes

gyógyulást elérnünk nem sikerült, mert a széles feltárás ellenére is a mélyen fekvő inak egy része elhalt. Mindemellett a folyamat előrehaladása, septicus jellege minden esetben megszűnt, úgy, hogy nagyobb végtagcsontkolásra (két ujjeltávolítást nem számítva) sor nem került. A jó kozmetikai eredmény mellett tehát itt csak tűrhető funkcionális kimenetről beszélhetünk.

6. *Panaritium osseale chronicum.*

11 eset. Átlagos gyógyulás 15 nap. Egyes gyógytartam 8 és 21 nap között.

A járóbeteg-rendelések anyagában gyakran találkozunk a hosszú ideig (néha 2—3 hónap) begyógyulni nem akaró, sipolyos panaritiumokkal. Ezek egy részében szabad, mélyen levő, el nem távolított holtcsont (sequester), másrészt negatív röntgen lelet ellenére mégis lassan sequestrálódó csont a renyhe gyógyulás okozója. Mi csak az utóbbiakra alkalmazott kezelés eredményéről számolunk be (az előbbieket egyszerű holtcsonteltávolítás után úgyis gyógyulnak). Feltárás és a renyhe sarjak eltávolítása után a szokványos kezelésre a seb, sipoly feltűnő gyorsan zárult és a betegek a későbbi felülvizsgálatkor is panaszmentesek voltak.

8. *Roszzul granuláló sebek. Ulcus cruris excoriatum.*

26 eset. Gyógytartam átlag 12 nap. Az egyes gyógyulás váltakozik 8 és 24 nap között.

Ide osztottuk be az észlelhető ok (lues, tbc.) nélkül, rosszul hámosodó, renyhén vagy egyáltalán nem sarjadzó sebeket és azon lábszárfelekéket, melyeknél tulajdonképpen csak a hámosodás hiányzik. Minden esetben legkevesebb hat hetes megfigyelés és más irányú gyógyítási kísérletek után vettük csak a betegeket vitaminos kezelésbe. A szövetek ellenálló képességének valószínű helyi vagy általános csökkenése, a hám csekély erejű megújuló képessége miatt fennálló ezen hámhiányokban vitamin hatására a hámosodás, mondhatjuk, azonnal megindul és rövid idő alatt ép és erős hámmal fedett sebeket, ulcusokat látunk. Megfelelő életmód mellett a képződött hám megerősödik és hat hónap múltán is észelve, ép marad.

8. *Combustiones.*

28 eset. Átlagos gyógyulás 10 nap alatt. Egyes égések 8 és 20 nap között gyógyultak.

Az itt ismertetettek között csak első- és másodfokú égések szerepelnek, harmadfokú égést nem volt alkalmunk észlelni. Ezen csoportban a fertőzés megakadályozása és a toxicosis kikerülése mellett elsőrendű fontosságú, hogy kozmetikailag jó eredményt létesítsünk. Rendszerint ugyanis jól látható testrész sérül (arc, kezek) és torzító hegek, élesen elütő színű bőr hátramarádása a különben kifogástalan gyógyeredményt majdnem hiábavalóvá teszi. Mondhatjuk, itt érvényesül maradéktalanul a vitaminos kezelés elsőrendű regeneratív hatása. Minden esetünkben *Löhr* eredményeivel megegyezően, kifogástalan, asepticus úton lefolyt gyógyulást értünk el. A megújult hám 3—4 hét alatt teljesen környezetéhez idomult úgy, hogy az égés eredeti helyét alig lehetett felismerni. Eseteink között szerepel kettő, két és három hét múlva hozzánk került, mindét alkaron levő közép súlyosan excoriált, gyógyuló hajlamot alig mutató és egy, forró lúggal előidézett, arcon levő friss égés is, melyek gyógyulása is a többihez hasonló, jó eredményű volt.

A 7. és 8. csoportban természetesen nehézségekbe ütközött volna a vitaminos kezelést olaj formájában alkalmazni; ezért a kötéseket a teljesen közömbös alapanyagban vitamint bőven tartalmazó ungu. sterilinivel végeztük.

Tudjuk, hogy genyes fertőzés eseteiben az antisepticus kezelés lényegbe vágólag nem változtatja meg a gyógyulás

menetét. A helyes időben, megfelelő körülményekkel végzett sebészi beavatkozásról sohasem mondhatunk le, mert gyökeres megoldást nyerni, hogy a szervezetet az általános fertőzéstől is megóvjuk, csak ezen az úton tudunk. Mégis nem közömbös a kezelés módja sem, hogy tudniillik a gyógyulás minő gyorsasággal és milyen kozmetikus, illetőleg funkcionális eredménnyel végződik. Finomabb kézimunkát végző egyéneknek nem mindegy, hogy az úgynevezett gyógyulás befejezése után mennyi idő múltán nyerik vissza ujjai mozgékonyáguk mellett pl. a teljes tapintó képességüket. Éppen így tökéletesebb a gyógyulás például egy női arcon, ha az operált kelés alig látható, vonalas heggel gyógyul, mintha széles, behúzódtott, kötött, úgynevezett «per secundam» gyógyult heg marad vissza annak ellenére, hogy funkcionálisan ez is tökéletes.

Az 1934-es német sebésznapgyűlésen a genyes fertőzés kezelésének vitájában *Löhr* követői, *Frommel*, *Härtel* is ismételt megállapították az A-vitaminos kezelés jogosultságát és előnyeit. Az általuk megállapított helybeli sejteszistencia-növekedés, bizonyos fokú baktericid hatás (*Anschütz*) és a sebgyógyulás kozmetikai irányba való terelése el nem vitatható saját vizsgálataink szerint sem. Eseteinkből is kitűnik a sebgyógyulás idejének megrövidülése, a szövetek kímélődése, a gyógyulás erőteljes és a status quo ante felé haladó volta. Nem állítjuk természetesen, hogy genyes fertőzések esetén a vitaminos kezelés elmulasztása valami súlyosabb következménnyel járna a beteg szempontjából, mégis a vitaminos kezelés oly előnyöket biztosít a gyógyulás menetében, amit adott esetben kár volna elhanyagolni.

Irodalom. A. Fischer: Die Gewebszüchtigung. 1929; *Donaldson*: Journ. amer. med. assoc. 1932. No. 24. 98. — *Elison*: Brit. med. Journ. 1932. 2. 708. — *Erben*: Dtsch. med. Wschr. 1933. 954. — *Löhr W.*: Dtsch. med. Wschr. 1934. 561. — *Lauber*: U. i. 569. — *Jusatz*: U. i. 573.

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. szemklinikájának közleménye (igazgató: Grósz Emil ny. r. tanár).

A gonorrhoeás komplementkötési reakció szemészeti alkalmazásában

Irta: *László György dr.*, tanársegéd.

1906-ban találta meg *Wassermann* a komplementkötés gyakorlati alkalmazását a syphilis diagnosztikájában, mindjárt utána ugyanazon évben kezdtek a serologusok módot keresni arra, hogy ezen nagyjelentőségű reakció a gonorrhoea diagnosztikájának szolgálatába állítható legyen. A reakció kivitele eleinte sok nehézségbe ütközött az antigen megbízhatatlansága miatt s csak a legutolsó években sikerült oly megbízható antigent készíteni, amellyel az eredmények használhatók.

A reakció kivitele azonos a WR-éval, azzal a különbséggel, hogy az antigen maga a gonococcus extractuma. Ascites-agaron tenyésztett gc. törzseket fiziológias konyhasóoldattal lemosva phenollal konzerválunk: ez az emulzió képezi az antigent. Részletes tájékoztatást nyújt az O. H. multévi 3. számában *Szodoray*, *Kovács* és *Egerváry*: A gonorrhoea diagnózisa komplementkötési reakcióval c. dolgozata és *Müller Ferencnek* a Gyógyászatban és Budapesti Orvosi Ujságban megjelent ilyen irányú cikkei, ugyanitt részletes irodalmi adatok találhatók, ezekkel nem kívánok külön foglalkozni. Szemészeti közlés a gr. alkalmazásáról tudtommal máig nem jelent meg.

A kankós sepsis okozta szembajokat eddig kizárás útján állapítottuk meg, segítségül a kórelőzmény szolgált.

Ha a betegnek a szembajjal egyidejűleg nem volt valamilyen más, biztosan go-s eredetű bántalma vagy folyása, akkor a kórjelzés felállításában tisztán arra voltunk utalva, hogy a beteg bevallja-e orvosának az előzetesen kiállított go-s betegséget vagy nem. Ismeretes, hogy a betegek számottevő része álszeméremből eltitkolja go-ját, így a diagnózis nagyfokban megnehezült. Ha a gr. pozitív, ma már biztosan mondhatjuk, hogy a beteg mélyebb anatómiai elhelyezkedésű go-s bántalomban szenved vagy szenvedett, ezáltal a go-s eredetű szembajok megállapítása nagyban megkönnyebbedik.

A szemészetben leggyakrabban az iritis acuta szokott kankós eredetű lenni, bár az irodalomban chorioiditis gonorrhoeica néhány esete is le van írva.

Az I. számú szemklinikán eddig megvizsgált 137 eset közül pozitív gr-t adott kilenc vérsavó, ebből egy ophthalmoblenorrhoea, egy chorioiditis centralis és hét iritis acuta volt.

Az ophthalmoblenorrhoeás betegnek cervix go-ja volt s a gr. pozitív volta ennek tulajdonítandó, mivel anatómiailag felületesen székelő go-k nem teszik a reakciót pozitívvá, csak amikor mélyebbé válnak. Bizonyítja ezt egy másik esetem is, ahol ophthalmoblenorrhoea állt fenn friss urethritis gonorrhoeicával, ennél a gr. negatív volt. A chorioiditis beteg nem jött vissza klinikánkra, így róla továbbit nem tudunk.

A hét iritis beteg anamnézisében kankó kimutatható volt. Öt friss iritis volt, két beteg iritise több ízben kiújult.

A komplementkötési reakció pozitív volta egymagában még nem bizonyítja az iritis kankós eredetét, hiszen lehet valakinek mély go-s göccel egyidőben pl. rheumás iritise is. Teljes biztonságot ad klinikailag az a körülmény, ha a pozitív gr. után specifikusan kezelt beteg (arthritis, opsogon, gonoyatren) az első kezelés után általános vagy helyi reakció támad. Erre rávilágítanak a következő esetek:

23 éves férfi, 6 napja iritis, előzőleg mindkét oldalt térdizületi gyulladás és hólyaghurut, melyről csak 6 heti kezelés után derítette ki a bakteriológiai vizsgálat a go-t. WR negatív, gr++++. Opsogon intramuscularis befecskendezésre fogtu a beteget, az első után (5 millió csira) 37.3-ig felmenő temperatura, szeme erőbben fáj a ciliaris belőveltség hevesebb lesz, mindkét térde fájni kezd. A láz teljes elmúltával kapta a második befecskendezést (10 millió csira), mely újabb subfebrilitást okozott, de a beteg szeme rohamosan kezdett javulni s térdeinek fájdalma megszűnt. Egy opsogon-sorozat 6 injekcióból áll, emelkedő dózisban 5—100 millió csiráig: betegünknek még a hatodik befecskendezés is okozott subfebrilitást, de amikor befecskedtük a kezelést, az iritis teljesen meggyógyult, a szem halvány, a pupilla tág volt. Ez esetben minden kétséget kizárólag kankós iritis-ről volt szó.

De nem minden eset ennyire meggyőző. Három másik iritis esetében opsogon-kezelésre lázreakciót nem kaptunk, ellenben nagy helyi reakció volt: fokozott fájdalmak a szemben, melyek csak a harmadik injekció után szűntek meg gyors javulás kíséretében. Egy esetemben ugyanilyen javulás után kb. négy hét múlva kiújult az iritis; a kórelőzményben mellékherelob volt kimutatható. Két eset kezelésre javulatlan maradt, bár az előzményben kankó szerepelt.

Általában go-snak mondhatunk egy szembántalmat akkor, ha pozitív seroreakció mellett a beteg a fajlagos kezelés általános és helyi visszahatást vált ki vagy legalább egyiket. Felületen lévő go-s bántalom nem ad pozitív gr-t, de ez a diagnosztika szempontjából közömbös is, mivel ilyen esetben a bakteriológiai vizsgálattal biztos kórjelzést kapunk. Mindenesetre fontosnak tartom és ajánlom a gr. elvégzését minden iritis esetében, mert ezzel a ki nem mutatható eredetű iritisek száma lényegesen csökken.

Bókay János dízdoktorrá avatása.

A Debreceni Egyetem Tanácsa dízdoktorrá avatta az egész magyar orvosi világ köztiszteletben álló nyugalmazott professzorát, *Bókay János dr.* nyug. egyetemi ny. r. tanárt, ki — sajnos — közbejött heveny influenzás megbetegedése folytán személyesen az avató ülésen nem vehetett részt.

Az Egyetem Tanácsának megbízása folytán *Orsós Ferenc dr.* orvoskari dékán, *Neuber Ede dr.*, a kar sequens seniorja és *Bókay Zoltán dr.* mint a gyermekklinika igazgatója, mint a Tanács által megbízott küldöttség december hó 23-án adta át a díszes diplomát az ünnepeltnek lakásán.

Orsós dékán a Tanács, az orvosi kar és a volt tanítványok nevében keresetlen szavakkal üdvözölte *Bókay Jánost*, arra kérvén őt, hogy ha a tavasszal, akkor, amikor a két külföldi (*Asshof* és *Eiselsberg*) professzor dízdoktorait avatni fogja az egyetem, egészségi állapota megengedi, ez ünnepélyt személyes megjelenésével emelje, hogy a Tanács és a Kar igaz ragaszkodását és szeretetét ne csak küldöttség útján, hanem személyesen is kifejezhesse.

Bókay János professzor egy kis történelmi visszaemlékezéssel következőleg válaszolt:

Rector Magnificus! Nagytekintetű Egyetemi Tanács! Végtelenül boldognak érzem magamat, hogy a debreceni Gróf Tisza István Tudományegyetem engem kitüntetett azzal, hogy a mai napon tiszteletbeli orvosdoktorrá felavatni méltóztatott. A budapesti Pázmány Péter Tudományegyetemen 1880-ban, tehát *54 év előtt* avattak fel orvosdoktorrá s a lefolyt félszázad alatt hazafias kötelességemnek tartottam, hogy azt a tudományzszakot, amelyre léptem, a gyermekorvostant, a dicső magyar elődök példáját követve tovább fejlesszem. Hogy ez nekem mennyire sikerült, annak a megítélése az utókor feladata.

A debreceni gyönyörű egyetemhez engem erős szálak fűznek, hisz az orvosi kar tanárai jórészen tanítványaim voltak, de különösen örömmre szolgál a debreceni egyetem kitüntetése, mert ezen város volt az, ahol 1771-ben az *első* magyar gyermekorvostani munka *»Kis gyermekek isputáljja«* címmel megjelent. Szerzője *Csapó József* volt, nemes szabad királyi Debrecen városának physikusa. Ő volt hazánkban a paediatricának első úttörője egy oly korban, midőn a külföldön is csak egy, bár terjedelmesebb és tudományos súllyal bíró gyermekorvostani munka látott napvilágot a svéd *rosenslein Rosén*, upsalai professzor tollából, ki szakomnak atyamestere volt.

Ezen munkát *G. Dombay Sámuel*, »nemes Borsod vármegyének érdempénzt vevő orvosa« fordította magyarra és 1794-ben jelent meg Pesten, tehát 23 évvel *Csapó* könyvecskéje után. Ilymódon *Csapó* debreceni munkája volt a magyar gyermekorvostan *első* kis hajtása s ebből az igénytelen palántából fejlődött ki 150 év alatt a magyar paediatrica mai terebélyes, dúslombozatú fája.

Csapó munkája 118 oldalra terjedő kis könyvecske, mely kezdetlegessége mellett is tartalmaz érdekes megfigyeléseket és ma is megálló kijelentéseket, mi annál inkább értékelendő, mert, miként *Csapó* az előszóban a »Kedves Olvasónak mondja, »más nyelven illy formán írottat« addig nem olvasott. Miként a szerző mondja: »hűségesen megírtattak a kis gyermekeknek különféle nevezetesebb betegségei és külső hibái s ezek aránt lehető orvoslásnak módgyai.« Száz betegséget ír le röviden, helyenként igazán világos körképeket rajzolva s a könyvecske végén »rövid oktatást« nyújt arról: »miképpen kelljék bánni a kiseddel mindgyárt születésük után, miként szoptassák kezdetben s miként az elválasztás után«. Különösen érdekesek a befejezésül nyújtott »Hasznos regulák«, melyeket »kis gyermekek nevelése végett« kívánt közleni, mely regulák itt-ott mai felfogásunk szerint is bámulatosan helyesen vannak megfogalmazva.

Hogy ezen könyvecske hosszú ideig eléggé elterjedt lehetett hazánkban, mutatja a birtokomban lévő példány hátlapján látható feljegyzés, melyben a férj megírja, hogy a könyvet feleségével, *Nemes Kováts Agnessel* kapta, mikor megházasodott, 1843-ik év februárius 13-dikán.

A könyvecskét kissé bővítté latinra is lefordították és 23 év múlva 1794-ben jelent meg ily új köntösben Pesten, szintén oktáv alakban, 188 oldalon. Mindkét kiadást baltimorei orvostörténetíró tanártársam, *John Ruhrah* 1930-ban terjedelmesen ismertette az amerikai sajtóban, a Journal of diseases of children-ben *Csapó* arcképéncz melléklésével.

Csapó korában magyar ifjainknak az orvosi tanulmányok végzése még igen nehéz és költséges volt, hisz a nagyszombati egyetemen az orvosi kart csak 1770-ben állították fel és ezen idő előtt a magyar ifjúság az orvosi diplomát csak a külföldi egyetemeken szerezhette meg.

Ily vándorutat tett meg *Csapó* is. Egyetemi tanulmányait Németországban és Svájcban végezte, diplomáját Bázelen nyerte el és tanulmányok tétele céljából Franciaországot is bejárta és egyike lehetett hazánk legképzettebb orvosainak a XVIII. század első felében, midőn Debrecenben meglepedett és physikusi állását elfoglalta. Kis munkája, melyet *»Nemes szabad királyi Debreczen városának, érdemes Főbírájának és tanácsos férjainak, különös nagy tiszteletre méltó Patrónus Urainak«* ajánl, mindenesetre értékes relikvia a magyar gyermekorvostan történetében és én ezen történeti reflexióval veszem át alázatos tisztelettel és mély köszönettel a tiszteletbeli orvosi diplomát és Isten áldását kérem a Tisza István-egyetemre.

A küldöttség meghatva hallgatta a gyermekorvoslás Nesztorának beszédét, ki még ez alkalommal is nem magáról beszélt, hanem tudománya hazai úttörőjéről. — Mi is, midőn e bensőséges avatásról, a debreceni egyetem hálás gesztusáról beszámolunk, meghatottan gondolunk arra a férfira, kinek jóformán mindnyájan tanítványi hálával tartozunk, s kinek életsikerét — mert az volt: dicsőséges és öröké élő siker, amit alkotott — egy ország s egy nemzet írja be fejlődésének aranykönyvébe. Isten adja vissza egészségét és tartsa meg őt közöttünk!

Sz.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Tapasztalatok A. T. 10-el. *Rieder.* (Deutsche Med. Wschr. 1934. 48. sz.)

A *Holtz*-féle A. T. 10. hasonlóan hat, mint a parathyreoidea kivonatok, de míg parathyreoidea-kivonathal a serumcalcium gyorsan emelkedik, de a hatás éppolyan gyorsan le is zajlik, addig A. T. 10. után csak 1–3 nap múlva emelkedik fel a serumcalcium, de a hatás azután tartós. Ebből következik, hogy acut tetaniás rohamban intravénásan adott calciummal kell addig segíteni a beteget, amíg az A. T. 10. hatását ki tudja fejteni.

Helyes adagolás mellett mindig beválik, és ilyenkor mellékhatása nincs. A helyes adag mértéke az, hogy 10 mgr%-nál többre ne emelkedjék a serumcalcium, mert ezen felül a vérényekben mészlerakódáshoz vezethet.

Kleiner György dr.

Sexualhormonok és hypophysis okozta növekedés. *P. Engel,* Wien. (Kl. Wschr. 43. sz. 1934.)

Egy idő óta ismert tény, melyre különben *Tandler* és *Gross* is rámutattak, hogy a növekedés megállapodását az érési periódus kezdetén a csiramiigyek belső secretióis működése befolyásolja. Így — *Tandler* és *Gross* szerint — emberi és állati castráltaknál a növekedési periódus jelentősen hosszabb és ezek sokkal nagyobb hosszúságot érnek el, mint a normális emberek és állatok. Szerzőnek röviddel ezelőtt sikerült megállapítani, hogy a glandula pinealis extractuma a hypophysis elülső lebenyéből származó növekedési hormont hatásában gátolja. A hypophysisnek ismert castratiós elváltozása jogsá teszi, hogy a castráltaknak hosszabbra növést ezen mirigy befolyására vezessük vissza. Szerző igyekezett megállapítani, hogy a sexualhormonok (here- és follikulushormon) a növekedési hormon hatását gátolják-e, vagy elősegítik. Hat nősténypatkányt, melyeknek súlyát természetesen előzőleg pontosan lemérték, három egymásután következő napon két gr. friss marhahypophysis-sel, két állatot ugyanazon időben egy amp. testosan forte-val, egy állatot 50, másikat 100 egéregységnyi ovosannal subcutan, két állatot mint kontrollt csak növekedési hormonnal oltott, két további állatot teljesen kezelés nélkül hagyott, szintén kontrollképpen. Megállapította, hogy a növekedési hormonnal kezelt állatok az utolsó injekció után 24 órával kb. 6%-nyi súlyszaporodást mutattak, a nem kezelt állatok súlya ugyanaz maradt. A sexualhormonok tehát a növekedési hormon hatását semmiféle szempontból nem befolyásolták.

Fülöp Gyula dr.

A hullámhossz hatása a szervezet melegelosztására ultrarövid hullámú therapiában. *Dr. Gebbert,* Erlangen. (Kl. Wschr. 44. sz. 1934.)

Kísérleteihez az Ultra-Pandoros készüléket használta. Kísérleteiből kiderül, hogy általában lehetőleg nagy elektród-távolságokkal kell dolgozni, hogy jó százalékos mélyhatást érhesünk el. Az elektród és a test közötti médiumnak legjobban megfelel a levegő, de praktikus okokból pl. a komprimálás előérése jó az üveg, esetleg laza filcanyag is megfelelő rétegezésben. A közti rétegnek erőssége az elektród nagyságához igazodik. A különböző anyagoknak különböző hullámhossznál éle-

sen körülírt felmelegedési maximumát nem tudta megállapítani. Különböző médiumok (bőr, zsír, izom, csont és velő) egyenletes energiafelvételének elérésére lehetőleg rövid hullámhosszokat (3–6 m között) kell alkalmazni. A belső szervek kezelésének megkezdése előtt ajánlatos praeparát, hasonló szövettanyagon kísérletet végezni, hogy a szövetnek relatív felmelegedéséről tájékozódjunk. Hullán, vagy természetes viszonyoknak lehetőleg megfelelő phantomon végezhetjük legjobban ezeket a kísérleteket. Csúpn ilyen irányú kiterjedt vizsgálatok kapcsán lehet véglegesen megállapítani, hogy az ultrarövid hullámú therapiát hogyan lehet legjobban kihasználni.

Fülöp Gyula dr.

Sebészet.

Gerincvelőérztelenítés percainnal. *Ast.* (Medycyna, 21 sz. 1934.)

Szerző leírja saját tapasztalatait 113 eset kapcsán, melyek közül 100 esetben, kielégítő volt az érzéstelenítés. Elvértve olyan esetek is voltak, melyekben a beteg nem tűrte a percaint. Ennek a jele enyhe cyanosis (dyspnoe nélkül) hányinger és hányás volt.

Mészáros Gábor dr.

A mély lekötések technikájáról. *F. Hartel.* (Berlin—Lichtenberg. (Zbl. f. Chir. 1934. 44.)

A sebészi technikában nagy szerepet játszik az ereknek a pontos lekötése. Bizonyos esetekben, mikor a mélyben kell leköteket elvégezni, ez nehézségekbe ütközik. A lekötés alkalmával ugyanis nehéz a fonalat úgy rögzíteni, hogy az ércsípő eltávolítása után a ligatura le ne csússzék. Beszámol egy eszközről, melyet ő készítettett s mely a nyelvfogóhoz hasonlít. Ezt helyezi rá az előzőleg egy másik ércsípővel megfogott érre, vagy egyéb képletre. Az általa alkalmazott eszközt a segéd tartja, mialatt a műtő kényelmesen csomózhat. Ez a szerszám nagyon jól bevált nehéz epe-, vesekő- és egyéb műtétek esetében.

Winternitz Sándor dr.

Intraduralis vérömlenyek felismerése és kezelése. *Prof. W. Tönnis.* Würzburg. (Zbl. f. Chir. 1934. 44.)

Három esetről számol be a szerző, mikor a betegeket eszméletlen állapotban, agnyomás tünetei közepette vették fel. Minden esetben voltak bénulásos tünetek is. A vizsgálatokból mindhárom esetben intraduralis vérzésre gyanakodtak. Műtétet végeztek minden egyes betegnél, a koponyacsontot átfúrták s ezen a nyíláson át felnyitva a durát, drain-csővön át levezették a felgyülemlt vért s végül tamponáltak az utóvérzés megakadályozására. Mindhárom beteg gyógyultan távozott. Tapasztalataik azt mutatták, hogy ha időben elvégezték a beavatkozást, a betegeket minden esetben meg lehetett menteni.

Winternitz Sándor dr.

Sérülés utáni cystaképződés a combcsontfejben. *Wilhelm Riederer.* Hamburg. (Zbl. f. Chir. 1934. 44.)

Szerző esetében a beteg egy ideje a jobb csípőizületben érzett fájdalmakat, ezek a fájdalmak állandóan fokozódtak járasközben. A vizsgálat alkalmával az izületben minden mozgást el tudott végezni. Röntgenfelvételt a jobb combcsontfejet körtealakúan deformálódottnak mutatta. Műtétnél derült ki, hogy a combcsontfejben több cysta ül. A degenerált combcsontfejet eltávolították. Ilyen cysták minden sérülés nélkül a csontvelő bevérzése következtében is keletkezhetnek, mint ebben az esetben is, de létrejöhetnek külső behatásra is.

Winternitz Sándor dr.

A hasreflex szerepe a bél és hasfali összenövészek felismerésében. *Dr. Carl Blumensaat.* Münster. (Zbl. f. Chir. 1934. 44.)

Bélkacsok közötti összenövéseket röntgen segítségével fel lehet ismerni. Nehezebb a felismerés akkor, ha a bélkacsok hasfallal nőttek össze és peristaltikájuk akadályozott. Ilyen esetekben a szerző úgy járt el, hogy a betegeken a hasfali reflexet röntgen ernyő mögött, átvilágítás közben váltotta ki. Egészséges embereken azt találta, hogy a hasfallal egyidőben húzódik össze a közvetlen alatta lévő bélkacs is. Kóros körülmények között (az összenövéséknél) a reflex kiváltása után a belek csak bizonyos idővel lökészerűen húzódnak össze; súlyosabb esetekben pedig a beteg éles, szűró fájdalmat is jelzett. Ezt az eljárást nagyon sok esetben a műtétek javallatára jól fel tudták használni.

Winternitz Sándor dr.

Az appendix-csonk egyszerű sülyesztése appendectomia esetén. *A. Burkard.* Frankfurt am Main. (Zbl. f. Chir. 1934. 44.)

A sebészek között nehezen terjed el az az eljárás, melyet egyesek alkalmaznak, hogy appendectomia után a csonkot nem sülyesztik és a coecumot úgy helyezik vissza a hasüregebe. A legtöbb sebész dohányzacskóvarratot alkalmaz, mások Lem-

bert-varrattal sülyesztik az appendix csonkot. Szerző új eljárást vezetett be, a csonktól 1/2 cm-re jobbra és balra, fentről lefelé ölt be, először az egyik, majd a másik oldalon. Ő ezen eljárásánál két tűt alkalmaz és egy fonalat. A csomózás közben a segéd anatómia csipesszel benyomja a csonkot. Ez a varrat annyira biztosan sülyeszt el az appendix-csonkot, hogy felette újabb öltések szükségtelenek.

Winternitz Sándor dr.

A hashártya zárása nehéz körülmények között. *W. Rettig.* Kölleda. (Zbl. f. Chir. 1934. 44.)

Műtétek alkalmával sok esetben nagy nehézségekbe ütközik a hashártya bevarrása, mert a belek néha puffadtak, vagy esetleg a beteg feszít; ilyen esetekben kompresszek segítségével is csak nehezen lehet célt érni. Szerző szerkesztett egy eszközt, mely áll egy *Nelaton*-katheterből, melynek végére egy gummiujjat húznak és azt fonallal rögzítik. A kathetert bevezetik a hasüregebe, azután levegővel fújják fel a gummiujjat, mi által az labda alakot nyer és az alatta lévő beleket visszahúzza. Fellette azután kényelmesen be lehet varrni a hashártyát. Az utolsó öltések előtt a levegőt kiengedi, a kathefert visszahúzza és a sebet zárja.

Winternitz Sándor dr.

Adatok az eustrongylus gigas élettanához és az általa okozott betegségekhez. *Dr. J. Bartlakowski.* Breslau. (Zbl. f. Chir. 1934. 46.)

60 éves betegen, kinek előzőleg vesemedence gyulladásra emlékeztető lázai voltak, de vizelete ezt nem magyarázta, sectio alatt végeztek. A seb rosszul gyógyult mindaddig, míg egyik katheter váltásnál 29 cm hosszú, 6 mm vastag hengeres képlet távozott. Szerző az esettel kapcsolatban a részletes leírását adja az E. g.-nak, amit emberben eddig csak néhány esetben írtak le. Az emberbe és az emlősökbe valószínűleg halak evése által kerül. Leggyakrabban a vesemedencében található, de találtak májban, a mellhártyaüregben, szívben stb. Vizelet zavarokat, vizelet pangást szokott okozni, kimutatására biztos jel nincs. Feltűnő az állat hosszú élettartama.

Ladányi József dr.

Vizsgálatok a polypeptidákkal történő intoxicációról. *Duval és Goiffon.* Paris. (Presse Medicale 1934. 91.)

A polypeptidáknak a mennyisége normális egyének vérében is meglehetősen nagy változásoknak van alávetve. Egy individualis alkati tényező igen nagy szerepet játszik, úgyhogy azt kóros állapotok megítélésénél sem lehet figyelmen kívül hagyni. Ezen anyagok mennyisége sem a táplálkozás, sem az azt követő emésztés folyamán nem szenved változást. A vérben lévő polypeptidák a sejtek szétesése és halála, a szöveti autolysis folyamán keletkeznek. A normális polypeptidák egy része a vizelettel ürül ki, más része ureum formájában a májban tartatik vissza, míg egy jelentékeny hányad a szövetek fehérjévé alakul át, vagy pedig az izmokban raktározódik el. Sebészeti műtétek folyamán a szövetek jelentékeny ártalma nagymértékű sejt-, illetve szövetpusztuláshoz vezet, amely jelenségnek a vér polypeptida titerének emelkedése a folyamánya. A műteti shock-ot nem szabad tehát elsődleges jelenségnek felfogni, hanem csupán olyan következménynek, amely ezen autolysis termékek idegrendszer befolyásoló hatása következtében jön létre. A polypeptidák mérgező hatása legkifejezettebben avval a szövettel szemben érvényesül, amelyből keletkezett; izom izomra, máj magára a májszövetre hat a legerősebben. A szervezetnek ezen anyagokkal való mérgezésével szemben a legjobb preventio, illetve therapia az alkalisok nyújtásában áll.

Szántó Géza dr.

Szülészet.

Uj eljárás a méhvezeték folytonos regisztrálására. *Rech.* (Arch. Gyn. 157, 458. 1934.)

Készüléket ír le, mely a hasra erősíthető felvevőkészülék-ből s ettől különálló, eltolható állványon elhelyezett regisztráló szerkezetből áll. A hasra erősített felvevőkészülékben a méh-összehúzóerők következtében állandó terhelésű emeltyű mozog, mely fogaskereket hoz mozgásba, ez a mozgás zárt áramkörben ellenállás-változásokat okoz. Az ellenállás-változásokat a regisztrálókészülék görbével ábrázolja. A különálló felvevő- és regisztrálókészüléket kábel kapcsolja össze, ez az átvitel lehetővé teszi, hogy a két készülék egymástól tetszés szerinti távolságban legyen. A készülék 18 óráig megszakítás nélkül használható.

Biró István dr.

A petevezető beidegzéséről. *V. Conill.* (Monatschr. 97. k. 5. f.)

A tubának a bélhez hasonló peristalticus mozgása azt a gondolatot keltette a szerzőben, hogy a tubában is a bél *Meisner* és *Auerbach* plexusainak megfelelő ideghálózatot tételezzen fel. Számos állati és emberi petevezetőből, festési módszerekkel készült, szép reprodukcióban közölt metszetekből azt a — több jeles histologus által is helyesnek tartott — eredményt

vonja le, hogy sikerült kimutatnia a tubában izomközi *Auerbach*-plexust. A mucosa és serosa alatt plexusokat kimutatni nem sikerült.
Margitay-Becht Dénes dr.

A méh, mint vérraktár a terhesség alatt. *Hansen R.* (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 109. k. 3. f. 1934.)

Ismeretes, hogy a szülők lényegesen több vért (1–2 liter) veszhetnek a szülés alkalmával különösebb veszély nélkül, mint nem terhes állapotban. Így feltételezhető, hogy bizonyos tartalék vérmennyiséggel kell rendelkezniük. *Barcroft, Rein, Wollheim*, stb. vizsgálatai alapján ismeretesek a szervezetenek a terhességen kívül szereplő vérraktárai, melyek azonban megközelítőleg sem bírnak oly nagy befogadóképességgel, hogy bennük a szülők tartalékvere feltételezhető volna. Ezért szükség volt egy különlegesen, a terhesség alatt működésben levő további vérraktár után kutatni, amit *Barcroft* terhes tengeri malacra végzett kísérletei nyomán, a terhes méh visszereiben meg is talált.

Szerző ezen állatkísérletek alapján terhes nőknél meghatározta a vérmennyiség ingadozását nyugalomban levő méh és összehúzódtott állapotban levő méh esetén. A *Griesbach*-féle kongóvörös módszer sikerült így kimutatnia, hogy a terhes méh kb. egy liter vért tartalmaz, mely csupán igen lassú keringésben van és csak a fájások alatt, vagy a szülés utáni méhösszehúzódás révén kerül a vérkeringésbe.

Rechnitz Kurt dr.

Gyermekgyógyászat.

Dentitio difficilis. Prof. Dr. *Johannes Schoedel*. Jb. 143. 4. f.

Szerző két megfigyelésével felhívja a figyelmet az újabban elhanyagolt dentitio difficilis létezésére. Egyik esetében egy ikertestvérnél hosszú ideig tartó, nagyfokú livid gingivaduzzanat a fog áttörése után hirtelen megszűnt. Az ilyenkor hangoztatott scorbut az ikerrel történt egyforma táplálás alapján kizárható volt. Másik esetében a két hétig tartó subfebrilitás, végtagtremer, súlyállás a fog áttörése után megszűnt s nyugodt fejlődés indult meg. Felfogása szerint a fogzás a szervezet egészségi állapotában egyensúlyzavart idéz elő, mely a latens betegség kitérésének kedvez. Így magyarázható a spasmodikus görcsei, a helytelenül tápláltak hasmenései, a neuropathiasok nyugtalanságai, valamint az exsudatívak megújuló s rosszabbodó bórjelenségei.

Flesch István dr.

Gümőkóros családokból származó BCG-vel kezelt illetőleg nem kezelt gyermekek sorsa. *Kereszturi, Park, Vogel és Levine*. (Aper. J. Dis. Childr. 48, 507, 1934.)

435 BCG-vel kezelt és 712 kontroll eset alapján megállapítható, hogy a BCG a tbc-s halálozást nagy mértékben csökkenti (1-8%, szemben a nem kezelték 9-7%-ával).

Lenart György.

A diphtheria-epidemiologia alapjai bakteriológiai és epidemiológiai megvilágításban. *Wolter*. (J. Kinderheilk. 143, 231, 1934.)

A bacilláris felfogás háttérbeszorításával a diphtheria — és általában a fertőző betegségek — epidemiológiájában a talaji és klimatikus viszonyoknak tulajdonít döntő fontosságot. Ezen nézetét néhány eset ismertetésével igyekszik alátámasztani, amelyek azonban a magyarázó szavak megfelelő megváltoztatása mellett legalább ugyanolyan meggyőző erővel a bacilláris felfogás helyességét is bizonyíthatják.

Lenart György.

Az újszülöttek bőrcapillarissai. *H. Schwalm*. (Archiv. für Kinderheilk. 103, 13, 1934.)

Az újszülöttek capillarissait vizsgálva, a mell bőrén régebbi vizsgálatokkal egybehangzóan azt találta, hogy a capillaris kacsok az első élethónapokban fejlődnek ki. A capillarissok fejlődési foka függ a gyermekek korától, fejlettségi és tápláltsági viszonyaitól.

Lederer Emil dr.

Emberi reconvalescens-savó a poliomyelitis benu-lást megelőző szakában. *Alfred E. Fischer*. (Amer. Journal of Diseases of Children, 1934, 48, k. 481. o.)

Flexner és *Lewis* állatkísérletei nyomán ajánlották a reconvalescens savó alkalmazását a poliomyelitis kezelésében. Az a nézet alakult ki, hogy a reconvalescens savótól a praeparalytikus szakban várható csupán megfelelő eredmény. A kérdés eldöntésére a New-York-i Orvosi Akadémia tanácsadó orvosai 3 hónap alatt keletkezett 4000 eset közül 800-at vettek kezelésükbe. Ezek közül kb. 200-nak már benu-lása volt. A fennmaradó 579 esetet a praeparalytikus szakban ismerték fel, de tekintettel arra, hogy a kezelőorvosok általában ragaszkodtak a savókezeléshez, csak 102 eset nem részesült savókezelésben, míg 447 beteg kapott különböző módon (intraduralisan, intralumbalisan, intravénásan és izomba) reconvalescens savót. Szerző részletesen kifejti az egységes alapelvek mellett feláll-

tott diagnosis szempontjait, továbbá a eflyás értékelését, végül a benu-lások osztályozását. A nagy gonddal keresztülvitt vizsgálat eredménye az, hogy szerző szerint a megfigyelt járvány alatt a reconvalescens savó kezelésének semmiféle előnyét se látta, az ottottak semmiesetre sem jártak jobban, mint az oltásban nem részesült controllesek.

Surányi Gyula dr.

A sebészet és gyermekgyógyászat együttműködése a gyermekkori empyemák kezelésében. *Bonell—Tomassini*. (Kinderärztliche Praxis. 10. k. 1934.)

A gyermekkori pleuraempyemák kezelése nem szisztematikus, hanem esetenként változó. A vezérelv: ubi pus ibi evacua.

225 eset közül (182 sebészi kezelés, 13 kezdetben conservatív, majd sebészi, 30 tisztán conservatív) 16-8% volt a mortalitás. A tiszta pneumococcus fertőzésnél nagyon jó eredményeket értek el a natriumtaurocholol eljárással, (10-7% mortalitás). Az eljárás lényege az, hogy a geny leszívása után a geny felénél több, 5–20%-os natriumtaurochololt fecskendezünk a mellüregbe s ezen eljárást 3–4 naponként megismételjük. A legjobb műtéti módszer a bordaresectio, a genygyülem lassú, szakaszos lebecsátásával. Az annyira rettegett pneumothorax ritkán zavarja a gyógyulást további folyamatát. Jóindulatúak az egyoldalú, nem letoltolt metapneumoempyemák. Komolyabb jellegűek a metabronchopneumoniás, kétoldali többrekeszű formák, valamint a vegyes fertőzés útján keletkezettek.

A gyermekkori két éven alul főként conservatív, ezen felül főleg sebészi az empyemák therapiája. Emelkedő kora csökken a halálozás. Fontos a roborálás, a táplálkozás, ápolás és szabad levegő révén. Főleg a fiatal gyermekek kezelésekor fontos a gyermekgyógyász és sebész együttműködése.

Markovits Béla dr.

Idegrendszerbeli complicatiók diphtheriában. *Dr. Mühlenkamp*. (Kl. Wschr. 13. évf., 40. sz.)

Szerző 1921–33. között 4937 di. beteg közül 150-ben észlelt idegrendszerbeli complicatiókat. Észleleteit a következőkben foglalhatjuk össze: 1. A 150 esetből a következők cerebrales complicatiókat észlelte: 1 encephalitis, 2 meningismus, 1 hemiplegia és 1 choreiform esetet. — 2. Az egyéb periferiás localisatiójú benu-lások száma 0–8-4% körül mozgott. A legmagasabb százalékot akkor találta, amikor a di. a legsúlyosabb lefolyású volt. — 3. Minél súlyosabb a di.-s infectio, annál gyakrabban és súlyosabb formában jelentkezik a benu-lás. — 4. Legtöbb benu-lást a 8–10 éves gyermekeken találta. Ez megfelel azon tapasztalatnak, hogy toxicus di. leggyakrabban ebben a korban fordul elő. — 5. Könnyű di.-nál majdnem kizárólag garatbenu-lás lép fel. Súlyos esetekben keletkező egyéb benu-lások mellett majdnem mindig megtalálta a garatbenu-lást is. — 6. A benu-lások a második héten, mint korai és a betegség 6–7. hetében, mint késői benu-lások lépnek fel. — 7. Szembetűnő összefüggés a benu-lások és az adagolt serum mennyisége és adagolási módja között nem mutatható ki. — 8. Gyógyszeres therapia gyanánt a strychnint alkalmazták kedvező eredménnyel. Azonnali eredményt a strychnintól nem láttak, sőt bizonyos körülmények között épp annyira idő alatt gyógyult meg a benu-lás, mint gyógyszeres kezelés nélkül. — 9. Egyes esetekben tetrophan-kezelést alkalmaztak, anélkül, hogy különösebb hatást láttak volna, sőt úgy bulbáris benu-lás esetében intralumbalis tetrophan inj. után feltűnő rosszabbodást észleltek. — 10. A késői szakban fellépő súlyos post di.-ás benu-lások kezelése előtt a különböző korú gyermekeken bizonyos psychés elváltozásokat láttak.

Dudás Pál dr.

Szemészet.

A záradékvirus szerepe az újszülött szemén és a női genitálián. *Franz Hamburger*. (Graefes Archiv, 1934. I. füzet.)

A blenorrhoea neonatrum kórokozója a gonococcus, a *Prowaczek*-féle záradékvirus és ritkán a pneumococcus. Szerző a *Lindner*-klinika 1933-as anyagát dolgozta fel, az újszülött könnyű hurutos kötőhártyagyulladásait is beszámította. Kiténik, hogy a gonoblen.-k mind súlyos képet nyújtottak, a záradékblenorrhoeák (z. b.) pedig könnyebb vagy egészen enyhe hurut alakjában zajlottak le (már a betegség első napjaiban is). A súlyos formák (kemény, duzzadt szemhéj, álhártyák) általában pozitív bakt. lelettel jártak, a könnyű esetek főleg negatívval (III. csoport: könnyű hurutok); utóbbiaknál azonban ismételt vizsgálatkor a záradéktest fellelhető (a kísérő saprophyták a váladékban nem kórokozók). Ezek szerint a csecsemők enyhe chronicus hurutjait (normális szemhéjak szélén néhány var, kis fokban vörös konjunktiva, esetleg papill. hypertrophiák) a negatív lelet dacára — éppen a nehéz kimutatása miatt — a z. b. csoportjába kell sorolni. Az incubatio idő különböző voltát a diagnosis szempontjából régen hangsúlyozták. Egy összeállítás azt mutatja, hogy a gono. blen.-k a 3. legkésőbbben a 4. napon keletkeznek, a z. b.-nak azonban nincsen határozott incubatio ideje, hanem ingadozik; mindenestre a

súlyosabb alakok korábban jelentkeznek, mint a könnyűek. A szokottnál később támadó blen.-nál szülés utáni fertőzésre gondolnak. Ez a gono. blen.-k néhány késői esetére áll, e feltevés azonban a z. b.-k nagy csoportjára nézve nem. Nem magyarázza korai burokpedés (*Lindner*) sem. Szerző a 3–9. napig változó incub. időt úgy magyarázza, hogy gonoblen.-nál a go. oly hamar szaporodik, hogy a fertőző csírok száma nem befolyásolja a lappangást; a záradék vírus azonban lassan szaporodik s ezért nagymértékben függ a lappangási idő a vírus mennyiségétől. A vírus eme renyhésége (»Trägheit«) fedi azt a klinikai tényt is, hogy a heveny tünetek hamar lezajlanak és idült stádiumba megy át, valamint a vírus csekély fertőzőképességét és gyakori egyoldaliságát is. Ezzel szemben áll a gonococcus resistens volta. Csecsemők jelentéktelen — bakt. negatív hurutjait gyakran a Credének tulajdonítják, de e jelenségnek azonnal kellene fellépni, nem pedig — mint szerző eseteiben — egy hét múlva. A friss, súlyos z. b.-ra jellemző nagymennyiségű szabad initialtest, míg régebben fennállónál az intracelluláris záradékok. A kezelésre hamar csökken a záradékok száma, de nehezen tűnik el véglegesen. Ez megfelel a klinikai képnek is. Súlyos esetekre éppen a rövidebb lappangás jellemző a könnyebbekkel szemben. A betegség komolyabb formát ölt azon anyák csecsemőinél, kik a terhesség alatt folyásban szenvedtek, valamint az elsőszülöttnél is. Mindenesetre vonatkozások találhatók e téren. Szerző szoros összefüggést vél találni a csírszám és a betegség lappangása és súlyossága között. A szülés tartamának nincs befolyása a z. b.-ra; méhen belüli fertőzést nem fogad el, csak a külső genitale részéről. Koraszülöttek, alacsony testsúlyúak nem betegszenek meg gyakrabban, mint a többi. A dolgozat második fele az anya genitális záradékbetegségével foglalkozik. Ez a subacut gonorrhoea klinikai képétől semmiben sem különbözik. A z. b.-ás csecsemők anyja nagyrésze már régóta folyásban szenvedett. A szemfertőzése valószínűleg a vagina alsó részletében vagy a külső nemi szervnél történik. A záradék vírus acut adnexitisek, puerperalis gyulladások keletkezésében nem játszik szerepet, de lehetségesnek tartja, hogy »salpingitis lenta adhaesiva«-t okoz. Nem g. o.-s, úgynevezett postgonorrhoeás valószínűleg záradék vírus okozta urethritisben szenvedő férfiak fertőzhetik a nő belső nemi szerveit. A genitale záradékbetegsége csak egy gestatio periodus alatt áll fenn, mert mindig csak egy gyermek kap z. b.-át, a többi nem. Végül érdekes epidemiológiai adatokat közöl (erős eltolódás a z. b. javára). *Grósz István dr.*

Rickettsia-szerű testek trachomában. *A. Busacca.* (Arch. f. Ophthalm. 133. kötet, 41. oldal, 1934.)

A szerző trachomás anyagból származó szövetszövetben és kikerített készítményekben különféle festési eljárásokkal kis testecskéket talált, melyek egyenként, szétszórva, vagy csoportokban láthatók. Giemsa-val sötét pirosra festődnek. A testek átmérője 0,2 μ a súlyzó alakúak 0,5–0,8 μ hosszúak. Tokra emlékeztető udvar veszi körül. Úgy a hámrétegben, mint a hámalatti kötőszövetben s a trachomás csomókban extra- és intracellulárisan megtalálható. A trachomás pannus hámjában is kimutatható. Ezen képletek kezelésre egy pár napig eltűnnek. *Léber*-féle sejtekben csak igen ritkán fordulnak elő. Számos kontrollvizsgálat kizárja ezen képletek műtermék eredetét. Normálisan is a protoplasmában található chondriosomáktól, a sejt közti hidaktól, a reticulo-endotheliális sejtekben s a lymphocytákban található azurophyll szemcsészettségtől alakilag és festődésüket illetően is különböznek. Nem tekinthetők *Prowaczek*–*Halberstädter* záradékoknak sem, mivel a *Lindner*-féle kezdeti testecskéktől festődésük, az elemi testektől nagyságuk által különböznek. Ugyancsak más képleteknek tartja a *Noguchi-Kohen* által felfedezett baktérium granulosis, valamint azon képleteket, melyeket *Bengston*, *Winski*, *Ochi* leírtak. Még leginkább *Röth*-nek tenyésztési kísérleteiben kimutatott képleteknek felelnek meg. Tenyésztési és állatoltási kísérletekkel nem sikerült még a szerzőnek ezen képletek köröközi tulajdonságát bizonyítani. *Fodor Géza dr.*

Hátsó üvegtest-leválás ideghártyaleválás eseteiben. *L. Salmann* és *H. Rieger.* (Arch. f. Ophthalm. 133. kötet, 75. oldal, 1933.)

A szerzők számos ideghártyaleválásban szenvedő szemén, valamint myopiás szemeken végeztek vizsgálatot s azt találták, hogy az esetek igen nagy százalékában (50–60%) hátsó üvegtestleválás is van jelen. A másik, hasonló módon diszponált szemén, melyen azonban még ideghártyaleválás nincs, a meglevő üvegtestleválás *Léber*, *Gonin* és *Lindner* azon felfogását bizonyítják, mely szerint az üvegtestleválás fontos tényező az ideghártyaleválás aetiológiájában, illetve az ideghártyán keletkezett szakadás mechanizmusában. A vizsgálatokat réseglámpával végezték, melyet kisebb módosításokkal alkalmasabbá tettek a szem mélyebb rétegeinek vizsgálatára. *Fodor Géza dr.*

A szemfenék méréséről. *E. Lobeck.* (Arch. f. Ophthalm. 133. kötet, 152. oldal, 1934.)

A szemfenéki képek és elváltozások nagyságának és távolságának mérése sok szempontból igen fontos. Erre több módszert dolgoztak ki, azonban ezek használhatósága komplikált voltak miatt igen kis térre szorítkozik s a legtöbb szemész a szemfenéki méréseket még most is hozzávetőlegesen pupillámoscop objectív lencséje helyett az oculárát átmérőben felezte s oly foglalatba helyezte, melyben a két fél lencse finom csavar segítségével egymás mellett eltolható. Az eltolódás nagysága Noniuszal pontosan leolvasható. A lencsét felező vonalat, mely a szemfenéken finom fekete vonal alakjában látható, a mérendő képre, pl. a papillára állítjuk be s a két lencséfél addig toljuk el a csavar segítségével egymás mellett, míg a kettősen látható papillák ellenkező szélei egymás mellé kerülnek. Ily módon még az erek tágasságának méretei is megközelítő pontossággal mérhetők. *Fodor Géza dr.*

Bőrgyógyászat.

Nyúlisyphilomából nyert spirochaeta pallida virulens-tiszta kultúra. *Erich Hoffmann,* Bonn. (Kl. Wschr. 43. sz. 1934.)

Szerző *Frohn*-nal ugyanilyen című előző munkájában beszámolt egy, az 5-ik passage után bekövetkező pozitív ojtási eredményről. A tiszta kultúrát egy Nicol-törzzsel oltott nyúl zárt heresankerjéből nyerték, az oltást folyékony táptalajon végezték és a spirochaetához annyira hasonló formákat találtak, hogy azt hitték, hogy a mással nem fertőzött nyúlisyphilomából a valódi syphilis kórokozó virulens tiszta kultúráját nyerték. Az 5-ik passage után keletkezett heresyphilomát más nyulakra sikeresen oltották tovább és a típusos hisztológiai felépítés mellett gazdagon találtak jól ezüstözhető, a valódi pallidának megfelelő spirochaetákat. Új, tiszta kultúrát azonban más zárt syphilimából nem sikerült szerzőnek nyerni, még akkor sem, ha a gyors, üvegről-üvegre való átoltási módszerrel fordultak. Nem sikerült továbbá szerzőnek, sem a *Kolle*- és *Jahnel*-féle laboratóriumnak további passagék-kal tiszta kultúrájuk révén még egyszer nyulaknál pozitív oltási eredményeket elérni, azonban mindezen helyeken a szerző kultúrájával ojtott nyulak érzékenyeknek mutatkoztak a Nicol-törzzsel való utánoltásra. Ezért szerző egyszeri pozitív oltási eredményét különösen kritikus szemmel kell bíráltni és azt csak mint véletlen eredményt szabad felfogni. Továbbá a 85-ik passage-ban a spirochaeták alakja, festhetősége, mozgása oly jelentős eltérést mutatott a valódi spirochaeta pallidától, hogy jogosultnak mutatkozik *Jahnel* kijelentése, mely szerint azok pseudopallidák lennének. Szerző vizsgálataiból azt a következtetést vonja le, hogy ezen egyszerű pozitív oltási eredmény tényleg nem bír bizonyító erővel. Fenntartja könyvében hangoztatott »nagyon elővigyázatos« álláspontját, legutolsó közlése dacára is, és a valódi spirochaeta pallida tenyésztési problémájának megoldását a jövőtől várja. *Fülöp Gyula dr.*

Pathogen bőrgombák okozta porphyrikképződésről. *Carrié u. St. Mallincordt-Haupt.* (Arch. f. D. u. Sy. 170. köt. 5. füzet, 1934.)

69 gombatörzs, (streptotrichiák, achorion, trichophyton, mikrosponon és epidermophytonfélések, sporotrichon, penész- és élesztőgombák, saprophyta és részben a trópusokon előforduló gomba) került vizsgálatra. Táptalajnak az 1% húgyavat, 10% nyers cukrot és a szokásos ásványosokat tartalmazó *Fink*-félélt használták. A legtöbb esetben 4 hetes, s az achorionok 7 hetes tenyészetét dolgozták fel. A folyékony tenyészeteket 8 naponként a *Reichert*-féle készülékkel vizsgálták. Vegyi vizsgálatokat a részletesen közölt *Fischer*-féle módszerrel végezték. A tulajdonképpeni bőrgombákon (achorion, trichophyton, mikrosponon és epidermophyton) legfeljebb csak nyomokban észleltek porphyrikképződést. Két sporotrichon-törzs erősen pozitív, egy pedig negatív volt. Egy aspergyillus flavus törzsből származó penészgombán, továbbá az élesztők közül a *cryptococcus paraseus*-on kifejezett porphyrin-képződés volt észlelhető. *Endomyces albicans* és *oidium rotundatum* a tápláló folyadékban csekély mennyiségű porphyrint mutattak, a levegő-gombák vizsgálata negatív eredménnyel zárult. A braziliai piedra, az *allesheria Bogdii* és az *acromonium Kiliense* nagyobb mennyiségű porphyrint adtak. Legerősebb volt a porphyrikképződés a streptotrichiá-kon. Egy actinomykosis törzs nem mutatott porphyrikképződést. Klinikai szempontból mindazon kórokozók, melyek a mélyebb bőrrétegekben, vagy a test belsejében szaporodnak (sporotrichon, élesztők és a trópusi alakok egy része), lényegesen magasabb százalékban és nagyobb mennyiségben képeznek porphyrint, mint a rendszerint felületen bőrrétegekben tenyészők. *Dóczy Gedeon dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Ergebnisse der gesamten Tuberkuloseforschung. Herausgegeben von Assmann, Beitzke, Braeuning. Bd. VI, 1934. (Thieme. Leipzig. 730 lap, 107 ábra. Ára 69 márk.)

A tuberculosissal foglalkozónak szinte nélkülözhetetlenné vált mű hatodik kötete 11 cikket tartalmaz, amelyekben a megszokott részletességgel és alaposággal jut kifejezésre a tuberculosos tanának mélyreható átalakulása az immunitástani gondolatmenetnek, a röntgenkutatás eredményeinek, a tuberculosos-gondozás sokoldalúvá válásának és a tuberculosos sebészeti kezelésének befolyása alatt. Különösen figyelmet érdemelnek: Reuss cikke az osztrák gümőkóros-gyermekgondozásról, amelyben sok megszívlelendő útmutatás található, Roloff, továbbá Sauerbruch és Fick cikke a tüdőtuberculosis sebészeti kezeléséről. Az utóbbiak terjedelmesen fejtegetik és bírálják a thorakoplastika és a plombálás indikációit és eredményeit a tuberculosos collapsus-terápiájában azon elveknek megfelelőleg, amelyeket budapesti orvosegyesületünkben tartott előadásában Sauerbruch néhány év előtt oly mesteri módon vázolt. Érdekes Brieger cikke is a tuberculososban szenvedők munkaképességéről és annak felhasználásáról foglalkoztatásra berendezett intézetekben. A könyv kiállítása kitűnő, ábrái tökéletesek, de kérdés, nem vált volna-e előnyére terjedelmének és az ábrák számának olyan mérsékelt leszállítása, amely azt olcsóbbá és a mai viszonyok között is szélesebb körben terjeszthetővé tette volna. *Báró Korányi Sándor prof.*

Tehetség és eugenika. A tehetség biológiai, pszichológiai és szociológiai vizsgálata. Irta: Somogyi József dr. főiskolai tanár, egyetemi magántanár. Budapest, 1934. (Eggenberger-féle könyvkereskedés kiadása.)

Ez a Pauler Ákos emlékének szentelt, 415 lapra terjedő munka tárgyánál és kidolgozásmódjánál fogva egyaránt a legnagyobb figyelmet érdemli meg. Az emberi kultúra a tehetségen alapszik és a tehetség munkája keresett modern cikk lévén, felette aktuális témát választott magának a szerző, de amelynek kidolgozása nagyrészt orvosi ismereteket is igényel, mint előszavában mondja, ez utóbbiak indították őt »rendszeres orvostudományi tanulmányokra«. Valójában a munka túlnyomó része orvosbiológiai tartalmú, a pszichológia irányában kisebb terjedelmű. Három nagy részből áll. Az első rész a tehetség biológiájával foglalkozik és itt mint egyes fejezetek a tehetség és átöröklés, a tehetség és testalkat, a tehetség és constitutio, végül a tehetség és faj szerepelnek. A második rész a tehetség pszichológiája, melynek egyes fejezetei a tehetség pszichológiai leírása, a tehetség fokozatai (ebben beszél a szerző a lángészről is), a tehetség megállapítása. Végül a harmadik rész a tehetség szociológiája a következő fejezetekkel: a tehetség megoszlása, a tehetség sorsa és a tehetség védelme, mely utóbbiban az eugenika jelentőségéről és szerepéről behatóbban emlékezik meg. Ezzel a legfőbb tartalmi felsorolással csupán a munka tartalmi gazdagságát akartuk jelezni. Somogyi József munkájában alapvető vonás a higgadt és körültekintő eljárás, mely olyan modern és forrongó fejezetekben, milyen az eugenika, a nép, faj, tehetség, az »északi gondolat« és hasonló fejezetekben igen előnyösen jut érvényre. Különösen kiemelendő a tehetség és constitutio fejezete, melyben a testalkattípusok, a lelki típusok és tehetségtípusok *Kretschmer*nek idevágó munkálatai nyomán igen alapos ismertetésben részesülnek. Nagyon szépen megírt fejezet az eugenika és szociálpolitika, melynek jóformán minden mondata megszívlelendő igazságokat tartalmaz. Amit itt a szerző az eugenikai felvilágosításról és ezzel kapcsolatosan a házassági tanácsadó-állomásokról, a fogamzás meggátolásáról, az eugenikai hypochondriáról, az eugenikai abortusról ír, azt a szociológusokon kívül elsősorban az orvosok olvassák el figyelmesen. Szinte megkapó a végső következtetése: »A népet igazi élet-halálküzdelme tehát a szaporodás frontján megívott születési harc (Geburtenkampf) jellemzi. Amely nép e harcban vesztes marad, semmi egyéb győzelem sem menti meg a pusztulástól. Viszont semmiféle leigázás sem tehet végleg tönkre egy népet, ha a születés terén állja a versenyt. E küzdelemben minden szapora tehetséges család egy-egy győzelem és minden magvaszakadt értékes családtag egy veszteség. A legtehetségesebb, eugenikailag legkívánatosabban összeválogatott emberpárok is hasznavehetetlenek a szaporodási harcban, ha utódok nélkül halnak el és halálukkal, éljenek bár az emberi kor végső határáig, tehetségük végleg elvesz a faj számára« (365. lap). A könyv nyelvezetének folyamatossága, fogalmazásának tiszta volta és sok helyen igen találó hasonlatai külön emelendők ki.

Schaffer prof.

Az ultrarövid hullámok fizikai-biológiai jelentősége és terápiás alkalmazása. *Teleki Pál.* (Novák és Társa kiadása, 95 oldalon.)

A könyv két részre oszlik. A fizikai részt *Nekolny Kurt*

mérnök írta alapos hozzáértéssel, némely helyen nehéz theoretikus kidolgozással. A terápiás rész rövid ($\frac{1}{8}$ -a az egész munkának), sok sajtóhibával és magyartalan. Észlett eseteinek klinikai és tudományos feldolgozása hiányos. A hullámhosszúságok megválasztásában indokolatlanul önkényesen jár el. Ugyanígy az indikáció felállításában is, mert nem a theoretikus elgondolások alapján kell bírálunk, hanem az észlett jó eredmények alapján. Az indikációs terület igen szűk keretek közé szorul. Ma főként az idült gyulladások, heveny gennygyülemek és helyi keringési zavarok az indikációs területek.

Nagy hibája a könyvnek, hogy a magyar klinikai munkákat és irodalmi közléseket nem említi. Adatait az eddig ismert külföldi gyűjtőmunkákból meríti. *Schaffler dr.*

Lumbalanästhesie in der Geburtshilfe und Gynäkologie. *Ernst Preisseecker.* (W. Maudrich, Wien. 1934. Ára Rm. 750.)

A lumbalanesthesia fejlődése és az indikációk kialakulásának ismertetése után részletesen foglalkozik a könyv a liquor biochemiájával. Vizsgálatai és az irodalmi adatok alapján *Preisseecker* tagadja annak lehetőségét, hogy az érzéstelenítő szer áramlás útján felhatoljon és azon a nézetet van, hogy a vér és liquor között kémiai-fizikai tulajdonságokkal rendelkező szűrő áll fenn, amely csak bizonyos anyagokat enged keresztül. Fontos, hogy a szűrő átteresztőképessége egyes esetekben fokozódik, ami a javallatok felállításában szemelőtt tartandó. Nagy jelentőséget tulajdonít a punctio hibaktól mentes kivételnek s elismerőleg nyilatkozik a percainról, pantocainról s a *Jones*-féle oldat előnyeiről. A szülészetben való alkalmazást illetően foglalkozik a megváltozott viszonyokkal, amelyeket részben az anatómiai helyzet, főleg azonban a terhesség alatti érzékenység fokozódása okoz. Ezek a körülmények a szülészetben való alkalmazást meglehetősen szűk térre korlátozzák s csak császármetszés eseteiben alkalmazza, kellő megvalósítás mellett. Ismerteti végül az eredményeket 1800 eset kapcsán s hangsúlyozza, hogy kiküszöbölendő ama elavult nézet, amely szerint a lumbal-anaesthesia akkor is alkalmazható, ha az inhalációs narcosisnak akadályai vannak. A gyakorlati készség mellett szükséges az esetek kiválasztása és megvizsgálása és igazán nagy érdeme *Preisseecker*-nek, hogy vizsgálataival ezt megkönnyítette. A könyv ügyes összeállítása, tudományos és gyakorlati kérdések összhangba hozása egyformán élvezetessé és hasznossá teszi olvasását.

Salacz Pál dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület CX. közgyűlése.

I. Verebély Tibor: *Elnöki megnyitó.* Alig mult két hónapja, hogy mint új elnök, szerencsés lehettem szerény beköszöntővel megnyithatni az Orvosegyesület új ülészakát.

Annak a meggyőződésemmel adtam akkor kifejezést, hogy a láthatár sűrű felhőin itt-ott áttörő sugarak a magyarság és annak keretében az orvosi rend jobb jövőjét látszanak hirdetni. A remény sajnos hiúnak bizonyult.

Az orvostársadalomnak léteért folytatott küzdelmét legyűrte a külső meg nem értés s nem kis részben a belső viszálykodás, mely jelszavak körül pártokra szaggatott akkor, amikor a győzelemhez összetartásban rejlő osztatlan erőre lett volna szükség.

A magyar nemzeti és a magyar orvosi jövő felett egyaránt beborult megint az ég s a nyugodt, építő munka helyett küzdelemre kényszerít ott is, itt is bennünket a sors. A történelem és a politika tudósai azt jósolják, hogy a nemzetet át fogja segíteni válságán multjában gyökerező életosztone s igazságának átütő ereje, ha a pártokat össze tudja fogni a közös cél: a haza eszméje.

Orvosi jövőnk fölött ezzel szemben átláthatatlan ködösség borong. A rendi kötelék lazább, mert közelebről érinti az egyéni érdeket, mint a nemzeti kapocs. Közös eszmévilágot teremteni ott, ahol az egyén mindennapi megélhetéséért folyik a küzdelem, ahol a mult és jövő nagy távlati helyett a jelen szürke gondjai fedik a látóhatárt, szinte lehetetlen. S mégis azt hiszem, hogy mi orvosok is csupán úgy menthetjük meg hivatásunk szabadságában rejlő fejlődő képességét, tehát jövőnket, ha örönk forrását az egyetlen orvosi igazságban, a tudásban keressük. Meggyőződésem, hogy államhatalom, társadalom és egyének együttes ostromát csak a tudásnak tiszta, s nem a napi politika ephemér fegyvereivel verhetjük vissza eredményesen.

Minden aggodalmam, sokszor rámtörő csüggedésem közepette némi megnyugvást csak abban találok, hogy e falak tanúsága szerint a tudományos lelkesedés, az igazság keresésének osztone, hivatásunk mérhetetlen felelősségének át-

érzése, s ebből fakadóan a tudásnak kiolthatatlan vágya ma is csorbítatlan az öregebb gárdában, a fiatal nemzedékben egyaránt.

Már pedig akiket egybeforraszt a tudás igazságainak szemlélete, a hivatás magasztosságának eszméje, azok egymásra fognak találni odakinn az élet küzdő terén is.

Ennek a kölcsönös megértésnek a jobb jövő zálogának jelképeként kedves kötelességet bízott reám az Egylet Igazgató Tanácsa.

Még el sem hervadtak a koszorú virágai, amelyekkel elköltözött tiszteleti tagunkat, *Tauffer Vilmost* búcsúztattuk, s mai megbízatásom szerint friss virágokat kell csokorba fonom, hogy legújabb tiszteleti tagunkat *Tóth Istvánt* üdvözljem.

Mint ha a sors kívánt volna kegyetlen játékot űzni azzal, hogy ezt a két napot ilyen közel hozta egymáshoz. Pedig csak a természet kéréllhetetlen logikájára döbbenhet az, aki az események egymásutánjában itt is nem a pusztá véletlennek, hanem ezernyi feltétel közös együttműködésének juttat szerepet. Közös sorsunk, mert a földi lét törvénye, az élet mulandósága; örök csak az eszme, mely a szolgálatába szegődött egyén létének nyomait akkor örökíti meg a fejlődés forgatagában, ha azok értéket képviselnek. Boldog az, aki azzal a tudattal hagyhatja el a földi pályáját, hogy az eszme, mely benne testet öltött, melyért dolgozott, küzdött, utódaiban tovább él; s boldog az, akit jó sorsa Isten adta tehetségével ilyen diadalmos eszme munkásaivá avatott.

Tauffer Vilmos, akiben a magyar szülészet és nőgyógyászat, minden tudományos, nemzeti és társadalmi vonatkozásával együtt, fogalommal kristályosodott, azzal a megnyugvással szállhatott sírjába, hogy eszmevilágába méltó utódot állított be örökösül. Úgy érzem *Tauffer Vilmos* szellemének kívánságát teljesíti e pillanatban az Orvosegylet, amikor árvaságra jutott tiszteleti tagságát, eszméit, munkaköre és elnöki széke örökösének, *Tóth Istvánnak* ajánlja fel megbecsülése, hála és szeretete jeléül.

Becsüljük és értékeljük *Tóth István* élete munkáját, mert nemcsak a legnagyobb nemzeti vagyoni, a magyar emberélet ápolásában járt elől évtizedeken át, nemcsak mert iskolát nevelt, melyre büszke lehetne a gögös nyugat bármelyik nagy népe, hanem azért is, mert szaktudománya terén is dicsőséggel szolgálta hazája sorsát.

Hálásak vagyunk neki azért, amit tudományos lelkesedéséből, buzdító ereje teljéből, szervező képességéből Egyletünknek juttatott, amivel tudományos életünk szintjét kitűnő elődjei nyomán haladva, emelte.

Szeretjük őt, mert ide, a tudomány egyébként rideg csarnokába elhozta a zene kultuszában kifinomodott lelke és költői érzésű szíve melegét, aranyos humorát, s ezzel meghitté, kedvessé varázsolta a légkört a szellemi mérközések magaslatain is.

Ezt a hármast érzést: nagybecsülésünket, hálánkat és szeretetünket kívánja jelképezni ez az oklevél, mellyel nem *Tóth Istvánt*, hanem önmagát tiszteli meg az Orvosegylet, mikor ezt velem átnyújtja.

Adja a jó Isten, hogy sokáig tisztelhesük őt új polcán azzal a kéréssel, szeresse tovább ezt az Egyletet úgy, ahogyan ő buzdított erre mindig bennünket.

2. Tóth István meghatott szavakkal mond köszönetet az Egyesületnek a tiszteletbeli tagságért.

3. Salacz Pál, főtítkárszámol a pályadíjakról, melyek közül a Balassa-jutalomdíjat *Kelen Béla*, a Szenger Édepályadíjat *Láng Sándor*, a Tauszk Ferenc-jutalomdíjat *Rusznayk István* kapta.

Felolvassa az újonnan jelentkezett 14 tag névsorát és bejelenti, hogy külföldi levelezőtagnak ajánlja *Balogh Ernő* és az igazgató-tanács *Jaques Bandaline-t* az Union Internationale Contre le Cancer főtítkárárt. *Schaffer Károly* és az igazgató-tanács *Oscar Vogt* professzort, a Berlin-Dahlem-i Kaisers Wilhelm Intézet Agykutató Intézetének igazgatóját. *Hugo Spatz* professzort, a Münchener Elme-Idegkliniká vezetőjét.

A tudományos ülés jegyzőkönyvét kéziratok hiányában csak jövő heti számunkban közöljük.

A Közkórházi Orvos Társulat dec. 5-i ülése.

Verbényi B.: *Sárga test tömlőrepedés okozta hasüri vérzés két esete.* a) 17 éves virgo. Beszállítása előtt két nappal kezdődtek görcsös fájdalmai hasában, köldök alatt jobboldalt, többször elájult. Vizsgálatkor kifejezett anaemia, szapora, kishullámú pulzus, hasban szabadon mozgó folyadék, uterus mögött jobboldalt tojásnyi, elmosódott határu, tézsza tapin-

tatú érzékeny resistentia. Azonnal laparotomia, mikor is a hasban 450 cm³ részben alvadt vért, a jobb ovariumban diónyi megrepedt tömlőt találtak. Jobboldali adnexumot kiirtják. b) 15 éves virgo. Felvétele előtt 12 órával görcsös fájdalmak az appendix tájcn. Mac Burney-ponton defans musculaire, Rowsing-tünet pozitív, pulzus 98, hőmérséklet 37.8° C. Rostélymetszéssel hatolva a hasba, empyemás appendix mellett a hasürben 300 cm³ vért találtak, mely a jobb ovariumban lévő zöldmogyorónyi cysta megrepedéséből származott. Jobb adnexumot, majd az appendixet eltávolítják. Mindkét esetben a szövettani vizsgálat megrepedt corpus luteum cystát igazolt.

Pollák I.: Ismerteti egy corpus luteum cysta esetüket. A cysta peritonealis shockot okozva spontán megpukkadt. A shock lezajlása után laparotomizált beteg 14 nap mulva gyógyultan távozik. Esetével kapcsolatban felhívja a figyelmet a Halban-féle bimanualis compressio következményeire és veszélyeire.

Szóllóssy L.: *Bélzáródást okozó jejunalis enterogen cysta bélresekcióval gyógyult esete.* 23 éves nő heves hasi görcsös fájdalmakkal és csillapíthatatlan hányással egy nap óta tartó bélezáródással. Azonnali műtét alsó medián laparotomia. Három-négy ujjnyira tágult vékonybélkacsokat találtak, aborális irányban vizsgálva ezeket, látják, hogy éles határral a tágult kacsok után ujjnyira összeesett kacsok következnek. Itt a mesenterium heges és abban diónyi a béllel összefüggő cysta, melyre a bél ráhúzódik. A cysta enucleálási kísérletkor beszakad és mintegy evókanálnyi bélsár ürül a mesenteriumra. A fertőzött mesenteriumot a hozzátartozó kb. 25—30 cm vékonybéllel resekálják, end to end anastomosis, teljes réteges hasfalvarrat. Síma gyógyulás.

Liteczky A.: *Dystrophia musc. progr. esete.* 36 éves férfibetegnek 18 éves korában, hadifogságban kezdődött a betegsége. Nagy gyengeség, fáradékonyság kíséretében fejlődött ki az izomatropia a váll-öv, a nyak-hát-medence-öv és combizomzaton. A distalis végtágrészek épen maradtak. A villamos ingerlékenységi vizsgálat az atrophizált izmokban nagyfokú csökkenést, illetve teljes hiányt mutat. Elfajulási reakció nincs. A jellemző lokalizációjú atrophia, továbbá villamos ingerlékenység csökkenése alapján az egyéb eredetű izomatropiáktól a kórkép könnyen differenciálható volt. Az eset érdekessége, hogy a betegség rendkívül rossz táplálkozási viszonyok, nélkülözések kapcsán kezdődött.

Keller K.: Kiemeli azt a jelenséget, hogy a beteg akár órákhosszat tud egyhelyben állni, sík talajon járni, de a leülés nehezére esik. E ritka jelenségnek magyarázata az, hogy a m. erector trunci alsó részének bénulása folytán az ágyéki gerincoszlop ülés közben kiphosisba jut, ami a folytonosan lordosisban álldogáló betegnek szokatlan és nehezen kompenzálható helyzet.

Cseley P.: *Mikrophthalmia esete.* Tizenkettőszer szülő asszony 1934 májusában mikrophthalmiás csecsemőt szült. Családjában látható fejlődési rendellenesség nem volt. A csecsemő balszeme kb. cseresznyemag nagyságú, jobb szem a normálnál alig valamivel kisebb és ez utóbbin a cornea tejszerűen homályos, aetiológiáját még nem sikerült tisztázniok.

Naszvady I.: *Ektopia vesicae.* 45 éves tizennégyszer szülő asszony 1931 júniusban élő érett ektopiumos fiúmagzatot szült, aki most is él, három és fél éves, jól fejlett, jól táplált, értelmes. Az ektopia vesicae ritka és egyéb fejlődési rendellenességekkel (symphysis, medence, uretherek stb.) szokott előfordulni. A műtét nem sok eredménnyel kecsegtet, amit az irodalomban közölt esetek is igazolnak.

Faludy G.: Ujszülöttet észlelt, kinek az ektopia vesicae mellett atresia ani és spina bifida sacralisa volt. A külső nemiszervek teljesen hiányoztak, az újszülött nemét boncolás alapján lehetett megállapítani, mikor is kiderült, hogy a leányújszülöttnak csupán egy veséje és egy petefésze van.

Előadás.

Szenteh I.: *A méhrepedés.* 9210 szülésre eső 12 méhrepedést ismertet. A repedés hétszer komplett és ötször inkomplett volt, közülük négy anya és nyolc magzat halt meg. A repedések oka szűk medence, hydrocephalus, harántfekvés, homloktartás, expressio, műtéti beavatkozás és helytelenül adott hypophysis injekció volt; mind a 12 szülő nő multipara volt. Kilenc repedés osztályon kívül történt, kettőt a repedés fenyegető tüneteivel vettek fel. Kilenc esetben hasmetszést, méheltávolítást és hüvelydrainagett végeztek. Az anaemia leküzdésére kitűnő eredménnyel alkalmazták a vérátömlesztést. A legjobb volt a prognózis azon esetben, amidőn a repedés és a műtét között nem telt el sok idő és

a kezelő orvos semmiféle szülést befejező beavatkozást nem kísérelt meg, hanem azonnal osztályra vitette az asszonyt. A méhrepedés prophylaxisában fontos a gyakorló orvos és bába kellő kiképzése, a gyors mentőszolgálat és a terhesek szakszerű gondos ellenőrzése, szülés előtti vizsgálatuk.

Pollák I.: Kézirat nem érkezett.

Schmidlechner K.: Kézirat nem érkezett.

Szenteh I.: Ha a magzat feje mélyen van rögzítve az üregben felesleges sectio caesareát végezni, mikor fogóműtéttel is megfelelő eredményt érhetünk el. Ha a szülő nő már sectio caesareán esett át, akkor a következő szüléskor is sectio caesareát végezzünk, nehogy spontán szülés alkalmával a sectio caesarea hege szétrepedjen, mint ahogyan erre az irodalomban számos példa olvasható.

December 12-i ülés.

Bemutatók.

Schmidlechner K.: *Postmortalis lábrafordítás és extractio.* F. J.-né 35 éves, hatodszor szülő asszonyt terhessége utolsó óráiban hozták be a Rókus-kórház szülőosztályára, nagy oedemákkal, súlyos légzési nehézségekkel, rossz érveréssel, az inkompensáció minden tünetével. Harmadik szülése után egymás után izületi gyulladása, veselobja, szívtaja és kőtoldali tüdőcsúcschurujta volt. Ezek dacára még kétszer nagyobb baj nélkül szült. Mostani terhessége alatt súlyos beteg volt, kezelték. Hatalmas szív-hyppertrophiát, insuf. bicusp-t oedema pulm. állapítottunk meg. Panaszainak enyhítésére a szokásos morfiomot, cardiacumokat, oxygént kapott. Fájdásokat e közben nem észleltünk. De a szülés azonnali befejezésére határoztuk el magunkat — sectio caesareával. Belső vizsgálatkor háromujnyi méhszájat, álló burkot észleltünk, a magzat feje a medencebemenet felett, jó magzati szívhangok. Ezután a betegnek terminális légzése volt és pillanatok alatt exspirált. A magzat gyorsan világra hozatalára gyorsan burkot repesztettünk, egész kézzel behatolva, lehúztuk a lábat, a fejét külső fogásokkal a fundusba tereltük és extrahálva világra hoztuk a 4400 gr súlyú, 55 cm hosszú, 35 fejkerületű magzatot algid asphyxiában, sikerült gyorsan feléleszteni. Sectio: Hypertr. dil. ventr. cord. Endocard. verr. valv. bicusp. Embolia art. pulm. állapítottuk meg. A katasztrófában is kedvező helyen és körülmények között az anya halála után sikerült a magzatot gyorsan világra hozva megtartani.

Mihalkovics E.: Rendkívül érdekesnek tartja a bemutatott esetet, amely valószínűleg egyedül áll az irodalomban. Hasonló esetben azonban egyedül a sectio caesareát tartja helyes eljárásnak, amely úton sokkal kisebb kockázattal lehet a magzatot világra hozni.

Raisz D.: A fordításoknak *Neu* által ajánlott megkülönböztetése a kombinált manualis és kombinált digitalis fordítás, jobban fedi a fogalmakat, mint a régi nomenklátúra. A bemutatott eset a körülmények igen szerencsés talákozása mellett, a műtő leleményességét és ügyességét dicséri, de követendő például nem szolgálhat. A halott szülőnél haldokló magzatának megmentésére a legkisebb kockázattal járó műtétet kell választani. Ennek a célnak a gyorsan elvégzett császármetszés felel meg a legjobban. A lábfordításnak és extractionnak már egymagában is elég nagy a magzati mortalitása.

Tuszkai Ö.: Határozottan bravúros volt a szülés befejezése, annál is inkább, mert a törvény előírja, hogy a császármetszés műtétét a halotton is, éppen oly módon kell végrehajtani, mint az élőn, ez pedig több előkészületet igényelt volna, mint a fordítás és kihúzás, mely a vizsgálatkor úgyszólván kézenfekvő volt. A halál beállt ilyenkor nem könnyű konstatálni és a tetszhaláltól megkülönböztetni, ezért kell a műtétet úgy végezni, mint az élőn. Fontosabb hozzászólásom második része, mert ez a terhes szívujjakra vonatkozik, midőn is sok esetrendővel ezelőtt sikerült még a klinikán olyan jelet találnom, mely figyelmeztet arra, hogy mikor várható a terhesek szívének olyan elgyengülése, mely nem tud a terhesség és szülés nehézségeivel megbirkózni. Ez a klinikai jel: a pulzus labilitásának felszökése. Ha fekvő és álló helyzetben ez utóbbi javára a pulzus percenkénti különbsége kb. 30, vagy több, akkor a jobb szív már dilatált vagy tágulni kezd és következik a szív-elégtelenség, ebből az inkompensáció. Ez a pulzus labilitás tehát jele a bekövetkezendő veszélynek, mely megparancsolja, hogy mindent megtegyünk a szív munka könnyítésére, sőt esetleg a terhesség befejezésére. Számos kongresszuson ismerttettem ezirányú észleléseimet és nagy örömmel mondhatom, hogy elismerik a külföldön, míg itthon nem vették tudomásul (egy támadást kivéve) és ezért hoztam fel, hogy ezen nagyon egyszerű és igen fontos vizsgálatot szíves figyelmükbe ajánljam.

Sipos I.: *Osteomyelitis sterni.* 13 éves fiún a sternumon keletkezett heveny elsődleges osteomyelitist mutat be, mely a csont megnyitásával a retrosternális tályog lebecsátásával gyógyult. Az o. m. sterni kivételes előfordulását elsősorban nem a baktériumok bejutási nehézségeivel magyarázza (mint általában a st. o. m.-ek leírói), hanem a csontnak a struktúrájától is függő immun biológiai funkciójával. A nagy ellenállást tanúsító stemumban csak a legvirulensebb gennykeltők képesek o. m.-t előidézni. Igazolják ezt a st. o. m.-hez társuló foudroyans sepsisek, melyek érthetővé teszik a st. o. m. nagy mortalitását.

Milkó V. *Nagykiterjedésű heges hepaticus-choledochus elzáródás gyógyítása elsüllyesztett gummiprotézissel.* Előadó a műtői epeútsérülések kérdésével foglalkozván, megállapítja, hogy ilyen sérülések nemcsak durva technikai hibák, de a műtétkor talált kedvezőtlen viszonyok vagy anatómiai rendellenességek folytán is létrejöhetnek. A bemutatott 45 éves nőbeteg felvétele előtt hét hónappal más kórházban cholecystentomiát végeztek. Öthónapi teljes jólét után újra lesoványodás, étvágytalanság, majd lassan fokozódó sárgaság lépett fel, melyhez az utolsó napokban heves epegörcsök csatlakoztak. A súlyos cholelithiasis-eltávolítás kórismével megoperálta. A technikailag igen nehéz műtét alkalmával kitudta, hogy a hepaticus és choledochus kb. hat cm. hosszúságban lumen nélküli heges kötéggé alakult, anastomosisról a centralis hepaticus csomk rövidsége miatt nem lehetett szó, ezért előadó, mint jóformán egyedül lehetséget, ezt az utat választotta, hogy a hiányzó epeutat elsüllyesztett gummiprotézissel pótolja. Tíz cm hosszú, öt cm vastag gummicső egyik végét a hepaticus, másikat a choledochus megmaradt csomkjába vezetve, azt a környezetből vett kötőszövetrel és cseplesszel, amennyire lehetett beborította. A beteg a műtét után súlyos cholemiás vérzést kapott, de transfúzió után zavartalanul gyógyult. Icterusa nyolc nap alatt megszűnt, sebe négy hét alatt sipoly nélkül teljesen begyógyult, röntgen-utóvizsgálatkor, két hó múlva, a protézis már nem volt látható, tehát valószínűleg a bélen át kiürült. A beteg, jelenleg, 14 hóval műtét után is, teljesen jól van. Kétségtelen, hogy a maradó gummiprotézis nem ideális megoldás az epeúthiányok gyógyítására, mert utólagos szövődményekre és recidívákra adhat alkalmat, de kétséges esetekben, amilyen a bemutatott is volt, kitudó vizsgálatot tesz, sőt a végleges gyógyeredményt is biztosíthatja.

Czeyda-Pommersheim F.: *A typhusos bélátífúródás.* A typhus kóroktanának és kórbonctanának rövid érintése után részletesen tárgyalja a klinikai részt, a tünettant, különös tekintettel a más eredetű átfúródásoktól való elkülönítésre. Felmenti mindazon szövődményeket, melyek átfúródás gyanúját kelthetik. 18 operált közül kettő gyógyult meg, egy három hónap, egy egy hónap múlva halt meg más szövődményben. Az érdekesebb esetek rövid történetét ismerteti.

Peleskei L.: A Szent László-kórházban 1927—1929. bezárólag a *Gerlóczy-, Furka-, Karcag-*osztályokon kezelt, általa észlelt esetekről számol be, melyeknél valamennyi halálos kimenetellel végződő esetben a klinikai lefolyás össze van hasonlítva a boncletekkel. 3562 felnőtt közül meghalt 563 (15.9%), összes perforáció volt 93 (2.6%), meghalt 91 (az összes halottak 16.5%-a), operált volt 16, gyógyult 2. 1208 gyermek közül meghalt 104 (8.6%), összes perforáció volt 13 (1%), meghalt 13, (az összes halottak 12.5%-a) operált volt 1, összes ty. abd. volt 4770, meghalt 667 (13.9%), összes perforáció volt 106 (2.2%), meghalt 104, (a halottak 15.9%-a) operált volt 17, gyógyult 2. Korai (első két nap) perforációs tünetek voltak 106 perforáció alkalmával, spontán és nyomási érzékenység 97 (91.5%). 120 feletti érverés 90 (84.9%), defansa 81 (76.4%) meteorismus 69 (65%), hányás 59 (55.6%), csuklás 42 (39.6%), facies abdominalis 33 (31.1%), csajkaszerű has 12 (11.3%), máj- és léptompatia eltűnése 11 (10.3%), a már kifejlődött peritonitiseknél a tünetek száma megszorodott. Klinikai tünetek alapján perforáció gyanúja merült fel 33 esetben, mikor azonban a boncolás 12 esetben myodeg. cord. grav.-t, 8 br. pneunioniat, 7 bélvérzést, 2 léptályogot, 2 v. iliaca thromb.-t, 2 mesent. gl. lymph. necr.-t talált. Ez esetek közül 25-nél vérzésesség és defansa nem volt jelen. I. hetes perforáció 0, II. 7 (6.6%), III. 64 (61.3%), IV. 26 (24.5%), V. 8 (7.5%), VI. 1 (0.6%). Amikor a ty. abd. lefolyása nem sima, hanem újabb veres duzzadások vannak jelen, még a fehérvérsejt száma és érverés alacsony, ez esetben a prognózis rossz, mert a ty. toxinja erős romboló hatása alatt áll a szervezet. Lezajló sima ty.-nál a fehérvérsejt szám és érverésszám megszorodik, minthogy a ty. toxinja nem fejt ki ilyenkor behatást a szervezetre. Az esetek 25%-ban a perforáció más szövődménnyel is volt párosulva.

Bézi I.: A leukocytosist védekező képesség jelének kell tartanunk. Valószínűleg ide tartozik a Widal-reakció jelensége is. Ez utóbbira nézve a múlt évben közölt vizsgálatait szerint az derült ki, hogy a reakció titere peritonitis bizonyos esetekben

— hogyha 2—3 napnál tovább tart — erősen csökkenhet, vagy előzetesen +Wi. peritonitis alatt negatívvá válhat. Ugyanezt a jelentőséget pyocyanus agglutininekre vonatkozólag nyúlkísérletekben lehetett tapasztalni. Uglátszik, hogy a specificus agglutininek másodlagos, nem specifikus fertőzés (peritonitis) hatására a vérsavóban megfoghatnak, vagy abból eltűnhetnek. Rámutat ennek a tapasztalatnak elméleti és gyakorlati fontosságára. Mindenesetre érdekes lesz az előadó úr remélhetőleg következő gyógyult ty. perforációs eseteit ilyen szempontból megfigyelni.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika Orvosai Tudományos Társulásának november 7-i ülése.

Bemutatók.

1. Alföldy J.: *Labyrinthitis korai műtéttel gyógyult esete.* 33 éves férfibeteg baloldali heveny genyes középfülgyulladásának harmadik napján indukált heveny serosus labyrinthlob keletkezik; teljes cochlearis kiesés mellett a vestibularis calorikusan ingerelhető. Tekintettel a súlyos csecsnyujtvány-megbetegedésre (Körner-féle osteophlebitisre) s a súlyos spontán labyrinthtünetekre (hányás, szédülés, III. fokú nystagmus), azonnali antrotomiát végzünk. A fentemlített csontelváltozásokon kívül a labyrinth csontos tokján szabad szemmel elváltozást nem találunk. Zavartalan sebgyógyulás. A súlyos vestibularis szubjektív tünetek a műtét után azonnal megszűntek, a nystagmus II. fokúvá változott. A negyedik héten gyenge facialis bénulás lépett fel, mely ugyancsak visszafejlődött (oedema). Feltűnő, hogy az I. fokú nystagmus még 6 hét után is fennállt.

2. Hoffenreich F.: *Bang-infekció esete.* Férfibeteg diagnózisát, kinek savója a typhus- és Bang-bacillust egyformán agglutinálta, a bakteriológiai vérvizsgálat döntötte el. Sikertelen a beteg vérből Magyarországon első ízben Bang-bacillust kitenyésztetni. A kitenyésztett baktérium differenciált táptalajokon Brucella abortusnak bizonyult. Agglutinációs analízise nem volt lehetséges.

A klinikai körkép ismertetése után előadó ajánlja, hogy minden gyanús lázas megbetegedésnél a Bang agglutinációs-próba megejtessék.

3. Kolozs E.: *Gyógyult miliaris tbc esete.* Másfél év óta észlelt betegről számol be, ahol a röntgen-, a gégeészeti lelet és a köpetvizsgálat miliaris tuberkulózist állapít meg és ahol a betegség láztalanul kezdődött és folyt le. A félévenként megismételt röntgenképek változatlanok. A beteg ez idő alatt 10 kg-ot hízott.

Előadás:

1. Weisz M.: *A magas vérnyomás szemészeti vonatkozásai.* Hypertóniások szemfenéki elváltozása alapján az alábbi megállapításokat nyeri:

1. A retina apró arteriái, de maga az art. centr. retinae sem alkalmas arra, hogy viselkedésükből H.-ra lehessen következtetni. — 2. Vivőerek közül a mac. lutea körüli venolák dugóhúzószzerű csavarulatait (Guist-f. tünet) nem tartjuk jellegzetesnek essent. H.-ra, hanem constitutionalis anomáliának fogjuk fel. — 3. A v. centr. ret. kórosan fokozott lüktetését essent. H. több mint 80%-ban megtaláltuk, miért is komoly diagn. jelnek tekintjük. — 4. Art. vena keresztződés helyén (Salus-f. tünet) H. és arterioscl. mellett sajátságos elváltozások észlelhetők, melyeket nemcsak diagn., hanem olykor progn. jel gyanánt is felhasználhatunk (*Bvana és Radnai*). — 5. A Gunn-féle tünet (rézdrót, ezüstdrót arteriák) H.-ás és arteriosclerotikus tünet. — 6. Tisztán arteriosclerotikus szemfenéki tünetnek vesszük a szürkésfehér chorio ret. göcöket, mac. lutea senilis elváltozásainak bizonyos alakjait és a retinit. circinat. — 7. Prognózis szempontjából külön kiemelendőnek tartjuk a magas vérnyomás okozta retinalis vérzéseket.

Bvana J.: Nemcsak fennálló magas vérnyomást, arteriosclerostis tudunk a szemfenéki ereiből diagnosztizálni, hanem nagy valószínűséggel a prognózist is fel tudjuk állítani.

Radnaival végzett vizsgálataink azt bizonyították, hogy azok a magas vérnyomású betegek, akiknél igen enyhe, vagy negatív szemfenéki tünetek voltak jelen, 3 évi megfigyelés után mind életben voltak. Magas vérnyomású és középsúlyos szemfenéki sclerostis mutató eseteinkből 3 éven belül 60% exitált. Magas vérnyomású és súlyos szemfenéki érsclerostis, vagy ezzel kombinált retinalis vérzést mutató betegeink pedig 3 év alatt mindannyian elpusztultak. Az ophthalmoscopiát ily esetekben méltán nevezhetjük cerebroscopiának.

Weinstein P.: Ismerteti az I. sz. szemklinikán végzett vizsgálatokat, melyek szerint szemfenéki vérzésekben az arteriosclerotikus hypertonia dominál (*Plesch-f. fonoscillometerrel*),

míg glaucomásoknál essentialis climaxos hypertonia szerepel. A vérzés oldalán nagyon sokszor nagyobb oscillatiókat talált az ép oldalalán, az érfa csökkent rugalmassága folytán. Szemészeti szempontból fontosnak tartja a magas vérnyomást arteriosclerotikus és essentialis ill. climaxos hypertoniára osztani, az alkalmazandó therapiára való tekintettel.

Kemény E.: Nem tudja elképzelni, hogy a magasabb vérnyomás a hajszereléken áttevődve a vénákra a vena centralis retinae területén vénapulzust idézne elő. A vénapulzus oka a vénák akadályozott kiürülése. Ha az előadó essenciális magas vérnyomásnál feltűnő gyakran észlelt vénapulzust a szemfenéken, felvetődik az a gondolat, nem valamely mechanikus akadály, esetleg éppen a hypophysis megnagyobbodása akadályozza-e a vena ophthalmica kiürülését. A hypophysis egészen kicsiny adenomái és pedig a basophilsejtű adenomák már akkor is vérnyomásemelkedést okoznak, amikor még a kifejezett *Cushing-féle* kórkép egyéb tünetei hiányzanak. Újabb vizsgálatok szerint ezen basophil adenomák nem ritkák, tehát érdemes volna avval a kérdéssel foglalkozni, nem találunk-e szemfenéken látható vénapulzusban olyan tünetet, mely éppen azon hypophysis eredetű kórképek mellett szól, melyek a magasabb vérnyomással járnak együtt.

A Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete november 28-i ülése.

1. Gál F.: *A szervezet egyéb megbetegedéseivel szövődött méhrák gyógyítása.* Számadatokkal bizonyítja, hogy a méhrák műtéti vagy sugaras kezelésének megválasztása alkalmával olyan esetekben, amikor egyéb szövödmények (keringési zavarok, lues, diabetes, struma stb.) a műtét esélyeit rontják, nem kell a műtéthez ragaszkodni, mivel az ilyen esetekben a sugaras kezelés eredményei legalább olyan jók, vagy jobbak, mint a műtétéé. Az elmondott adatok fényt vetnek a sugaras kezelés nagy teljesítőképességére is, mivel a szóbanforgó esetek minden válogatás nélküli, részben inoperábilis, de minden esetben már súlyos betegségekkel szövődött esetek voltak, mégis aránylag nagy százalékban meggyógyultak. A számadatok azt is bizonyítják, hogy az ilyen szövödményes eseteknek a műtétekből való kizárása a műtétek százalékos gyógyulását hatalmasan emeli anélkül, hogy az összes kezelt rákesetek gyógyulási arány-számát rontaná.

2. Császár E.: *A dózismérés új módja (a röntgenenergometer).* Az általa felfedezett készülék alkalmas arra, hogy egy négyzetcentiméternyi területre merőlegesen egy másodperc alatt eső sugárzás energiáját, energia-egységben (erg) megmérhessük. A mérés úgy folyik le, hogy a röntgensugárzást kis fémkúp palástjának belsejébe ejtjük, mely nemcsak a belső, hanem a másodlagos sugárzást s azonkívül az elektronok nagyrészét is elnyeli. Az elnyelt sugárzás a keménységre való tekintet nélkül a fémkúpot igen kis fokban felmelegíti. A melegedés jelzésére ezüstből és tellurból álló egyetlen hőelem van a kúppalásthöz forrasztva. Az elnyelt sugárzás csekély melege árán hőelektromos áram keletkezik, melynek erősségét a készüléktől több méter távolságban lévő árammutatóval lehet leolvasni. Az áram erőssége arányos a beeső sugárzásával. Az osztályzatot úgy készíthetjük el, hogy az intenzitást erg egységben olvashatjuk le a készüléken. Ezért a készülék neve röntgenenergometer. Az ergometerrel kényelmesen meg lehet mérni egy tetszőszerinti testben, pl. az emberi testtel megegyező elnyelésű anyagban elnyelt sugárenergiát, köbcm-enként és mp-enként, tehát a valóságos dózist. Evégett előbb meg kell mérni a beeső sugárzás erősségét, majd az elnyelő testen áthaladó sugárzást. A két mérés különbsége adja meg az elnyelt energiát. A visszaszóródó sugártöbbletet és a mérési dózist az eddigi táblázatok alapján lehet meghatározni. E készülékkel való mérés közben az «*erg*» egység fölöslegessé válik. Sőt az előadó *Dauwillier* szellemében javasolja egy új röntgenegység bevezetését: ez a röntgen-erg (jele «*re*») Ez jelenti azt a röntgensugármennyiséget, melynek energia-egyenértéke éppen 1 erg. A készülék használata végett az egyes betegségek kezelésékor szükséges sugáradagokat röntgenergben kell táblázatokba foglalni.

A röntgen-erg és az *r* egység között egyszerű kapcsolat áll fenn. Ugyanis közelítőleg $1 r \sim 0.1$ erg-el. Ez összefüggés alapján át lehet számítani az ergometer és az ionos kamra adatait. De ez az összefüggés eléggé bizonytalan.

Az ergometer különösen annak a kérdésnek eldöntésében nélkülözhetetlen, hogy milyen a különböző keménységű sugárzások biológiai hatása, ha a testben elnyelt energia egyenlő. Ezt a kérdést ionos kamrával eldönteni nem lehet, mert ha a kamra a két esetben egyenlő számú *r*-et mutat is, még nem bizonyos, hogy egyenlő lenne az elnyelt energia, tehát nem tudjuk, hogy az emberi test is egyenlő sugárenergiát nyelt-e el.

Györgyi G.: Az ergometert a röntgenographia terén is értékes műszernek tartja. Az expozíciók pontos beállítását energetikai alapon francia szerzők kísérelték meg.

Kelen B.: Örömmel üdvözlö az előadót a röntgen-ergometert felfedezése alkalmával. Külföldön évtizedek óta folytatók e téren a kísérletezések s örömmük kétszeres, hogy magyar tudós nevéhez fűződik a siker. *Császár* készüléke a Röntgen-dozimetriát új alapokra fogja fektetni, ami mellett a régi s immár begyökeresedett »*re*« egység is megmaradhat, amennyiben a dozimeter adatai ezzel is egyszerű viszonyba állíthatók.

December 12-i ülés.

I. Szandányi S.: Az *Antonucci-féle rapid cholecystographia*. Amerikai szerzők már 1926-ban megállapították, hogy az elterjedt tetrajodphenolphtalein helyett, annak isomerje, a phenoltetrajodphtalein jobban megfelel. *Cesare Antonucci* 1931-ben közli, hogy a tetrajódnak glucoseval egyidejű befecskendezésével a cholecystographia lényegesen meggyorsult. Az eljárás a következő: a vizsgálandóknak 125 ccm 40%-os glucoset és 2—5 gr tetrajódot ad intravenásan és 10 E. insulint subcután. Az epehólyag már 1 óra múlva látható, a legjobban észlelhető 2 óra elteltével. A felvételen az epehólyag valamivel halványabb és voluminosusabb. Felemlíti *Zappala*, *De Fermo* és *Foa*, *Demole* és *Gilbert*, *Lassage*, *Taschner* stb. kísérleteit e tárgykörből, valamint ezek és *Antonucci* magyarázatát az eljárás mechanizmusáról. Megállapítja, hogy a rapid cholecystographia jelentősége nem merül ki az eljárás gyorsabbá tételében, hanem értékes támpontot nyújt a diagnosztikában.

Erdélyi J.: Az *Antonucci-féle* eljárást értékes és figyelemre méltó újításnak tartja. Igen ügyesen használja ki a hypertonias cukoroldatnak s az insulinnak a kontrasztanyagot tartalmazó epe kiválasztását meggyorsító hatását. Értéke és alkalmazása elsősorban abból a szempontból bírálható, hogy mint intravenás eljárásnak van-e előnye a perorális felett. Hozzászóló nagy anyagon éveken át intravenás eljárást alkalmazott, bár ritkán, de mégis előfordult, hogy kellemetlen tünetek léptek fel. Az I. sz. Belklinikán most kizárólag a perorális eljárást használják s az a meggyőződésük, hogy az eredmény éppen olyan jó. Nagyszámú műtét útján bebizonyosodott, hogy a perorális eljárás diagnosztikai biztonsága nem kisebb, mint az intravenásé. Nagy előnye, egyszerűsége s az, hogy a betegnek számbavehető kellemetlenséget nem okoz. Ha elvéve előfordul, hogy az igen érzékeny gyomrú beteg kihányja a kontrasztanyagot, a frakcionált perorális cholecystographiával mindig célt ér. Az előadó által bemutatott képeken az epehólyag árnyéka halványabb és nagyobb, mint azt az eddigi eljárásoknál megszoktuk. Tapasztalat szerint a kontrahált, epehólyagban a kis kövek jobban látszanak. A túlságosan telt atonias epehólyag úgylátszik tökéletlenebbül kontrahálódik s ezt hátrányos lehet az előbb említett szempontból. A tudományos elgondolásban, felépítésében érdekes eljárásnak a bemutató által való ismertetése és gyakorlatban kipróbálása nagyon tanulságos volt.

Huszár L.: Az ultrarövid hullámú kezelés elmélete és gyakorlata. Az orvosi URH fizikailag azonos a rádióhullámokkal, de a kezelés a 3—8 méter közti hullámterületen jelentékeny, többszáz wattnyi energiával történik. A hullámhossz rövidítése gyakorlatilag korlátozva van, különösen, ha nagyobb teljesítményt akarunk a gépből kihozni.

Az URH-gép ideális megoldása az adócsöves konstrukció, amely csillapítatlan rezgést ad, pontosan meghatározott hullámhosszal s 8 méter alatt is kellő teljesítményt lehet vele elérni. Az URH-kezelésnél a *kondenzátortérbe* helyezett testben az elektromos energia hővé alakul, ez a folyamat azonban lényegesen különbözik a diathermiás hőtől, mert az URH-nál az elektrolytként szereplő szövetekben az áram kapacitív vezetése válik túlnyomóvá az ohmikus vezetéssel szemben. A kezelésnél hasonló feladat előtt állunk, mint a Röntgen-mélytherapiánál: ilyekezünk kell a bőrt tehermentesíteni s a mélybe több energiát juttatni, azaz a *relatív mélydózist* kell nagyobbítani. Ezt egyrészt azáltal érjük el, hogy a hullámhosszal 8 méter alá megyünk, másrészt az elektródákat több centiméternyi távolságra állítjuk a bőrtől s így az erőtér homogénebb részét használjuk ki. Teljesen helytelen képet kapunk valamely URH-gép teljesítményéről, ha az elektródákat bőrközelségbe helyezzük; az így érzett erős, sokszor kellemetlen meleg *nem a hasznos meleg*. Ugy a teljesítmény, mint a hullámhossz mérőműszerekkel is mérhető; a hullámhosszmérés azonban csak az adócsöves gépnél nyújt pontos felvilágosítást, mert a szikraközös gép sokféle hullámot tartalmazó spektrumot szolgáltat.

Az URH-kísérletekben tapasztalt bizonyos specifikus hatásokat magyarázata még nem végleges; az biztos, hogy szelektív

felmelegedés, tehát specifikus hőhatás keletkezik, az ú. n. specifikus biológiai hatás kérdése még tisztázatlan. A gyakorlatban elért kiváló gyógyulási eredmények túlnyomó része azonban nincs összefüggésben a kísérletek specifikus jelenségeivel; a hatás általában csak két alapfeltétel betartásától függ: *kellő rövidségű, 8 méter hullámhosszon elegendő teljesítménnyel kezeljünk*.

A kezeléskor bizonyos egyszerű szabályokat kell szem előtt tartani s így minden kellemetlen mellékhatás könnyen kiküszöbölhető. A páciensnek nem szabad túlerős bőremelegre érezni. Thorax-átmelegítést például akkor végezzünk helyesen, ha a páciens mérsékelt bőremeleg-érzés mellett néhány perc múlva izzadni kezd. Kerülni kell a kondenzátortér és a test körül fémrészek, vagy félvezetők közellétét, az összefüggő izladszárteleg képződését pedig meg kell akadályozni.

Erdélyi J.: Az egyesület nevében üdvözlö *Kelen Béla* elnököt abból az alkalomból, hogy tankönyve, a Röntgenológia megjelent.

Kelen B. keresetlen szavakkal mond köszönetet a szíves megemlékezésért.

A szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának december 13-i ülése.

Előadás:

I. Jancsó M.: *A chemotherapiásan adott arany mikro-szkópos kimutatása a spirochátákban ultrakristályosítás útján.*

A chemotherapeutikumok, különösen a trypanosomiasis gyógyszereinek hatásmechanizmusára vonatkozó ismereteket az utóbbi években jelentékenyen előbbre vitték azok a fizikai és kémiai kutatómódszerek, amelyeket a chemotherapeutikumoknak a kórokozókban való kimutatására az előadó honosított meg a chemotherapiában. Spirochaetás fertőzéseknél a szerek hatásmódja kevésbé tisztázott, mert *Fischl* és *Feldt* próbálkozása, hogy az előadónak trypanosomáknál annyi a bevált eljárása szerint a gyógykezelt állatok véréből centrifugálással izolált kórokozók chemotherapeutikum tartalmának kémiai meghatározása útján döntsék el a kérdést, nem vezetett egybehangzó eredményre. *Novák Ernő dr.*-ral együtt sikerült az előadónak biztosabb módszert kidolgoznia, amely egészen új, anyagok véletlenül kicsiny mennyiségeinek kimutatására még igénybe nem vett elven, t. i. azon alapul, hogy kristályosodás csak ott indul meg, ahol kristálycsírák vannak jelen, tehát a túltelített oldatot alkalmas esetben (pl. fém-arany esetében) kémlőszerként lehet alkalmazni parányi kristálycsírák kimutatására. Recurrens spirochaetákkal fertőzött patkányokat solganallal (vagy más aranyvegyülettel) kezelték, a vért, illetve a centrifugálással összegyűjtött spirochaetákat tárgylemezre kenték ki s óvatosan elhamvasztották. Ezáltal a rétegen jelenlevő vegyület aranyát ultramikroszkóppal is láthatatlan fémes kristálycsírákká változtatták, a készítményt azután redukáló aranyoldatba helyezték, amelyben a *Zsigmondy-Hiege-féle* principium alapján a spontán csíráképződést ferriciánkáliummal elnyomták. Ebben az előhívóban a csírák megnőnek nagyobb kristályképződményekké, aranykép jön elő, amelyet azután immerzióval sötét látótérű mikroszkóppal vizsgálnak. Az aranytartalmú spirochaeták éles rajzolattal, aranszínben tűnnek elő; megállapítható e képekből az arany eredeti előfordulása és lokalizációja az elhamvasztott preparátumban. Arannyal nem kezelt állatból készített készítmények esetében az üvegen semmi sem látszik. Ismerteti a spirochaeták aranytartalmát különböző törzsek és aranyvegyületek esetében. További vizsgálatok gyógyszerálló spirochaetákon tisztázni fogják majd a hatásmechanizmus kérdését. Az előadó korábbi vizsgálatai szerint a gyógyszerálló trypanosomák által okozott fertőzés azért gyógyíthatatlan, mert ezek a flagelláták impermeabilisak és testük a méreg-hatású szert csak minimális, hatástalan mennyiségben köti meg. Ha a gyógyszerálló recurrens-törzsekre vonatkozólag ugyanez derülne ki, akkor megdönthetetlen igazolást nyerne az a tétel, hogy a chemotherapeutikumok a spirochaetákra is *direkt* úton hatnak s támadáspontjuk maga a kórokozó. Vizsgálataikat ki fogják terjeszteni még trypanosomákra és tbc. bacillusokra is.

2. Nemeckay T.: *Egypetjű, monoamniális ikerterhesség* esete. Az egypetjű ikerterhességnek ritka alakjáról, az ú. n. primár monoamniális ikerterhesség esetéről számol be. Mióta a klinika Szegeden működik, ez az első eset, tehát 13 év alatti 14.000 szülés és 154 ikerterhesség közül csak egy monoamniális ikerterhesség volt. A két magzat köldökzsinórja valódi csomószerűen többszörösen össze volt egymással hurkolódva, a két köldökzsinór között a lepény magzati felszínén a szokásos

válaszfalnak semmi nyomát sem lehetett megtalálni. A két magzat élve született. A második magzat teljesen egészséges, életképes volt, az első magzat a többszörös súlyos fejlődési rendellenességek következtében ötnapos korában meghalt. A kórbonctani lelet a következő volt: Cor biloculare (egy közös kamra és egy közös pitvar) truncus arteriosus communis persistens, alienia, mesenterium commune. Esetük tehát nemcsak szülészeti, hanem kórbonctani szempontból is érdekes, mivel a lepényen és az első újszülöttnél a fejlődési rendellenességek halmozódását látták. Kórbonctani szempontból is érdekes és ritkán látható fejlődési rendellenességek közé tartozik az ú. n. truncus arteriosus comm. persistens, vagyis az az eset, mikor a fejlődés folyamán a közös artériás törzs nem válik ketté, sőt, mint ez esetben az elválasztó falnak nyoma sem volt.

3. de Chatel A.: *A myokardium lásiók klinikai diagnózisa.* A szívizomzat állapota felől objektív képet nyerhetünk megterhelési próbák, röntgenvizsgálat és elektrokardiográfia segítségével. A terhelési próbák a szív teljesítőképességét mérik, a röntgenátvilágítás és kimográfia a szív konfigurációját és kontrakcióinak kvalitását mutatja meg, az elektrokardiográfia pedig a szívizomzat finomabb göcös elváltozásait jelzi. Ha ezek a göcös megbetegedések az ingerképző- és ingervezetőrendszer valamely pontját érik, akkor ütemzavarok, illetve a QRS-hullám elváltozásai jönnek létre. A kontraktilis szívizom elemek megbetegedése a T-hullám és az ST-szakasz megváltozásában jutnak kifejezésre. Ilyen módon diagnosztizálhatók a myokardiumnak arteriosclerotikus, gyulladásos vagy más alapon kifejlődött göcös megbetegedései. Prognózis mindenkor csak a klinikai tünetek egybevetésével állítandó fel.

A Charité Poliklinika orvosi karának november 30-i ülése.

Bemutató.

Markó D.: *Új therapiás műfogás a nyelöcső diverticulomok gyógykezelésében.*

A betegnek lokalizálja a diverticulomok helyét a nyelöcsőhöz viszonyítva, majd úgy fekteti a beteget, hogy a diverticulum nyílásával lefelé kerüljön. Ebben a helyzetben minden étkezés után folyadékot (teát, szódavizet) nyelet, mely azt kiöblíti. Eljárását röntgenképekkel demonstrálja. A diverticulitis és az ezáltal kiváltott spasmusok megszűnnek, maga a diverticulum is visszafejlődik.

Lenart Gy.: Felhívja a figyelmet a lúgmérgezések után keletkező nyelöcsőszükületek nyomán jelentkező gurdélyokra és vázolja az azok megelőzése érdekében szükséges intézkedéseket.

Előadás.

Lénárd V.: *A Bang-bacillusról és az általa előidézett megbetegedésekről.*

Részletesen ismerteti a Bang-féle betegség epidemiológiáját, tünettanát és mikrobiológiáját. Foglalkozik a betegség magyarországi előfordulásával is. Véleménye, hogy tekintettel a Bang-féle betegségre a magyarországi szarvasmarha- és sertésállományban nagymérvű elterjedtségére, az emberi Bang-megbetegedések megállapítása is nagyobb számban történne, ha az orvosok lázas megbetegedések esetében gyakrabban gondolnának a Bang-fertőzésre is.

Weisz M.: *A bronchographiáról.* Előadó áttekintő ismertetést ad a hörgrendszer kontrasztöltéses vizsgálatáról az első kísérletektől a legújabb módszerekig. Részletesen foglalkozik előbb a normális tüdőrajzolat kritikailag helyes megítélésével, rámutatva a hibaforrásokra, azután áttér a tüdő kóros folyamatainak tárgyalására. A bronchographia javallatainak, ellenjavallatainak esetleges komplikációknak és a különböző módszerek ismertetése után nagy beteganyagukból az indikációs terület minden válfajából számos tanulságos felvétellel demonstrálja a vizsgálati módszer eredményét.

A hatvanéves egyetemi közegészségtani intézet.

Irta: *Darányi Gyula dr.* egyet. ny. r. tanár.

Magyarországnak a múlt század hatvanas éveiben a közegészségügy Európaszerte mutatkozó fellendülésében vezető szerepe volt. Az a mag, melyet *Pettenkofer* mű-

cheni higiénikus hintett el, amidőn 1865-ben megalkotta az első higiéné tanszéket, Magyarországon is termőtalajra talált. A budapesti egyetemen létesítették 1874-ben a világon a második közegészségtani tanszéket, melyre *Fodor Józsefet* nevezték ki, sőt a mellette azonnal létesült *Közegészségtani Intézet az első ilyenmű intézet volt a világon.* A müncheni és a budapesti példát követve állították fel azután a század utolsó negyedében a többi egyetemen is közegészségtani tanszékeiket. Még a híres *bécsi egyetemen* is csak egy évvel a budapesti után 1875-ben került arra a sor. *Lipcsében* pedig csak 1878-ban. Ma már jóformán hihetetlen, hogy a közegészségtan, mint külön tudományág, csak ily későn nyert önállóságot.

Kétségtelen, hogy az egészség megvédése iránti érdeklődés *Angliából* indult ki a múlt század első negyedében, mégpedig két körülmény hatása alatt. Az egyik volt a cholerajárvány, a másik a gyáripar nagy fejlődése. A *cholerajárvány* pusztításai következtében nagy kiterjedésű egészségügyi építkezés kezdődött, miután egész városnegyedeket romboltak le; kezdtek továbbá foglalkozni az élelmiszerek ellenőrzésének, a szenny eltávolításának stb. kérdéseivel. A *gyáripar fejlődése* pedig eleinte a sok gyermeki és női munka, sőt éjjeli munka igénybevétele által iparhigiénés és gyermekkegészségügyi törvények és azok végrehajtására vezetett. Ezek voltak a közegészségtan gyökerei, melyekhez járultak a bakteriológiai felfedezések és a járványok ismeretének és az ellenük való védekezésnek kialakulása. Ezek a tényezők azután oly nagyra duzzasztották a higiéné anyagát, hogy nem fért el már az »államrovostan« szűk keretei közt. Érdekes itt is az, mint azt annyi más téren is látjuk, hogy a kezdeményezés más országokból indult ki, de a németek foglalták azt rendszerbe nagy szervező tehetségükkel és saját felfedezéseikkel kiegészítve. A rendszeres tudomány megalapítása a német *Pettenkofer* érdeme. Viszont jellemző az angolok konzervatívizmusára, hogy önálló higiéné tanszékek ott csak újabban kezdenek kialakulni és a legtöbb egyetemen a közegészségtan most is még az államrovostannal együtt van.

Magyarországon az államrovostan tanszéke *Rupp N. János* lemondásával megszűnt és levált róla még a közegészségtanon kívül az önálló törvényszéki rovostan is. Míg az államrovostan keretében levő közegészségtan csak főleg a törvényes rendelkezéseket, a hatósági orvosok munkakörét ismertette, addig a mai közegészségtan a bakteriológia, epidemiológia, fiziológia stb. megállapításai alapján vonja le következtetéseit, amiből a higiénikus teendői az egészségvédelem tekintetében önként adódnak. A szervezeti kérdések, törvények, rendeletek a közegészségtannak ma már csak kevésbé jelentékeny részét alkotják. A közegészségtan *Fodor* kezdeményezésére 1882-ben *kötelező és szigorlati tárgyá* lépett elő. Ugyancsak *Fodor* kezdeményezésére 1893-ban a *gyógyszerészek számára* is kötelezővé tétellett nemcsak elméleti, hanem gyakorlati oktatás formájában is. Az intézetből indult ki az *iskolaorvosi intézmény* rendszeresítése is, amiben Magyarország szintén előljárt a világ művelt államai közt. 1885-től kezdve már tanfolyamok tartatnak az intézetben iskolaorvosok részére. Ennek az intézménynek nagy fontosságát csak most kezdik hivatalos köreink belátni, miután éppen *Fodor* hatására a nyugati, sőt a balkáni államok is az intézményt már megvalósították. Fontos lépés történt ez irányban újabban az *Iskolaorvos-egészségtan tanári tanfolyamok* újjászervezésével, amidőn az eddigi különálló tanfolyamot: iskolaorvosít és egészséggyógytanárít, egyesítették és lényegesen kibővítették. Ezen első tanfolyamunk eredményeképp 1932-ben egy 43 éves gyűjtőmunkát adtunk ki az »*Iskoláskor egészségügye*« címen.

*Fodor*nak egyébként is nagy érdemei vannak a köz-

egészségtan terjesztésében és népszerűsítésében. Bevezette a jogi karon a közigazgatási egészségtant; a tanárjelöltek részére iskolaegészségtant; a katonaeorvosok részére katonai-higiénét. Ezenkívül a Műegyetemen mentésügyet, ipari és építészeti egészségtant adott elő. Utóbbi különben olyan szakma, mely újabban az egészségügyi mérnökség (»sanitary engeneering«) révén mind fontosabb műszaki ága lesz a közegészségtannak, de amit sajnos külföldön szintén korábban valósítottak meg, mint nálunk, bár a kezdet érdemei szintén minket illetnek. Nagy tevékenységet fejtett ki Fodor a tudomány népszerűsítésében és a társadalommal való kapcsolat fenntartásában. Az volt ugyanis a felfogása, ami később helyesnek bizonyult, hogy az 1876. XIV. t.-c. túlzásba ment, midőn a közegészségügyet kizárólag állami feladatnak tekintette. A közegészségügy iránti érzék felkeltése a társadalomban és a vezető körökben sokszor még fontosabb feiadat, mint az állami működés, amint ezt Anglia és az Únió társadalmi mutatják, ahol nagyszámú közegészségügyi munkát végeznek decentralizáltan a különböző egészségügyi egyesületek keretében. Ilyen gondolatok vezették őt, amidőn megalapította 50 évvel ezelőtt az Országos Közegészségügyi Egyesületet, mely azóta is annyi fontos közegészségügyi kérdésben adott véleményt és propagandája alapján az egész ország közegészségügyének elsőrangú szolgálatokat tett. Az Egyesület ma is kiadja az »Egészség« című lapot, melyet annakidején még Fodor alapított. Újabban az Egyesületnek alakult egy tudományos szakosztálya is, mely havonta ülésezik a Közegészségtani Intézetben és megvitatja a legkülönbözőbb közegészségügyi aktuális kérdéseket (város-higiéne, kártevő rovarok, gyermekvédelem, sport stb.) és ezen témakörökből előadássorozatokat is rendez, melyek monografiákban is megjelentek; így a *Lárma és leküzdése*, az *Eugenika*; egyes előadások pedig füzetekben mint a »Közegészségügyi Könyvtár« számai látnak napvilágot (eddig 15 füzet).

Fodornak az az elgondolása, hogy az Egyetemi Közegészségtani Intézet legyen az ország közegészségügyének központja, sajnos nem vált valóra. De vannak munkateretek, melyeken az intézet vezetőszerelpe elfogulatlan szemlélő előtt nem kétséges. Ezek a munkateretek a közegészségtani tudományos munka, a tanítás munkája (orvos-, gyógyszerész-, iskolaorvosképzés stb.), továbbá a tudománynak bizonyos mértékig népszerűsítése a betegség-megelőzés fontossága miatt, amiben az intézet a nagymúltú Országos Közegészségügyi Egyesülettel együttműködésre van hivatva. Mind a három munka tekintetében a kiváló elődök, Fodor József, Liebermann Leó és Rigler Gusztáv emlékei és áldásos munkáik kötelezik az utódokat is. Az intézet ebben a kijelölt irányban ma is folytatja működését.

Az utóbbi időben sikerült a hosszú interregnumok alatt nagymértékben elhanyagolt intézetet teljesen rendbehozni. A helyiségek tekintetében is kibővült újabban az intézet, új állatistállót, könyvtárhelyiséget, tanácskozótermet, társadalom-, ill. fajhigiénés osztályt nyert. Nagyobb szobák elválasztásával pedig újabb laboratóriumi munkahelyek kerültek ki. Ezek folytán, továbbá a könyvtár jelentékeny, több száz új munkával való kiegészítése, új eszközök beszerzése folytán az intézet ma már hivatásának teljesen meg tud felelni. Ásványvizek, kötőanyagok, catgut, különböző fertőtlenítőszeres bakteriológiai és egyéb közegészségügyi vizsgálatain kívül az intézet újabban nagyobb arányú vizsgálatokat is végez. Így a pénzügyminisztérium megbízása alapján és segítségével az ultrarövid elektromagnetikus sugarak baktériumölő és újabban a tumorokra való hatásait vizsgálja, a földművelési minisztérium megbízásából nagyfontosságú vizsgálatokat végzett a lisztkelészerek hatása tekintetében, mely sze-

rekkel a külföldi kémiai gyárak Magyarországot el akarták árasztani a siker javításának örve alatt. A földművelési minisztérium éppen az intézet vizsgálati eredményei alapján nem engedélyezi most már mindennapi kenyérünknek ezen megrontását. Nagyobb arányú laboratóriumi munka a Calmette-féle BCG-oltóanyagnak 400 tengerimalacon való kipróbálása, amelynek eredményeit az Orvosegyesületben ismertetjük. Nagyarányú vizsgálatok folynak *Budapest megvilágítása*, por- és füsttartalma tekintetében. Kiterjedt vizsgálatok végeztek az iskolásgyermekek egészségi állapota tekintetében budapesti és környéki iskolákban (kb. 4200 vizsgálat), mely az eddigi első elemisták vizsgálata vagy egyes betegségekre való vizsgálatok helyett az egész iskolás korosztályt (6—15, sőt 18 és 22 év) minden irányban vizsgálat tárgyává tette és bebizonyította az iskolaorvosi intézmény országos kiépítésének halaszthatatlan szükségességét. Újabban egészen újszerű fajegészségügyi és örökléstan vizsgálatokra térünk át, melyeket eddig kiterjedten és rendszeresen csak a berlin-dahlemi antropológiai intézetben végeztek. Ez pedig az ikerkutatás. Az identikus (egytestű) ikrek a legjobb és legexaktabb anyagot szolgáltatják a genotypus és a phenotypus, öröklött, konstitucionális és külvilág hatására szerzett elváltozások különválasztása tekintetében, mivel ezeknek az ikreknek chromosoma- és génrendszerük ugyanaz. Kár volna, ha ezen tudományos szempontból oly rendkívül értékes anyagot veszni engednők. Az intézetben ily módon egy ikerkutató állomást állítottunk fel. A modern higiénének ugyanis — bár még messze távlatban levő — célkitűzése a beteggondozás és ellátás helyett és még a betegség megelőzésén is túlmenőleg az eugenika: a betegségeknek már az öröklésben való elkerülése, illetőleg a betegségek iránti hajlamosságnak már az öröklésben való leküzdése, a csiraplazmának a megjavítása.

Mindezek a tudományos működések és vizsgálatok egészen újszerű és gazdag munkaterületeket tártak fel a Közegészségtani Intézet számára és biztosították annak Fodor szellemében továbbra is a közegészségtan tudományos művelésében a vezető szerepet.

Szepeshelyi Dr. Hutýra Ferenc

1860—1935

Elköltözött közülünk egyike azoknak a férfiaknak, akik az elmúlt század utolsó és a jelennek első évtizedeiben Magyarország kulturális fejlesztésében kimagasló tevékenységet fejtettek ki. 1934 december 20-án hunyta le örökre szemét Hutýra Ferenc, miután súlyos betegség miatt már 2 év óta tétlenségre volt kárhoztatva mindaddig fáradhatatlan munkában, alkotásban eltelt élete.

Kiváló és sokoldalú tehetsége, ritka munkabírása összességükben fényesen és teljes mértékben érvényesültek abban a működési körben, ahová a sors őt helyezte. Mint fiatal orvos, a tudomány szeretete vezette őt egy elméleti orvostudományi intézetbe, néhai Scheuthauer Gusztáv, a budapesti egyetemen a kórbonctan tanárának intézetébe, ahonnan 3 évi (1884—86) működés után elhivatott az akkori Állatorvosi Tanintézetbe, amelynek szolgálatában élete végéig megmaradt. — Bármilyen irányítsa is az ember élete pályáját, bizonyos, hogy Hutýrát a jó sors vezette az állatorvosi iskolába, mert alig akadhatott volna más olyan működési tér, melyen nagy képességei jobban és nagyobb eredményekkel érvényesülhettek volna. Éles látása csakhamar felismerte, hogy az intézmény, melynek szolgálatába szegődött, alapos reformra és fejlesztésre szorul; ezt a meggyőződését még csak fokozták azok a tapasztalatok,

amelyeket a földművelésügyi kormány megbízásából tett külföldi útjában sok külföldi hasonló iskola látogatása alkalmával mindjárt az első időben szerzett. — Tekintélye és befolyása az intézetben és felső hatósága előtt növekedve érvényesült, még mielőtt az intézet élére került volna, nevezetesen abban, hogy kiváló fiatal szakerőket vonzott oda. Hogy utóbbiak általában orvosdoktorok sorából kerültek ki, állatorvosok körében ugyan megjegyzésekre adott alkalmat; ezek azonban elnémultak, mert tárgyaláná lettek idővel, miután az intézet már maga is tudott a szinten álló szakerőket nevelni. Amidőn Hutýra 1896-ban az intézet élére került, fokozott becsvágygal fejlesztette az intézményt, amiben hathatós támaszt lelt Darányi Ignác földművelésügyi miniszterben, akit az állatorvosképzés ügye iránti nagy érzékénél fogva az ügy nemzetgazdasági és nemzetközi nagyságáról is meg lehetett győzni. Hutýra igazgatósága az intézmény szakadatlan emelkedésének korszaka volt. Hutýra mint segédtanár lépett az akkori *Állatorvosi Tanintézet* falai közé és mint az *Állatorvosi Főiskola* rektora fejezte be pályáját. Ha ez a pályafutás önmagában véve, egyébtől eltekintve is fényesnek volna mondható, ez esetben azért jelent sokkal többet, mivel a tanintézetnek főiskolává fejlesztése és felemelése körül éppen magának, Hutýrának volt oroszlánrésze, úgy, hogy pályafutását ezzel a két szóval lehet jellemezni: *emelve emelkedett.*

Hutýra 1896-tól fogva mint igazgató, majd az intézmény főiskolává való átszervezése után 1899-től—1931-ig mint rektor állott annak élén és ezalatt az ő működése annyira összeforrott a főiskolával, hogy az ő neve úgyszólván egyet jelentett hazánk állatorvosképzésének, ha ugyan nem szélesebb értelemben az állategészség ügyével. A főiskola megszervezésének és kiépítésének természetszerű következménye volt a magyar állatorvosi kar színvonalának és tekintélyének gyarapodása, ami nemzetközi vonatkozásokban is országunk nagy előnyére szolgált. Ha Hutýra életműve ebben merült is volna ki, akkor is kitörülhetetlenül belevészte volna nevét a magyar állatorvosi ügy történetébe; de az ő nagy munkabírása és pihenést nem ismerő aktivitása időt talált szaktudományának számottevő és igen hasznos művelésére is. Az egyetemi kórbonctani intézetből az állatorvosi tanintézetbe költözvén, már a legelső években (1888-ban) két könyvvel ajándékozta meg hallgatóságát, melyek egyikével (a Kórbonctani Diagnosztikával) néhai tanárán, Scheuthauer-en keresztül közvetve Rokitskynak iskoláját vitte át az állatorvosi intézetbe. Megszerezvén az állatorvosi oklevelet, 1888-ban a tanintézet ny. r. tanára lett és Azary Ákos halála után ugyanez évben átvette a belgyógyászati tanszék vezetését. Nem említve a *Veterinarius*, az *Állategészségügyi Évkönyv* szerkesztése körül és különböző szaklapokban kifejtett irodalmi tevékenységét, ebben az időben (1894—98) írta meg három kötetre terjedő *Állatorvosi Belgyógyászat* című munkáját, mely 10 év múlva Marek József társszerzőségével újabb kiadásban jelent meg. Ennek a műnek értékére nézve elég megemlíteni, hogy eddig német nyelven is 5 kiadás ért és 5 világnyelvre van lefordítva, dicsőségére a szerzőknek és közvetve a magyar Állatorvosi Főiskolának. Később, a járványtani tanszék megszervezése után, Hutýra ennek ellátását, majd az utolsó években a törvényszéki állatorvostan tanítását vállalta el, ezzel is tanubizonyosságát téve sokoldalú és terjedelmes képzettségének, valamint a különböző szakmákhoz való könnyű alkalmazkodásának. E legutóbbi szakmában írta utolsó könyvét, melyet úgy állatorvosi, mint jogászai körökben nagy elismeréssel fogadtak.

Hutýra mindvégig fenntartotta a kapcsolatot az Alma Materrel és orvosi karával, nemcsak azért, mivel annak magántanára, majd pedig ez időszert legrégibb címzetes rendkívüli tanára volt és nemcsak mivel sok tagjához személyes barátság fűzte, hanem attól a meg-

győződéstől vezetettve is, hogy az orvosi és állatorvosi tudományok édes testvérek, melyek mindegyikének lehet és van is mondanivalója a másika számára. Utóbbi minőségében a Pázmány Péter egyetemen az állatjárványtan, az állategészségügyi rendszert és a hússzemplét adta elő.

Hutýra széles látóköre, tudása és találó juditiuma számos országos közhasznú és tudományos intézményben érvényesült, ú. m.: az országgyűlés felsőházában, melynek mint főiskolai rektor tagja volt, az Országos Állategészségügyi Tanácsban, melynek megszervezője és mindvégig elnöke volt, az Országos Közegészségügyi és Országos Természettudományi Tanácsban, melynek rendes tagja, az Országos Magyar Gazdasági Egyesületben, melynek tiszteleti tagja, a Magyar Országos Állatorvos Egyesületben, melynek elnöke, majd díszelnöke volt stb. stb. A Magyar Tudományos Akadémia tiszteleti tagjává, a Szent István Akadémia és a Királyi Magyar Természettudományi Társulat másodelnökévé választotta. Számos külföldi tudományos orvosi és állatorvosi intézmény és egyesület is levelező, illetve tiszteleti tagjává választott Hutýrát, egyebek között a Royal Society of Medicine, az Académie de Médecine de Belgique; az Állatorvosi Nemzetközi Kongresszusi Bizottságnak és a Nemzetközi Állategészségügyi Bizottságnak időlegesen elnökségét is viselte.

Az elismerésnek külső jelei is osztályrészesül jutottak Hutýrának számos bel- és külföldi rendjel, az udvari tanácsosi cím elnyerése alakjában; nemességi előneve is önmunkája és érdemei elismerésének egyik jele. A tehetségek és a kitartó munkakedv lelki adottságok, melyek kifejtése sokszor nem vezet a kitűzött és megkívánt cél elérésére; Hutýra azonban megelégedéssel tekinthetett vissza életének pályájára, mindenütt látva munkája sikerét, és érdemei elismerését, mi pedig — akik ismertük őt és tevékenységét — kegyelettel őrizzük meg emlékét, mint oly kartársunkét, aki kellő időben, kellő helyre rendeltetve, kimagasló képességeit a köz és a haza javára gyümölcsoztette.

Preisz Hugó.

VEGYES HÍREK

Reiner Ede dr. kartársunkat, ki a Székesfővárosi közegészségügye és fürdőügye érdekében kifejtett munkásságával jelentős érdemeket szerzett, a budapesti egyetem aranydiplomával tünteti ki, melynek ünnepélyes átadása jan. 11-én, d. u. 6 órakor lesz az Orvosszövetség olvasótermében.

A Belvárosi Orvos Társaság december 18-án megtartott évi tisztújító közgyűlése az 1935—36. évekre a következő tisztikart választotta meg:

Elnök: Schmiedlechner Károly. *Alnelnökök:* Parassin József és Marikovszky György. *Főtárhár:* Oravec Pál. *Tárhár:* László Jenő. *Pénztáros:* Korányi Sándor. *Ellenőr:* Fischer István. *Ügyész:* Hódy János.

A budapesti orvosi kör előadásorozatának január 7-i előadását este 7 órakor a kör helyiségében *Horváth Boldizsár dr.* egyet. magántanár tartja »A statikus fájdalom« címmel.

Munkatársainkat értesítjük, hogy 1935 jan. 1-től úgy az Orvosi Hetilapot, mint a Magyar Orvosi Archivumot az Athenaeum-nyomda állítja elő.

A varsói kórházak — melyek egyszersmind egyetemi klinikák — igazgatósága kísérletet tett, hogy az összes betegek a legmodernebb irányelveknek megfelelő vitamintáplálásba részesüljenek. A betegek, kiknek legnagyobb része a szegényebb néposztályból került ki, ezen kísérletről hallani sem akart. 820 beteg éhségstrájkot kezdett, ami 32 óráig tartott. A vezetőség kénytelen volt az újítást ennek következtében beszüntetni.

Minneapolisban (USA) egy férfit, aki az ottani törvények szerint nem rendelkezett aprobiációs vizsgával és ennek dacára orvosi praxist folytatott, 30 napi kényszermunkára ítélték.

Savonában naphthalingolyómérgezés következtében meghalt egy 18 hónapos gyermek. Az eset azért bír jelentőséggel, mert az ilyen mérgezés a legkritikábbak közé tartozik.

Steinbergben (Stájerország) gyógyforrást fedeztek fel. A bécsi biochemiai intézet vizsgálatai alapján keserűvízforrásról van szó, mely hasonló a budapesti, badeni és grenzachi keserűvízforrásokhoz.

Felhívás az orvosi szakosztályok és egyesületek titkáraihoz. Minthogy január 1-től lapunkat az Athenaeum-nyomda állítja elő, kérjük az illetékes szakosztályok titkárait, hogy ülésgjegyzőkönyveik különnyomatainak ügyében lépjenek érintkezésbe a nevezett nyomdával.

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

Soós Aladár: Étreni előírások III. bővített kiadás 5.— P helyett 4.— P

Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230. old., 110 ábra és 16 old. 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 vezérfonala, 86 oldal 2.50 P helyett 6.— P

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

Az orvosi tudomány magyar mesterei.
Kiadja a Markusovszky Társaság.
196 oldal 4.— P helyett 3.50 P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvétellel való rendelésnél a portó költséget is felszámítjuk.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Kimutatás az 1934 december 23–29-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb) és halálesetekről (Mt)

Törvényhatóságok	Lakosság ezrekben	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphtheria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis		Morbilli		Influenza		Malaria		Typhus exanth.		
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	
1. Abaúj-Torna	92.827	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
2. Bács-Bodrog	111.860	—	—	—	—	6	1	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
3. Baranya	251.131	4	—	—	—	16	—	8	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	
4. Békés	334.130	5	—	—	—	10	—	5	—	—	—	—	—	28	—	—	—	—	—	—	—	
5. Bihar	179.115	6	3	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
6. Borsod, Gömör és Hont	304.182	3	—	1	—	6	—	10	1	—	—	—	—	4	1	—	—	—	—	—	—	
7. Csanád, Arad, Torontál	174.511	1	—	—	—	4	—	3	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	
8. Csongrád	148.191	—	—	—	—	5	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
9. Fejér	230.719	4	—	—	—	9	—	19	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	
10. Győr, Moson, Pozsony	156.241	3	—	—	—	10	1	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
11. Hajdú	180.159	6	—	—	—	5	1	2	—	—	—	—	—	34	2	—	—	—	—	—	—	
12. Heves	320.921	13	1	2	—	12	1	4	—	—	—	—	—	5	3	—	—	—	—	—	—	
13. Szolnok	417.676	5	1	—	—	8	—	11	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	
14. Komárom és Esztergom	181.173	4	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	
15. Nógrád és Hont ...	226.557	3	1	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
16. Pest	1.418.317	17	4	3	—	40	—	36	—	—	—	1	—	62	—	—	—	—	—	—	—	
17. Somogy	388.775	3	—	—	—	10	—	14	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	
18. Sopron	143.235	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
19. Szabolcs és Ung ...	410.116	9	4	—	—	8	—	1	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	154.630	4	4	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	
21. Tolna	267.560	2	—	—	—	18	1	16	—	—	—	—	—	126	—	—	—	—	—	—	—	
22. Vas	274.227	3	—	—	—	21	1	4	—	—	—	—	—	15	1	—	—	—	—	—	—	
23. Veszprém	246.093	7	—	—	—	13	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
24. Zala	367.564	5	—	—	—	15	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
25. Zemplén	148.150	1	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	
I. Baja	29.329	—	—	—	—	2	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
II. Budapest	1.027.106	3	1	1	—	57	3	48	—	—	—	—	—	82	1	—	—	—	—	—	—	
III. Debrecen	121.326	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	32	—	—	—	—	—	—	—	
IV. Győr	50.844	—	—	—	—	1	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
V. Hódmezővásárhely	59.825	2	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
VI. Kecskemét	80.729	1	1	—	—	3	2	3	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—	—	—	—	
VII. Miskolc	62.597	2	—	—	—	2	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
VIII. Pécs	65.963	—	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	
IX. Sopron	36.022	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	
X. Szeged	137.479	2	—	—	—	3	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
XI. Székesfehérvár	41.247	—	—	—	—	8	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Összesen : 8,840.527		122	20	7	—	309	14	254	1	—	—	1	—	441	13	—	—	—	—	—	1	—
Előző évben :		54	9	4	—	315	20	297	3	—	—	1	—	218	17	—	—	—	—	—	—	—

Az ovarialis hypofunciók (a-, hypo-oligomenorrhoea) erélyes gyógykezelésére:

ANTEOVIN

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

Sexualis neurasthenia,
impotentia coeundi
erélyes gyógykezelésére:

ANTETESTIN

Fokozott erősségű herekivonat (Extr. Testiculi forte) és a hypophysis elülső lebeny gonadotrop hormonjának (Glanduantin) kombinációja. Ampullákban és tablettákban

Richter
Gedeon

vegyészeti gyár r. t., Budapest, X.

PNEUMONIA

Antiphlogistine alkalmazása a pneumonia-kezelés kiegészítéseként kétségtelenül helyes. Az Antiphlogistine-borogatás ama sajátága, hogy a hőt több órán át tartja, nagy jótétemény úgy a betegnek, mint az ápolónőnek; az Antiphlogistine-borogatást nem kell gyakran változtatni, ami elkerülhetővé teszi a közönséges lenmaglisztborogatások gyakori váltásával járó kényelmetlenséget.

Bármilyen pneumoniáról legyen is szó, Antiphlogistine egyiknél sem kontraindikált.

Mintát és irodalmat kívánatra díjtalanul küldünk.

ANTIPHLOGISTINE

The Denver Chemical Mfg. Co

New York, U.S.A.

MAGYARORSZÁGI KÖZPONT:

Panacea Gyógyszervegyészeti Rt., Budapest, VI., Figyelő-utca 16.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal

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

Előfizetések postautalvánvon vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el

MEGJELENIK SZOMBATON

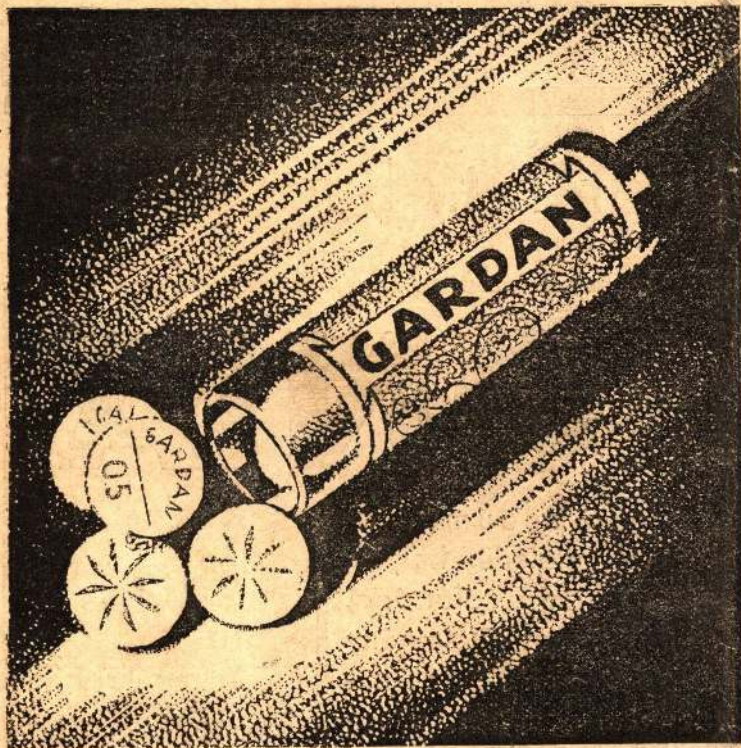
Egyes számok kaphatók a kiadóhivatalban 70 fillérért, Magyar Orvosi Archivum számai 2 pengőért

Hirdetések kizárólagos felvétele

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

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

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



Gardan

Univerzálisan alkalmazható minden meghűléses betegségnél, reumatizmusnál, lázas állapotban, valamint mindenféle fájdalomnál.

Influenzánál specifikus hatású.

Szívbaajosok és legyengült betegek is jól tűrik.

EREDETI CSOMAGOLÁSOK:

Cső 10 tablettával à 0.5 g

Üveg 25 tablettával à 0.5 g



»Bayer«

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

Magyarországi vezérképviselőt:

Magyar Pharma Gyógyáru Rt. Budapest, V., Akadémia-u. 3.

Subismin, a fehérszínű, Richter-féle antiluetikum, újabban cm³-ként 0.062 g fémbismut tartalommal kerül forgalomba. Subismin tejfehérszínű, könnyen rázódik fel, injekciója teljesen fájdalomtalan, felszívódása lassú és egyenletes. A veséket nem izgatja, fog- és foghúsbántalmakat nem okoz. Subismin a lues összes stádiumaiban kitűnő eredménnyel alkalmazható. Hatására a spirochaeták a primaer effectióból gyorsan eltűnnek, a bőr- és nyálkahártyatünetek hamarosan visszafejlődnek, a gummás fekélyek rövidesen behámosodnak s a metalues subjectív tüneteire is jó hatással van. Különösen figyelemre méltóak a vérkeringési szervek luesére (aortitis, aneurisma) gyakorolt kedvező hatása, amennyiben e betegségek progressióját megállítja. Subismin, miként a többi olajos bismutkészítmények, intramuscularisan adagolandó, kombinált kúrában 10—12 cm³ mennyiségig. Olcsósága lehetővé teszi, hogy a kevésbé tehetősek számára is rendelhető legyen. 15, 30 és 50 g-os üvegekben kerül forgalomba.

Krompecher

HARMATKA'SA

Gyermektápdara — Kindernährgriss

Nemes búzából előállított tiszta természetes tápszer. A fűszerüzletekben szabadon tartott, nem higiénikusan kezelt búzadara helyett. Tejbe vagy húslevesbe befőzve kitűnő táplálék csecsemők, beteg gyermekek és felnőttek számára. **Rendkívül kiadós és olcsó, 1 doboz ára 80 fill.**

Mintával és irodalommal szívesen szolgálunk
Krompecher tápszeripari kft. Budapest, V., Nádor-utca 15. sz.



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

**Togonal-
tabletták**

0.28 g. Acid. acetyl.
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.

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

ALIN

TABLETTA,

CSOKOLÁDÉTABLETTA

(acetylsalicylsavas aluminium)

Engedélyezve:

OTI, MABI, MÁV, Posta, Postatakarékpénztár, Székesfővárosi Alkalmazotti Segítő Alapja, Dohányjövődék B. B. Intőzet terhéro

A gyomrot nem izgatja, íztelen, hatása tartós és egyenletes!

CODERIT

köptető — köhögéscsillapító

Kitűnő hatású tracheitis, bronchitis, bronchopneumonia, tüdőgümőkór, emphysema, pertussis eseteiben, 10 és 20 tabl. phiola

TABLETTA

CHINOIN

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC

ISSEKUTZ BÉLA

GORKA SÁNDOR

HÜTTL TIVADAR

VÁMOSSY ZOLTÁN

POÓR FERENC

REUTER KAMILLÓ

ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

TARTALOM:

Fekete Sándor: A havi vérzéssel kapcsolatos fájaldalmak. (31—33. oldal.)

Fernbach József: Az elektrokardiogramm megváltozásáról kamraextrasystole után. (33—35. oldal.)

Dobszay és Hollósi: Adatok az újszülött nemi szerveinek élettanához. (36—38. oldal.)

Guszich Aurél: A vesekarbunkulusról. (38—40. oldal.)

Sellei József: A kloazma gyógyítása citrommedvvel (C. vitamin) és higanyos kenőccsel (mercurollal. 40—41. oldal.)

Rósa László: Az érlemzesedés és a here belső elválasztásos működése közötti összefüggések. (41—42. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (5—8. oldal.)

Várhelyi Béla: Az új bemeneti fogóról. (42—44. oldal.)

Lapszemle: Sebészet. — Szülészet. — Gyermekgyógyászat. — Urológia. — Szemészet. — Bőrgyógyászat. (44—47. oldal.)

Könyvismertetés: (47—48. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (48—51. oldal.)

Kovács házy Vilmos: Hogyan lehet Budapest világfürdő? (51—52. oldal.)

Vegyes hírek: (53—54. oldal.)

EREDETI KÖZZLEMÉNYEK

A gróf Apponyi Albert Poliklinika szülészeti és nőgyógyászati osztályának közleménye (főorvos: nagyiványi Fekete Sándor egyet. magántanár).

A havi vérzéssel kapcsolatos fájaldalmak.

Irta: *Fekete Sándor dr. egyet. magántanár.*

Leányok a serdülés korában, de még azon túl is, a rendszeres nemi élet megkezdéséig, elég sűrűn panaszkodnak a havi bajjal kapcsolatos alhasi fájaldalmak miatt. Ezek a fájaldalmak görcsszerűek, órákig vagy egy-két napon át is eltartanak, sokaknál már a vérzés előtt mutatkoznak s a vérzés jelentkezésével meg is szűnnek — másokon viszont csak a vérzés idején jelentkeznek. Ezeket a fájaldalmakat régebben a nyakcsatorna szűkületével magyarázták; valójában azonban ritkán találunk olyan erős szűkületet, amely pl. a méhszonda gombjának átvezetését megnehezítené. Helyesebb azért az a felfogás, amely az isthmus nyálkahártyájának megduzzadása okozta elzáródást tartja a fájaldalmak forrásának. Ez a nyálkahártyarész résztvesz a hószámelőtti duzzadásban, de nem esik szét s így tartósan megnehezíti a váladék kiürítését. Infantilis méh esetén a méh testén belül is fájaldalmat okozhat a nyálkahártya hószámelőtti megduzzadása, mert a kemény, merev, kevésnedvű méhfal belső fellazulásra s tágulásra nem képes. Ujabban a dysmenorrhoea ezen mechanikus magyarázata mindig több ellenzőre talál (*M. Hirsch: Zentr. f. Gyn. 1923. 1541. és 1924. 1073.*). Kétségtelen, hogy az ellenérvek nagy része helytálló: anatómiai szűkület nem mutatható ki, a havi váladék kiürülése akadályozva nincs, még sem lehet ezt a felfogást egészen elvetni. Ugyanis a nyakcsatorna tágítása legtöbbször jó eredménnyel jár s a fájaldalmak hosszú időre vagy véglegesen elmaradnak. A belső méhszáj görcsös összehúzódását egyszeri tágítás is megszünteti; emellett a méhüri beavatkozás fokozott vérbőséget okoz s így elősegíti a méhtest felpuhulását, növekedését. Különösen hatásos a hosszantartó (*laminaria*)

tágítás. Úgy gondolom, hogy a beavatkozás eredményessége nem annyira a nyakcsatorna végleges kitérítése folytán áll elő, hanem a tágítás révén egyszer kinyújtott síma izomkötegek működése megváltozik.

A petefészek kivonatok alkalmazása óta ilyen művi tágításra alig van szükség. Másodnapoként adott 10—12 petefészek-kivonat befecskendezés egy-két intermenstruumra elosztva rendszerint kitűnő hatású, különösen ha a közti napokon hasi-háti mélyhővel (*diathermia*) előmozdítottuk a bővérűséget. Mai ismereteink szerint a régebbi petefészek-kivonatokban vajmi kevés follicularis hormon lehetett, hatásuk mégis szembetűnő volt. Ennek a magyarázata az, hogy a méh vérbőségét már kis hormonmennyiségek is előidézik s a szervkivonatok egyéb tisztátalanságai általános ingerhatás révén fokozzák a bővérűséget. Ezt a gyógyításmódot ma tökéletesebben végezhetjük a tiszta hormonkészítményekkel. Okulva a régi tapasztalatokon, ma sem adunk magas folliculin adagokat, 10—100 egységnyi ampullák teljesen elegendők. Fontosabb az a körülmény, hogy a kis adagok befecskendezése gyakrabban történjék. Ismeretes, hogy 600 egység folliculint befecskendezve, a folliculin a vizeletben kiürül. Főlölesleges tehát ilyen nagy adagok befecskendezése, de ártalmas is lehet, mert a fejlődő harmóniát a nagy hormonlökések megzavarhatják. Ki van mutatva, hogy állatokban nagy folliculin adagok a petefészek kis tömlős elfajulását hozzák létre. De a nagy folliculin adagok a hypophysis mellő lebenyére gyakorolt hatásuk miatt még ott is ártalmas lehet,

Hasonló módon keletkezhetik fájdalom a rendes tágaságú méhürben is, a havi baj előtt és alatt a méhnyálkahártya túlbujánzása esetén (*endometriosis interna*). Erre *Halban* hívta fel a figyelmet (*Zentr. f. Gynaek. 1933.*). A méhnyálkahártya szövettanilag és klinikailag is jóindulatú túlságos megvastagodása, illetve annak benövése a méhfal izomsajtjai közé, a méh falát erősen feszíti. Erre akkor gyanakodhatunk, ha sikerül a beteget közvetlenül a havi baj előtt és utána is vizsgálnunk s a méhet a havi baj után határozottan kisebbnek találjuk. Gyakoribb az, hogy a méhnyálkahártya nem egész terjedelmében, hanem csak körülírt területen mutatja ezt a túlbujánzást; ilyenkor a méh megfelelő része kidudorodik s a havi baj

után ez eltűnik. A biztos kórhatározást csak méhkaparás s mikroszkópiai vizsgálat adja meg.

Több gondot okoz a kórfolyamat megállapítása s a gyógyítás is, ha a havi vérzést kísérő fájdalmak előzetes tünetmentesség után, csak későbbi években kezdenek mutatkozni, vagy ha éppen a nő már terhes is volt. Ilyenkor nem gondolhatunk a méh fejletlenségére, a nyakcsatorna szűk voltára, a méh falának megnehezített táglékonyságára. Viszont számolni kell a nemi élet folyamán bekövetkező betegségekkel. Kétségtelen, hogy a gyulladások az acut és subacut szakban a havi vérzés fájdalomosságát okozhatják. A gyulladás lefolyása után mutatkozó fájdalmakat szeretik kapcsolatba hozni a gyulladással összefüggésekkel. Ez nem egészen jogos. Sokszor látjuk ugyanis műtéteken, hogy a méhet lapszerű összenövésekből kell felszabadítani s a havi baj mégsem volt fájdalmas. 49 műtét alkalmával is rögzültnek talált retroflexio csak 23 esetben okozott fájdalmakat a havi baj idején; 57 mobilis retroflexióból ugyancsak 23 beteg panaszkodott dysmenorrhoea miatt. Látjuk tehát, hogy az összenövések egymagukban csak az esetek egy részében hozhatók kapcsolatba a havi vérzés idején jelentkező fájdalmakkal. Igen erős egyoldalú fájdalom esetén inkább a petevezető összehúzódásaira kell gondolnunk. Idült gyulladáskor fájdalmas lehet a petefészek megduzzadása a tüszőérés idején. Lehet a fájdalom oka polypus is, amely megduzzad s megszületni készül s elzárja a nyakcsatornát. — Sokszor a méh falában ülő, még ki nem tapintható kis myomatócok zavarják a méhösszehúzódásokat. Az ilyen esetekben a havi vérzést kísérő fájdalmak az alapbaj gyógyításával orvosolhatók.

Sokszor azonban nem találunk betegségekre valló adatot az előzményekben sem s a vizsgálat sem mutat elváltozást. A fájdalmak sem kapcsolódnak minden havi bajhoz, hanem csak időszakosan mutatkoznak egyszer-egyszer, úgyhogy állandó természetű helyi elváltozást nem tételezhetünk fel.

A fájdalomra ilyenkor a síma izomzat, továbbá az idegrendszer s az érrendszer viselkedése adja meg a magyarázatot. Mind az animális, mind a vegetatív idegrendszer teherbíróképessége csökken az élet folyamán. A nélkül hogy a psychoanalitikusok sokszor erőltetett magyarázataihoz folyamodnánk, kétségtelen, hogy a helytelen nevelés, rossz példaadás, hypochondria, az élet kötelességei elől a betegségbe való menekülés lelki úton fájdalomossá tehet olyan természetes folyamatokat, amelyek eddig panasz nélkül viseltettek el. Ilyen tényezők szerepét gyaníthatjuk, ha a beteget életmódja, életkörülményei felől alaposan kikérdezzük. Máskor az állandó s erős idegmunka okozta kifáradás következménye a havi bajt kísérő fájdalom; olykor a hosszantartó ülés, ácsorgás, igen sokszor a szabványos székrekedés miatti pangás váltja ki a fájdalmat.

Még nehezebb nyomára jönni a fájdalomnak, ha a vegetatív idegrendszer egyensúlya tolódott el a sympathico- vagy vagotonia irányában. A síma izomelemek s a méh véreinek fokozott ingerlékenysége gyakran oka a fájdalomnak. Az izomzat fokozott tonusára mutat a sacrouterin-szalagok érzékenysége, kitapinthatósága, amely sokszor annyira erély, hogy a rectalis vizsgálatkor merevszerű képletek gyanánt tűnnek fel. Egy másik tünet a méh falának érzékenysége vizsgálatkor, amely a perimetritis egyik jellegzetes tünetét utánozza a gyulladás többi kísérő jele nélkül. Egyéb panaszok után érdeklődve, más szerveken is találni oly jelenségeket, amelyek a vegetatív idegrendszer fokozott ingerlékenységét bizonyítják. Ez az izgalmi állapot sokszor a nemi élet rendellenességeire vezethető vissza. Nem kell itt mindjárt nemi eltévelyedésekre gondolni: a természetes nemi tevékenység mellett is kifejlődhetik a vegetatív idegrendszer fokozott

ingerlékenysége. A párosodás élettani ingere a nemzőszervekre hatalmas befolyást gyakorol. A bővérűség, a clonikus izomrángásokra vezető ingerület oldódása csak akkor következik be természetesen, ha a nő elérte a cohabitatio alatt az ú. n. orgasmus állapotát. Ha a közösülés ingere nem elég erős vagy nem elég hosszantartó, az ingerület fokozódását nem követi az oldódás, a relaxatio. Ilyenkor a bővérűség megmarad órákon át, úgyszintén a fokozott izomtonus is. Az elégtelen inger gyakori ismétlődése esetén ez a fokozott feszültség állandósul s egyéb panasz mellett a havibaj alatt mutatkozó fájdalomban is kifejeződik.

De úgylátszik, hogy rövidebb ideig tartó behatás is megzavarhatja az erek és síma izmok működését s fájdalomossá teszi azt. Nem mehetünk el lenéző kézlegyintéssel azon adat mellett, amely a fájdalmak keletkezését a havi vérzés alatt vett hideg fürdő, hideg beöntés, hüvelyöblítés vagy egyéb meghűlés tényére vonatkoztatja. Ha elfogadjuk azt, hogy psychés hatások hirtelen kiválthatják vagy megakasztják vagy fájdalomossá teszik a havi vérzést, akkor nem tagadhatjuk a meghűlés okozta reflektorikus zavart sem. Látjuk a lehűlésnek ilyen hatását más szerveken is: a jeges víz gyomorgörcsöt okoz arra hajlamosknál, a has meghűtése hasmenést, gyakori vizelet ingert vált ki. Megvan az ezerszeres tapasztalat, megvan erre testszerte az analógia, miért tehát tagadni jelenségeket pusztán csak azért, mert a mikroskóppal s kémcsővel még nem tudtuk bizonyítani? Ha igazolódik F. Klinger (Rheumatismus. 1934.) állítása, aki a zsigerekben a rheumatismusra jellegző szöveti elváltozásokat talált, a meghűlés következtében előálló uterinalis csúzzal is számolni kell. A francia szerzők neuralgiára is gondolnak.

Egyre valószínűbb, hogy a havi bajt kísérő fájdalmak oka nem mindig a méh izomzata, hanem a vérellátás zavara: érgörcs is lehet. Erre irányítva figyelmünket, nem egyszer láttuk a havi baj idején vagy közvetlenül előtte végzett műtéteken, hogy a méh felszíne vértelt és vértelen foltoktól tarkázott, ily esetekben rendszerint nagyon heves dysmenorrhoeás fájdalmak voltak. A vérérösszehúzódás uterinalis migrain vagy angina pectoris módjára hat s ismeretes, hogy a zsigerek a vérellátás zavarával szemben milyen érzékenyek. De a gyógyító hatások némelyike is igazolja azt a felfogást, hogy a dysmenorrhoea egyes esetekben vérérösszehúzódás eredménye. A yohimbin mint értágító hat, ugyancsak a petefészekkivonatok is. Igen jó hatást láttunk menolysin compositum befeccskendése után, amelynek fő hatóanyaga az értágító yohimbin. Erős támasza lenne ennek a felfogásnak az, ha a chronaxia vizsgálatok igazolnák a spasmophil állapotot; spasmophiliában ugyanis a chronaxiás időérték megnyúlik. (H. Meyer. Ref. D. M. W. 1932. 387.)

A jelenségek egész sora mutat arra, hogy bizonyos egyéneknél a havi baj idején a síma izomzatnak és az ereknek fokozott a tonusa (spasmophilia, angiospasmus). Így az erős dysmenorrhoeával kapcsolatban mutatkozó hányás, a gyomorfekélyes nők gyomorfájdalmai a havi baj idején, az epeutak görcsös fájdalmai, továbbá a gyakori fejfájás, a migrainrohamok halmozódása, a keringési okból bekövetkező látászavarok, mind hasonló alapon keletkeznek. Úgy lehet, hogy a havi bajjal kapcsolatos hormonális és vegyi elváltozások felszínre hozzák a szerveknek egyébként lappangó állapotát, csakúgy mint a chronikus kimerülés, elfáradás.

A spasmophiliával igen behatóan foglalkozott G. Peritz (D. M. W. 1932. 1354.). A spasmophiliában a görcs-késztség egyfórmán mutatkozhatik az izmokban és az erek falaiban, s ezt ő a parathyreoidea gyengébb működésére vezeti vissza. Sikerült is a spasmophilia tüneteit parathyreoidea-hormonnal s calciumnak szájon át adott nagy

adagjaival időlegesen megszüntetni. Vizsgálataiból kitűnt, hogy a parathyreoidea-kivonatokban van egy tényező, amely a vér calciumtartalmát csökkenti s van egy másik, amely a calciumtartalmat növeli. Ez utóbbi tényező az ereket is tágítja. Végigkutatva az összes szerveket, a placenta-kivonatokban talált olyan anyagot, amely hatásában és kémiai viselkedésében is nagy megegyezést mutat a parathyreoidea ezen angiospasmust szüntető tényezőjével; e két különböző szervből előállított anyagot *Peritz* azonosnak tartja. Minthogy a placenta-kivonatok és a hozzájuk nagyon hasonló hatású petefészkek-kivonat gyakorlatilag is jól beválik a dysmenorrhoea gyógyításában, kínálkozik az a következtetés, hogy a parathyreoidea-ovariális hormoncomplexum csökkenése segíti elő a dysmenorrhoeát.

Az általános milió spasmophil jellege mellett azonban nem nélkülözhetjük a méh falában lejátszódó jelenségeket sem. Ha el is fogadjuk azt a feltevést, hogy durva mechanikus zavarok csak nagyon ritkán találhatók a dysmenorrhoeát kiváltó okok között, ma már számos bizonyítékot hozhatunk fel a mellett, hogy a méh falában és nyálkahártyáján gyakran mutatkoznak olyan apróbb rendellenességek, melyek az általános spasmophil hajlam mellett dysmenorrhoeás görcsök támasztására alkalmasak. *H. Knaus*-nak igen finom módszerű vizsgálatai (Zentr. f. Gyn. 1933. 2658.) mutatják, hogy az emberi méh in situ rendszeres összehúzódásokat végez, amelyek a havi vérzést megelőző 8—10 naptól kezdve ellanyhulnak. Felfogása szerint ezt a hatást a corpus luteum hormonjának kell tulajdonítanunk. Amint a corpus luteum hormontermelése megszűnik, — s ez az időpont a látható havivérzés megjelenése előtt 36—48 órával előbbre tehető — az összehúzódások újból megkezdődnek. Elvben tehát nincs különbség a havi vérzés előtt és alatt jelentkező görcsök között: mind a kettő a corpus luteum hormonhiányát mutatja.

Temesváry Miklós vizsgálataiból (Zentr. f. Gyn. 1924. 860.) tudjuk, hogy a dysmenorrhoeások méhnyálkahártyája gyakran mutat eltérést a rendes cyclustól. *Guttman* és *Stähler* (Zentr. f. Gyn. 1933. 26.), valamint *Raisz* és *Gajzágó* (Zentr. f. Gyn. 1933. 1139.) hysteroagrammjai pedig, amelyeket ők külön eljárással vettek fel a méhüreg finomabb elváltozásainak kimutatására, azt is határozottan mutatják, hogy a méhnyálkahártya viselkedése a méh más-más részén nem teljesen egyöntetű. Helyenként a nyálkahártya vastagabb, duzzadtabb, másutt kevésbé fejlett. Ez a szövettani egyenlenség a havi vérzést előidéző sequestratiós folyamatban kifejezésre jut: egyik helyen gyorsabban, másikon lassabban következik ez be. Ez a jelenség befolyással van természetesen a méh izomzatában és vérrellátásában praemenstrualisan mutató elváltozások mértékére is. Az izomfeszülésben mutató csekély különbségek, a feszülések kiegyenlítődések apróbb zavarai spasmophil hajlamosság mellett elegendők a méhgörcsök kiváltására. Ilyen részleges méhösszehúzódásokat ismételve láttak is alacsony nyomás mellett felvett hysteroagrammokon (*Béclère*: Ref. Berichte f. Gyn. 24. 25.). Kis ingerek is elegendők a görcs kiváltására, nem szükséges tehát a durva mechanikus ok feltételezése. A síma izomzatban a körülírtan keletkezett összehúzódás elterjed és az egész méhnek görcsös összehúzódását okozza.

Felfogásunk szerint spasmophil vagy astheniás hajlam mellett a méh nyálkahártyáján mutató csekély egyenlenségek, illetve az ilyen módon keletkező izomfeszülések is elegendők a dysmenorrhoea alapját szolgáltató izomvagy érgörcs kiváltására.

Fájdalmak idején a symptomatikus kezelés lép előtérbe. A legkülönbözőbb fájdalomcsillapítók kerülhetnek alkalmazásba, csak az erős hatású s megszokásra vezető

alkaloidákat (morphin, atropin) kell kerülni. Előnyben részesítünk olyan összetételt, amely kis adag fájdalomcsillapító (pyramidon) mellett görcsszüntető szert (papaverin) és idegrendszer nyugtatót (luminal, ctg adagban) tartalmaz. Ajánlatunkra a Wander gyár ilyen pyramidon-papaverin-luminal keveréket meristin néven hoz forgalomba. Meglepő, hogy a meristin fájdalomcszüntető és megnyugtató hatása mennyivel határozottabb, mint alkatrészei külön-külön a nélkül, hogy a luminal kábító vagy altató hatása észrevehető volna. Ezen tapasztalatok alapján nemcsak dysmenorrhoeában alkalmazzuk, hanem más eredésű méh- és petevezeték-fájdalom ellen is. Hatása igen jó, néha valósággal meglepő.

Gyökeres gyógyításunk elsősorban az ér- és idegrendszer megnyugtatóására törekszik. Pihentetés, helyes életmód, a nemi élet szabályozása s amennyire lehet, az ilyen természetű zavarok kiküszöbölése lesz a teendőnk. Kiegészítjük ezt az intermenstruumban végzett beavatkozásokkal, amelyek közül a mélyhő (diathermia), glicerintamponok, sósfürdők, iszapfürdők a keringést vannak hivatva megjavítani, valamint a vérerek, síma izomelemek ingerlékenységét szállítják alá. Kedvező tapasztalatokra tettünk szert az alhas histamin iontophoresise után. Az ismert katechon foliák módjára 1% histamin Richter G.-oldattal megnedvesített itatóspapírt helyezünk a méh tájékára, összekapcsoljuk az anóddal, a katódot a beteg kezében tartja s 5—8 M. A. áramot bocsátunk át 4—5 perc tartamára. A bőr erős kipirulása s beszűrődése (Quaddel) jelzi a hatást, amely reflektorice a mélybe is beterjed s a méh bővérűségét hozza létre. A histamin iontophoresis fájdalomcsillapító hatása akkor is érvényesül, ha azt nem a fájdalmak idején, hanem a hószámköz idején végezzük. Az utolsó hónapokban ilyen kezelést végeztünk. Különösen olyan helyen nagyjelentőségű a kezelésnek ez a módja, ahol nincs diathermiás készülék. A kereskedésben kapható nagyobb fajta szárazelem és amperometer segítségével histamin iontophoresisra alkalmas készülék könnyűszerrel összeállítható s alkalmazása kevés figyelem mellett semmi bajt nem csinál, nem fájdalmas. A havi vérzés idején histaminkezelést nem végzünk.

Kitűnik mindebből, hogy a nemi virágzás idején jelentkező dysmenorrhoeás fájdalmakat, amennyiben azt a nemzőszervek határozott betegsége nem magyarázza, elsősorban az idegrendszer ingadozó működésével hozzuk kapcsolatba. Sok szól a mellett, hogy a fájdalmakat a vérerek görcsös összehúzódása s a síma izomelemek fokozott tonusa okozza, amely viszont a hibás vegetatív beidegzéssel függ össze. Az esetek nagy többségében csekély helyi ok mellett az animális és vegetatív idegrendszer túlérzékenysége, elfáradása, hibás hangoltsága a fájdalmak végső forrása (Abnützungskrankheit).

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

Az elektrokardiogram megváltozásáról kamraextrasystole után.

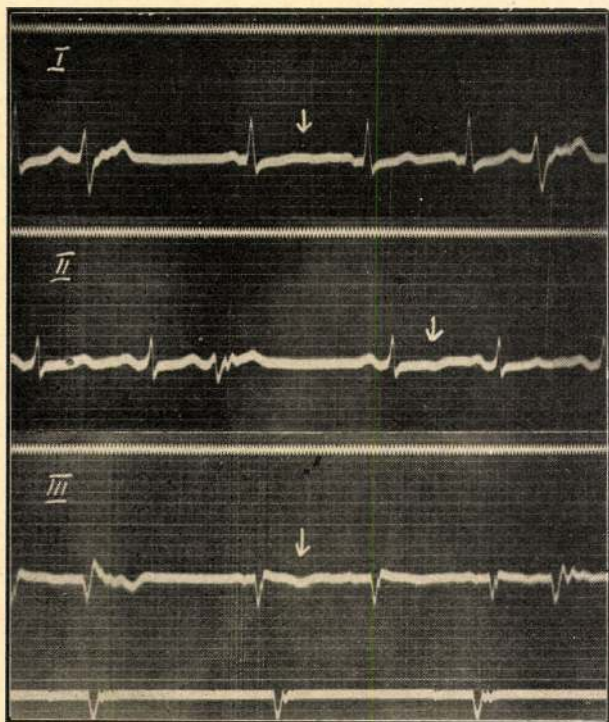
Irta: Fernbach József dr., egyet. tanársegéd.

Kamrai extrasystolék (es.) után következő kamra-komplexumok alakja megváltozhat, mint erről *Kapff*¹ hét esete kapcsán írt. Azt találta, hogy az ú. n. postextrasystolés T hullám laposabb, negatív, kétfázisú (negatív—pozitív), kettőzött, ill. magasabb lett. *Stenström*², *Lutembacher*³ is észlelt hasonló eltérést egy-egy esetben. Egyes esetekben kamrákon belüli vezetés-zavart is észleltek.

Hasonló körülmények között támadó ekg.-os elváltozásokat magunk is már régóta észleltünk és 252 kamrai extrasystolés felvétel közül a következő erre vonatkozó eseteket gyűjtöttük össze.

Az elektrokardiogramokat Edelman nagy húros galvanométerrel készítettük a szokásos három elvezetésben; hír érzékenysége 1 mV: 15 mm, időjelzés 1", ill. $\frac{1}{50}$ " és $\frac{1}{50}$ ".

I. 44 éves nő. Tonsillitisek utáni myokarditis. Egy éve szíve táján szorító érzések, különösen mozgáskor, ill. izgalomkor időnként nehéz légzés. Szíve balra egy ujjal nagyobb, tiszta szívhangok; a röntgen egy ujjal nagyobb, hypertrophiás bal kamrát mutatott. 140/95 Hgmm. Subfebrilis. Extrasystolia. Ekg. (l. ábra) lelete: kb. 90-es frekvenciájú sinus-rhythmus, P-k pozitívek, Q-k hiányzanak, a-v: 0,13–0,14", R₁>R₂, R₃ negatív, felszálló ága hasadt, S₁ és S₂ kicsi, QRS: 0,06", S–T az I. elv.-ben kissé lenyomott, a III. elv.-ben kissé felemelt, T₁ pozitív, lapos, T₂ pozitív, alacsony, T₃ negatív, lapos. Mindhárom elvezetésben bal kamrai es. Az I. elv.-ben a rendes R–R távolság 0,60–0,62"; az es. és az ezelőtt lévő kamrakomplexum közötti távolság (kapcsolódás) + az es. utáni kompenzációs szünet: 0,38 + 0,98, 0,38 + 0,92; az es. után a T kissé ellapult. A II. elv.-ben az R–R: 0,60–0,62, E: 0,36 + 0,98, 0,34 + 0,92; a T negatív lett. A III. elv.-ben az R–R: 0,58–0,62, E: 0,38 + 0,92, 0,36 + 0,90; a T negatívabb lett. Többször készült felvétel, az első után pár nappal, héttel, 5, 7, 19, 22 hónappal később. A beteg panaszai lényegesen nem változtak, időnként kisméretű nehézlégzéssel és szív-táji nyomásérzéssel kívül más panaszja nincs, minthogy az es.-kat érzi és néha ez idegesíti. A más-más időben készült felvételeken es. mindig volt, helyenként egyedül, helyenként párosával; hol bal, hol jobb kamrai es. volt látható. A kompenzációs szünet mindig teljes, a kapcsolódás kissé változó. A T hullám fent leírt változása állandóan fellelhető. Atropin-kísérlet nem változtatott a felvételen, kissé szaporább lett a szív-működés, 80-ról 100-ra emelkedett. Adrenalin injekcióra (1/2 mg bőr alá) kb. tíz perc múlva polygeminia jött létre, ami pár percig tartott, de a lelet egyébként nem változott. Munkavégzés – 20-szor felülés és lefekvés, ill. két emelet megjárása – után közvetlenül, ill. egy perc múlva a T₁ laposabb lett, ami pihenés után megszűnt. Más-más testhelyzetben készítve felvételeket – székben ülve, háton, jobb és bal oldalon fekve – a lelet nem változott. Nitroglicerinnel (egy szem nitrolingual) bevétele után öt perc múlva az S–T lenyomottság az I. elv.-ben megszűnt, egyébként az es. utáni változások létrejöttek.



Az I. esetünkben tehát kissé változó kapcsolódás mellett különböző helyről, hol egyenként, hol halmozottan létrejövő, teljes kompenzációs szünettel bíró es.-ék, függetlenül a szünet hosszától, megváltoztatták az utánuk

következő komplexumok T hullámát. A már nem teljesen rendes — T₁ pozitív, lapos, T₂ pozitív, alacsony, T₃ negatív, lapos — hullámok negatív irányban változtak meg.

2. 26 éves nő. Tonsillitisek utáni myokarditis. Szív balra kissé nagyobb, csúcs felett systolés zöreje. Röntgen szerint a szív rendes nagyságú, ellapult ívű, szívből kitöltött. Vérnyomás 100/70 Hgmm. Hőmérséklet 37,3–38,4. Extrasystolia. Ekg. lelete: kb. 80-as frekvenciájú sinus rhythmus, P-k pozitívek, Q-k hiányzanak, a-v: 0,18", R₂>R₁>R₃, S₁ hiányzik, S₂ és S₃ kicsi, QRS: 0,06", az S–T-k lefutása rendes, T-k pozitívek, T₃ lapos. Mindhárom elv.-ben jobb kamrai es. Az I. elv.-ben R–R: 0,72, E: 0,44 + 1,14, 0,44 + 1,10, az es. után a T laposabb lett. A II. elv.-ben R–R: 0,70, E: 0,46 + 1,12, a T domború, nem hegyes, a III. elv.-ben R–R: 0,68, E: 0,38 + 1,10, a T valamivel magasabb lett. Az egy hónappal később készült felvételen a P-k alacsonyak, az S-ek kifejezettek, T-k laposak. Es. után a fenti T változás nem látható, hanem a P hullámok lettek magasabbak az es. után, a II. és III. elv.-ben. Az a-v változatlan. Az ezután egy és fél hónappal későbbi felvételeken a P és T hullámok rendes magasságúak és es. után egyik sem változik. A beteg állapota javult, hőmérséke kisebb.

3. 46 éves nő. Kb. tíz éve szív-táji fájdalmak, utóbbi időben nehéz légzés. Ideges. Szív kissé nagyobb balra, csúcs felett systolés zöreje. Röntgen szerint balra felüljáró nagyobb myodegeneratív alakú szív. Vérnyomás 155/90 Hgmm. Subfebrilis. Myodegeneratio, extrasystolia. Ekg. lelete: kb. 90-es frekvenciájú sinus rhythmus, P₁ és P₂ pozitív, P₃ negatív, P₂ helyenként kettőzött, Q-k hiányoznak, a-v: 0,18–0,22", R₂>R₁>R₃, S₂>S₁>S₃, QRS: 0,06", az S–T a III. elv.-ben kissé lenyomott, T₁ és T₂ pozitív, T₃ kétfázisú, negatív–pozitív. Az I. és II. elv.-ben 1–1 jobb kamrai es., az I. elv.-ben diskordans. Az I. R–R: 0,62–0,64, E: 0,44 + 0,94; a II. R–R: 0,60–0,62, E: 0,42 + 0,94. Mindkét es. után a T valamivel alacsonyabb lett.

4. 60 éves férfi. Évek óta angina pectoris. Szív balra nagyobb. Röntgen szerint balra két ujjal nagyobb hypertrophiás balkamra. Extrasystolia. Ekg. lelete: kb. 80-as frekvenciájú sinus rhythmus, P-k pozitívek, Q-k kicsinyek, a-v: 0,16", R₂>R₁>R₃, R₁ és R₃ leszálló ága kissé vastag, R₃ leszálló ága hasadt, S₁ és S₂ kicsi, S₃ hiányzik, QRS: 0,06", az S–T az I. és II. elv.-ben lenyomott, T₁ és T₂ pozitív, lapos, T₃ pozitív, alacsony. A III. elv.-ben egy balkamrai es., R–R: 0,70, E: 0,40 + 1,04, a T hullám alig láthatóvá lett. Munkavégzés után egy perccel készült felvételen az S–T szakaszok jobban lenyomottak lettek az I. és II. elv.-ben.

5. 70 éves nő. Évek óta angina pectoris. Kb. öt hónappal előbb Ekg.-val kórismézett szívinfarktus a jobb coronaria területén. Ekg. lelete: kb. 90-es frekvenciájú sinus rhythmus, P-k pozitívek, P₂ magas, Q₁ hiányzik, Q₂ kifejezett, Q₃ mély (8 mm), a-v: 0,15", R₁>R₂>R₃, R₃ kicsi, S₁ kicsi, S₂ és S₃ hiányzik, QRS: 0,06", R–T szakasz a II. és III. elv.-ben kissé felemelt, T₁ pozitív, T₂ negatív, T₃ negatív, V alakú (kb. 3 mm mély). A III. elv.-ben egy balkamrai es., R–R: 0,60, E: 0,40 + 0,76, az es. után a T hullám mélyebb lett (5 mm.)

6. 65 éves férfi. Évek óta angina pectoris. Balra nagyobb szív. Vérnyomás 170/90 Hgmm. Szívhangok tiszták. Extrasystolia. Ekg. lelete: kb. 90-es frekvenciájú sinus rhythmus, P-k pozitívek, Q₁ kicsi, a-v: 0,14", R₁>R₂>R₃, R₂ alacsony, felszálló ága csomós, S₃>S₂>S₁, QRS: 0,07", az S–T szakasz az I. elv.-ben lenyomott, a III. elv.-ben felemelt, T₁ pozitív, lapos, T₂ pozitív, T₃ alig láthatóan negatív. Határozott balszív túlsúly. Balkamrai es. az I. és III. elv.-ben, az I. elv.-ben diskordans. Az es.-ék után a P és T hullámok magasabbak az I. elv.-ben, a III. elv.-ben pedig a T kifejezetten negatív lett. I. R–R: 0,60–0,62, E: 0,36 + 0,88, 0,36 + 0,88, III. R–R: 0,62–0,64, E: 0,40 + 0,92.

7. 54 éves férfi. Három hónapja icterus simplex. Szívpanaszja nincs. A szív balra kissé nagyobb, szívhangok tiszták. Vérnyomás 130/80 Hgmm. Extrasystolia. Ekg. lelete: kb. 80-as frekvenciájú sinus rhythmus, P-k pozitívek, P₂ és P₃ magas, Q-k kicsinyek, a-v: 0,20", R₂>R₃>R₁, R₂ leszálló ága vastag, S₁ rendes, S₂ és S₃ helyén csomó, QRS: 0,09", az S–T-k lefutása rendes, T₁ pozitív, alacsony, T₂ pozitív, magas, T₃ pozitív (4 mm magas). Az I. és III. elv.-ben jobbkamrai es., az I. R–R: 0,72, E: 0,50 + 0,96, 0,48 + 0,88, az es. után a T valamivel magasabb lett; a III. R–R: 0,68–0,70, E: 0,50 + 0,86, az es. után az R hullám 2 mm-rel, a T hullám szintén 2 mm-rel magasabb lett.

8. 54 éves nő. Klimakterium, ennek megfelelő panaszok, ideges, nyugtalan. A szív balra egy ujjal nagyobb, szívhangok tiszták, tompák. Röntgen szerint balra nagyobb szív, kon-

turjai ellapultak. Vérnyomás 145/90 Hgmm. Extrasystolia. Ekg. lelete: kb. 90-es frekvenciájú sinus rhythmus, P-k pozitívek, Q-k hiányoznak, a-v: 0,18", R₂>R₁>R₃, R₃ fel- és leszálló ága felrostozódott, S₂>S₁>S₃, QRS: 0,09", az S-T szakasz az I. és II. elv.-ben kissé lenyomott, T₁ alig láthatóan pozitív, T₂ és T₃ pozitív. Mindhárom elv.-ben jobbkamrai es., az I. elv.-ben diskordans. Az I. R-R: 0,66, E: 0,46 + 0,86, az es. után a T valamivel magasabb; II. R-R: 0,70, E: 0,46 + 0,88, az es. után a P és a T magasabb lett, a III. elv.-ben az es.-nek csak a fele került a felvételre, az utána következő T nem változott.

Összefoglalva az eseteket, a következőket látjuk: nyolc esetben volt változás a postextrasystolés kamra, ill. pitvari komplexumon. A különféle típusú, minden esetben teljes kompenzációs szünettel bíró kamraes.-ék után egy esetben negatív, három esetben laposabb lett a T hullám, egy esetben a negatív V alakú T mélyebb, egy esetben a P hullám magasabb, egy esetben az R és T hullám magasabb, két esetben a P és T hullám lett magasabb. Több-kevesebb szívpanasza hét betegnek volt és szívbetegsége (myokarditis, angina pectoris, myodegeneratio, szívinfarktus utáni állapot) hatnak volt.

Ezeknek az eltéréseknek magyarázata szempontjából fontosak azok a zavarok, amiket az es. a szívben, ill. vérkeringésben létrehoz. Az es. tudvalevőleg a vérkeringés szempontjából nem előnyös. Az es. alatt a kamra és az artériák telődése tökéletlen, ez annál kifejezettebb, minél korábban jön létre a diastolében az es. Az es.-kor a szívizom kontrakciós ereje kisebb, az ingerlefutás sebessége lassúbb a rendesnél és az es. refrakterfázisa rövidebb. A kompenzációs szünet alatt a szív vérrel bőségesen megtelik, miközben a perifériás erekben a telődés és a diastolés vérnyomás a rendes alá csökken. A szünetet követő systole kontrakciója és lökéstérfogata nagyobb lesz mint a rendes; a refrakterfázisa hosszabb lesz, az ingerlefutás sebessége gyors, ill. esetleg gyorsabb lesz, mint a rendes. A postkompenzációs systole többé-kevésbé kiegyenlíti az előbbi vérkeringési zavart. Kapff szerint rendes körülmények között a szívizom jellegzetes tulajdonságainak megváltozása simán kiegyenlítődik, bizonyos különös körülmények között ez a kiegyenlítődés elmarad és ezért létrejöhetnek a T hullám kóros változásai. Kapff véleménye az, hogy ha ez látványosan ép szíveken jön létre, akkor a negatív, ill. lapos T hullám azt jelenti, hogy a szív erre az extrainger okozta funkciópróba gyenge. Az ő esetei közül hatban a szív nem volt ép.

Véleményünk szerint azokban az esetekben, ahol a T hullám negatívvá, lapossá, ill. alacsonnyá vált, az a magyarázat volna helyes, hogy a különben is beteg szívizom vérrellátásában, ill. táplálásában átmeneti zavar jött létre. A kamrakomplexum megváltozását ugyanis leginkább az okozza, hogy a koszorúerek betegsége vagy funkciózavara folytán a szívizom vérrellátása lett hiányos.

Az utóbbi évek vizsgálatai, különösen legutóbb Dietrich és Schwiegl⁴ munkája bizonyítja azt, hogy a koszorúerek keringés-zavara, akár anatómiai, akár funkcionális okból jön létre, hiányos vérrellátás, ill. oxygenisatio folytán, marandó vagy átmeneti változást okoz a szívizomzatban és ez az elektrokardiogrammon jellemző eltérést hoz létre főképpen a T hullámon, ill. az S-T szakaszon, amennyiben azok laposak, isoelektromosak, negatívak, ill. az isoelektromos vonal alá nyomottak lesznek. Nagyobb munkavégzés alatt, ill. után közvetlenül, a belégtett levegőnek alacsony O₂ tartalma, alacsony légnyomás még az egészséges szíveken is létrehozhat Ekg.-vel kimutatható eltéréseket, amik azután beteg koszorúerek esetén, azok kóros szűkítése miatt vagy anélkül is, még határozottabban lesznek észlelhetők. Ezen eltéréseknek oka a szívizomnak O₂-vel való elégtelen ellátása, anoxaemiája. Ilyen átmeneti szívizom anoxaemiát látunk angina pectoris rohamok alatt, mint ezt számos szerző — először Feil és Siegel⁵ — észlelte; az Ekg.-os eltérések a fentiekhez hasonlóak és rohamok után maguktól vagy nitroglycerinre eltűnnek.

Wolff⁶ szerint az angina pectoris létrejöttében a következő körülmények szerepelnek: ha a perifériás erek ellenállása vagy a vérnek a szív felé áramlása valamilyen okból nő, a szívizom fokozódik, a balkamra izomzata nyújtást

szenvet, az intraventrikuláris nyomás emelkedik és ugyanakkor a kontrakciók erősödnek. Anrep⁷ azt találta és Hochrein⁸-nal szemben legújában is állítja, hogy a koszorúerek a diastole alatt telődnek meg vérrel és systole alatt a szívizom elszorító hatása folytán a keringés rossz és minél erősebb a szív kontrakciója, annál nagyobb a systole alatt az artériás vérkeringés zavara. Hyde⁹ szerint, ha a szív vérrel túltelődik, a szívizomzat túlnyújtást szenved és a koszorúerek jó keringése már a következő systole kezdete előtt, tehát az egyébként kedvező diastolében, rosszabbodik. Kohn¹⁰ szerint pedig a vérnyomás fokozódása inger a koszorúerek szűkületére, ill. görcsére és azoknak sokszor egészen csekélyfokú megbetegedése elegendő a görcskésztségre.

Mint tudjuk, az es. után a szív túltelítődik vérrel, a szívben a nyomás átmenetileg fokozódik és a szív összehúzódása erősebb lesz. Tehát olyan körülmények jönnek létre, amik alkalmasak arra, hogy a szív vérrellátása és így táplálása elégtelenné váljék és ezzel az ekg. alakját megváltoztassák, különösen ha a szívizomzat vagy a koszorúerek, avagy mindkettő már előzőleg is beteg volt.

Eseteinkben a myokarditis, myodegeneratio, angina pectoris, ill. szívinfarktus utáni állapot mindenestre amellett szól, hogy sem a szívizomzat, sem a koszorúerek keringése nem volt tökéletes. Első esetünkben (myokarditis), melyet gyakran és alaposan megfigyeltünk, az ekg.-on függetlenül az es.-től, kóros eltérések voltak észlelhetők: a T hullámok ellapultak; az S-T szakasz lenyomott volta gyakran már nyugalomban, ill. csekély munka után is; az adrenalin befecskendezésre létrejött polygeminia; nitroglycerinre eltűnő S-T lenyomottság. A 2. esetben (myokarditis) az észlelés kezdetén láttunk létrejönni T alakváltozást, ami később az állapot javulásakor már nem volt észlelhető. A 3. esetben myodegeneratio volt. A 4. és 5. esetben a koszorúerek betegsége biztos volt — angina pectoris, szívinfarktus. — A 6. esetben (angina pectoris) csak a III. elv.-ben vált negatívvá a T hullám, míg az I.-ben pozitívabb lett. A 7. esetben (icterus simplex) szívpanasz nem volt, a T hullám magasabb lett. A 8. esetben, klimakterium és avval járó ideges szívpanaszok, szintén magasabbak lettek a T hullámok.

Tehát azokban az esetekben változott a T hullám az anoxaemia hatásához hasonlóan, hol nem volt teljesen ép a szívizomzat. Hogy vajon miért csak egyes esetekben jön létre ez az eltérés és igen sok esetben nem, arra választ adni nem lehet.

A T hullám magasabbá válásának (7. és 8. eset) oka talán az, hogy a szív kontrakciója nagyobb mint a rendes; magasabbá váló T hullámokat munkavégzés után szoktunk látni ép szívek esetén, ahol az erősebb szívizom nem ártalmas a szívizomzatra. Ez vonatkozik a P hullámokra is (2., 6., 8. eset), amik a fokozott pitvarműködés következtében lehetnek magasabbak.

Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy kamrai extrasystolék után következő kamrakomplexumokon a T hullám negatívvá, lapossá válása amellett látszik szólni, hogy a nagyobb megterhelés miatt nagyobb munkát végző postkompenzációs systole bizonyos esetekben fásasztja a szívizomzatot, ill. hogy az es. annak vérkeringését ártalmasan befolyásolja, azt anoxaemiássá teheti. Látható jele lehet ez a talán csak gyanítható szívizom betegségnek, mint ahogyan a pitvari extrasystolék kóros kamrakomplexumairól is ez a vélemény. Eszerint tehát valószínű, hogy az a szívizomzat, melyben az es. után a kamrakomplexum megváltozik, nem egészséges és talán ilyen értelemben, bizonyos esetben, ez a jelenség myokarditis vagy myodegeneratio korjelzése mellett értékesíthető.

Irodalom: 1. Z. Kreislaufforsch. 1932. — 2. Acta med. scand. 67. 1927. — 3. Kapff idézi. — 4. Z. klin. Med. 125. 1933. — 5. Amer. J. med. assoc. 175. 1928. — 6. Klin. Wochschr. 1928. — 7. J. of Physiol. 65. 1928, 67. 1929 és 79. 1933. — 8. Arch. f. exper. Path. 159, 1931. és 160. 1931. — 9. Amer. J. Physiol. 1. 1898. — 10. Med. Klin. 1926, Klin. Wochschr. 1926.

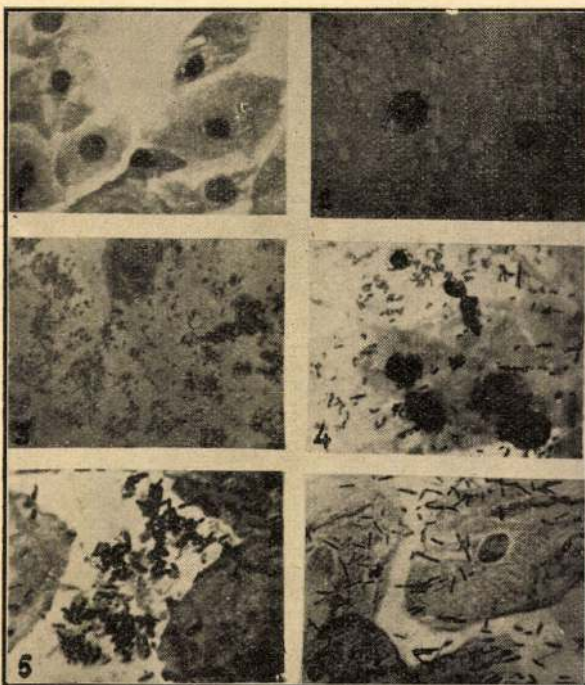
A Ferenc József Tudományegyetem női klinikájának (igazgató: Berecz János ny. r. tanár) és gyermekklinikájának (igazgató: Kramár Jenő ny. rk. tanár) közleménye.

Adatok az újszülött nemiszerveinek élettanához.

Irták: Dobszay László dr. és Hollósi Károly dr.

Általános felfogás szerint a gyermek nemi szerveit élettani szempontból nyugauomban lévő szervrendszernek kell tekintenünk. *Socken, Dychno, Derčynskij* és mások vizsgálataiból tudjuk, hogy a gyermekleány hüvelyét határozatlan összetételű, többnyire coccusokból álló baktériumflóra népesíti be. A hüvelyváladék vegyhatása vagy gyengén lúgos, vagy közömbös s csak ritkán gyengén savanyú (*Socken, Zwolinszky és Truszkowszky, Maunu of Haurlin, Lahm*). Semmi jel sem mutat arra, hogy a genitális miliót valami belső tényező, pl. hormonális hatás irányítaná olyképpen, ahogy az felnőtt nőben történik. Csupán a fanosodás korában változik a helyzet, addig úgylátszik, a hüvelyflóra összetétele csak a külső szennyeződéstől függ.

Menge, Doederlein, Schweitzer, Smorodizew, Tschumakova, Jöten és *Salomon* adataiból azonban tudjuk, hogy van a gyermekkorban a fanosodáson kívül is egy szavasza, amikor az említett nyugalmi helyzet helyett igen mélyreható változást figyelhetünk meg a nemi szerveken. Ez a szakasz éppen az élet első napjaira, az újszülöttkorra esik. A születés után rövidesen egész jellegzetes baktériumtenyészet telepszik meg a hüvelyben, mely csakhamar a felnőtt, egészséges nő hüvelyflórájához válik hasonlónak. Néhány adatunk (*Krönig, Natvig, Schweitzer, Knapp, Zwolinszky és Truszkowszky*) van arra vonatkozólag is, hogy ugyanekkor a hüvely váladéka határozottan savanyú kémhatásúvá lesz. Semmit sem tudunk azonban arról, hogy mi ennek a sajátos jelenségnek az oka. Pedig kétségtelenül olyan kérdés ez, amelynek megfejtése nemcsak a gyermek nemi szerveinek élettanára vonatkozó — ezideig — igen hézagos ismeretünket gyarapítaná, hanem ezenfelül a belső elválasztási nemi mirigyek működésének tanát is érdekes adattal bővítené.



Ezzel a megfontolással fogtunk hozzá a kérdés tanulmányozásához, annál nagyobb érdeklődéssel, mert ebben az irányban kísérletes vizsgálat még nem történt.

A szegedi női klinikán 60 újszülött hüvelyváladékát vizsgáltuk közvetlenül a születéstől a 10—15. napig. Tehát majdnem 1000 váladék került górcső alá. Az összes esetek négyötödrésében (80 %-ban) a Doederlein-flóra megtapadása egész kétségtelenül kimutatható volt. Azt láttuk azonban, hogy míg a flóra teljes kifejlődéséig eljut, a górcsővi kép általánosságban egész szabályosnak mondható változáson megy keresztül.

Ezt a változást mi 6 szakaszra osztottuk. Az egyes szakaszok jellemző képét a mellékelt mikrofotogrammsorozaton mutatjuk be. Közvetlenül a születés után vett váladékban baktérium egyáltalában nem látszik s a tenyésztési kísérlet is azt mutatja, hogy a hüvely valóban csiramentes. Később már megjelenik néhány baktérium, mégpedig különböző nagyságú Gramm pozitív, vagy negatív coccus, néha staphylococcus, vagy rövidláncú streptococcus; máskor Gramm negatív pálcá, bifidus, bipolaris bacillus stb. A második szakasz hamarosan véget ér s helyét ad egy rendkívül dús, nem jellegzetes, igen vegyes összetételű tenyészetnek. A negyedik szakasz górcsővi képében már jelentkezik a Doederlein-bacillus, amely mindjobban elszaporodik és az átmeneti ötödik szakaszon keresztül a hatodikban átveszi egyeduralmát.

Amint a túldoldali táblázaton látható, az egyes szakaszok időtartama is bizonyos szabályszerűséget mutat. A csiramentes szakasz a születéstől 3 óráig tart. A második, vagyis szennyezési szakasz körülbelül egy napig, éppúgy, mint a harmadik, azaz a vegyes tenyészet szakasza. Az átmeneti szakaszokon keresztül a 4., 5., esetleg a 6. napon éri el a Doederlein-flóra a teljes kifejlődést. Uralkodó szerepe azonban rendesen csak 2—3 napig tart, amennyiben hamarosan megindul a pusztulás s egyidejűleg mind több és több nem jellegzetes csira jelenik meg. A 14. napra aztán legtöbbször teljesen eltűnik a Doederlein-bacillus s helyét a csecsemő- és gyermekkorra jellegzetes micrococcus-flóra foglalja el.

A sorozatos górcsővi vizsgálattal párhuzamosan vizsgáltuk a hüvelyváladék kémhatását is; a táblázaton jól látható, hogy a kémhatás hasonló szabályszerű változást mutat: u. i. a Doederlein-flóra kifejlődésekor a savanyú, eltűnésekor pedig a közömbös vegyhatás felé hajlik. Ez az átalakulási folyamat az esetek többségében így zajlik le, de nem mindig. A táblázaton az is látható, hogy eseteinknek csak négyötödrésében fejlődött ki a Doederlein-flóra, mégpedig változó tisztasági fokban, míg egyötödrésében egyáltalában nem telepedett meg (lásd táblázaton az 5. nap rovatát).

Joggal felmerül az a kérdés, mi az oka annak, hogy a Doederlein-flóra az esetek egy részében megtelepszik, a másik részében nem. Az általános felfogás szerint az újszülött Doederlein-flórája az anya szülőútjaiból származik, kialakulása pedig azon múlik, mily mértékben érintkezik az újszülött nemi szerve a szülés alatt e baktériummal. Saját megfigyelésünk és kísérletünk azonban azt mutatja, hogy ez az érintkezés csak egyik feltétele a flóra kialakulásának, a másik és döntő feltételt nem ilyen külső tényezőben kell keresnünk. Megfigyelésünk 2, császármetszéssel világrahozott újszülöttre vonatkozik. E két steril körülmények között virágrahozott újszülött hüvelyében a Doederlein-tenyészet, valószínűleg a környezetből, megtapadt és szabályszerűen kifejlődött. A Doederlein-bacillussal az érintkezés maga még nem biztosítja a tenyészet kialakulását, azt kísérletesen is sikerült bizonyítani. Két olyan újszülöttet választottunk ki, ahol a Doederlein-flóra önkéntes kifejlődése elmaradt. Ezeknek hüvelyébe a Doederlein-bacillus tiszta tenyészetéből 2 kacsnyit egyenesen beoltottunk s megtapadás mégsem jött létre. A bacillusok az oltást követő napon csak szórványosan, 48 óra múlva pedig már egyáltalában nem voltak kimutathatók.

Életkor	Doederlein b. nem található				Doederlein b. található				A hüvelyváladék vegyhatásának középértéke
	I Steril szakasz	II Szennyezési szakasz	III Vegyes flora szakasz	Összesen	Összesen	IV Kevés Do. bacillus	V Sok Do. bacillus	VI. Do. b. szín- tenyésztete	
	%	%	%	%	%	%	%	%	
1. nap	0. h	95	5	—	100	—	—	—	5,4
	1. h	90	10	—	100	—	—	—	4,7
	3. h	62	34	4	100	—	—	—	5,0
	6. h	32	56	11	99	1	—	1	4,7
	12. h	24	55	17	96	4	3	1	4,9
	24. h	9	30	43	82	18	13	4	1
2. nap	—	10	28	38	62	34	9	19	5,0
3. nap	—	1	29	30	70	14	13	43	4,8
4. nap	—	—	27	27	73	15	15	43	5,4
5. nap	—	—	20	20	80	20	13	47	4,8
6. nap	—	—	22	22	78	30	10	38	5,6
7. nap	—	—	22	22	78	43	9	26	5,8
8. nap	—	—	39	39	61	45	7	9	5,7
9. nap	—	—	49	49	51	33	7	11	5,7
10. nap	—	—	50	50	50	37	—	13	6,0
11. nap	—	—	60	60	40	40	—	—	7,1
12. nap	—	—	58	58	42	42	—	—	7,0
13. nap	—	—	60	60	40	40	—	—	7,4
14. nap	—	—	75	75	25	25	—	—	7,1

Láthatjuk tehát, hogy a Doederlein-flóra kifejlődése nem véletlen külső tényező eredménye, mert bőséges érintkezési alkalom, sőt beoltás mellett is elmarad, ha feltételei az újszülöttnél hiányoznak, viszont megtörténik a legkisebb érintkezési lehetőség esetén is, ha alkalmas belső feltételek ezt biztosítják.

Kérdés azonban, melyek ezek a belső feltételek.

Ismeretes, hogy a felnőtt egészséges nő hüvelyváladékában csaknem tiszta tenyészetben található a Doederlein-bacillus, erős savi vegyhatás kíséretében. A flóra fennmaradását itt éppúgy, mint mesterséges körülmények között, bizonyos savhasításra alkalmas anyag jelenléte biztosítja. Ez az anyag az általános felfogás szerint a glikogen, mely a felnőtt egészséges nő hüvelyhámjában tömegesen található. Ezt az általánosan elfogadott tételt szem előtt tartva, vizsgálat tárgyává tettük, hogy mi a szerepe a hüvelyváladék vegyhatásának az újszülöttkori baktérium-flóra kialakulásában.

Előkészítő kísérletünkben megpróbáltuk a hüvelyváladék vegyhatásának tartós megváltoztatását oly módon, hogy a meglevő kémhatástól eltérő Ph-ra beállított foszfát-,

illetve citrát-, pufferglobulusokat helyeztünk a hüvelybe. Mérésünk szerint ilyen módon sikerül olyan vegyhatást létrehozni, amellyel az illető puffer vegyhatását megközelíti. Az eljárás birtokában azután néztük, hogy a mesterségesen megváltoztatott vegyhatás miképpen befolyásolja a Doederlein-flóra kialakulását.

Három olyan újszülöttet, kiknek hüvelyében a 3—4. napon már megjelent a Doederlein-bacillus Ph. 7-3-es, tehát közömbös pufferglobulusokkal kezeltünk. A behelyezést követő napon a Doederlein-flóra fejlődése megállt, 48 óra múlva pedig a tenyészet teljesen elpusztult s helyét vegyes coccus-flóra foglalta el. Kitűnt tehát, hogy a savanyú milió az újszülött Doederlein-flórájának is nélkülözhetetlen életfeltétele s hogy lúgos irányú eltolása a flóra pusztulását eredményezi.

Kísérletünk második részében azt néztük, hogy mesterségesen létrehozott savanyú kémhatás lehetővé teszi-e a Doederlein-flóra megtapadását idősebb csecsemők hüvelyében, ahol különben már erre a korra jellegzetes vegyes coccusos flóra, illetőleg közömbös vagy gyengén lúgos vegyhatás található. Három csoportban Ph. 4-2, 5-6, 6-8-as puffer-globulussal savanyítottuk meg a hüvelyváladékát.

A megfigyelési idő egy hétre terjedt s bár ez idő alatt sikerült biztosítani a savanyú kémhatás állandó szintjét, ennek ellenére a Doederlein-bacillus nem jelent meg a váladékban. A továbbiakban ugyanézekben megkíséreltük egyenesen beültetni a Doederlein-bacillus szintenyészetét és néztük, hogy ezután megtapad-e? A beoltott törzs azonban 48 óra alatt teljesen elpusztult.

Egy harmadik kísérleti csoportba szintén három idősebb csecsemőt osztottunk be, de itt nem puffer-keveréket használtunk, hanem tejcukrot tartalmazó globulust. Erre a kísérletre az a tapasztalat indított bennünket, melyet Kuhn és Löser eljárásával szereztek a nőgyógyászok. Az előbbi tömény cukoroldatot, az utóbbi pedig tejcukrot és élő tejsav-bacillusokat tartalmazó pálcákat használ a hüvelyváladék tisztasági fokának javítására, illetőleg az ebből eredő folyás kezelésére. E szerzők, de különösen Schröder tapasztalata szerint ilyen kezelés mellett a III. tisztasági fokú flóra egész rövid idő alatt a Doederlein-flóra szintenyészetévé alakul át. Várható volt tehát, hogy a tejcukor az újszülött hüvelyében is biztosítja az egyidejűleg beültetett Doederlein-bacillusok életbenmaradását. Kísérletünk azonban eredménytelen maradt, mert a Doederlein-bacillus megtapadását ily módon sem sikerült elérni. A beültetett törzs 48 órán belül itt is minden esetben elpusztult.

Kísérleti eredményeinkből kiderül, hogy 1. a savanyú kémhatás nélkülözhetetlen feltétele a Doederlein-flóra kialakulásának s megszüntetése a flóra elpusztulásával jár. 2. a savanyú környezet mesterséges létrehozása azonban egyedül nem biztosítja a Doederlein-flóra megtapadását, sem akkor, ha magáról a savanyú vegyhatásról gondoskodunk, sem akkor, ha a savhasításra alkalmas anyagokat viszünk be.

Kétségtelenül sokkal mélyebb szövethatózó változás szükséges a flóra megtapadásához, olyan változás, amilyent mesterségesen eddig még nem sikerült létrehozni. Hogy ezt a nemi szerveket a Doederlein-flóra befogadására alkalmassá tevő változást mi hozza létre természetes körülmények között, pl. a felnőtt nőben, azt biztosan nem tudjuk. Valószínű, hogy a döntő szerepet a belső elválasztású mirigyek működése játssza. Minthogy tudomásunk szerint a gyermekkorban a belső elválasztású mirigyek ilyen irányú tevékenysége hiányzik, fel kell tételeznünk, hogy ezt a változást az újszülöttkorban az anyától kapott hormon hozza létre.

Ez a feltevés teljesen összhangban áll az ú. n. újszülöttkori »terhességi hormonalis reakciókra« vonatkozó ismereteinkkel. Igazolására kísérleteink folyamatban vannak.

Osszefoglalás.

1. Sorozatos vizsgálatokkal megállapítottuk azt a szabályszerűséget, amely az újszülött genitális miliójének kialakulásában mutatkozik.

2. Kísérlet történt a milió mesterséges megváltoztatására s ennek kapcsán kiderült, hogy a Doederlein-flóra kifejlődését a hüvelyváladék kémhatásának áthangolásával akadályozni tudjuk, de előmozdítani nem.

3. Kísérleteink szerint az újszülött sajátságos nemi miliója mélyreható szövethatózó változás eredménye s ezt a változást valószínűleg az anyai szervezetből származó hormon hozza létre.

Irodalom: Dychno és Derjynskij: Ref. Zbl. f. Kinderheilk. 23. 523. — Jötten: Arch. f. Hg. 94. 3—4 — Smorodizew és Tschumakova: Ref. Zbl. f. Kinderheilk. 23. 794. — Soeken: Zt. f. Kinderheilk. 40. 727. — Zwolinszky és Truszkowszky: Folia clin. chem. et microsp. I. 5. — Jaschke: Die normale u. pathologische Genitalflora u. das Fluorproblem; im Handbuch von Halban—Seitz III. — Schröder: Lehrbuch der Gynäkologie.

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

A vesekarbunkulusról.*

Irta: Guszich Aurél dr. egyetemi tanársegéd.

A szervezet bármely helyén jelenlevő genyedő folyamatokkal egyidejűleg, illetve azt követőleg nem ritkán találkozunk az ágyéktáj tályogjaival (para-, perinephritikus) és a vesetokban, illetve a parenchymában keletkező kisebb-nagyobb kiterjedésű genyedésekkel.

Ami a karbunkulusnak a vesében való előfordulását illeti, az irodalomban közölt esetek száma 80 körül mozog. Végeredményben nem is olyan ritka; fel nem ismerése azonban nagy veszélyt rejt magában, sokszor a betegnek életébe kerül.

Vesekéregtályog létrejöhet: 1. *véráram útján* rendszerint staphylococcus-fertőzéshez társul (furunculosis, phlegmone, panaritium, periostitis stb.). A *véráram útján* támadt fertőzés a kéregben kezdődik, közel a tokhoz (subcapsularis) és periferián igyekszik terjedni. A folyamatra jellemző a kéregre való helyezkedés, amely teljes gyógyulásra hajlamos, ha idejében avatkozunk be. Ezek a kéregtályogok lehetnek *körülírtak és többszörösek*. Morris hangsúlyozza, hogy a vesekarbunkulust nem szabad összetéveszteni vesetályoggal. A karbunkulust jellemzi a nagy központi elhalás, amely számos kis tályogocskától van körülveve. A genyekeltő coccusok az erek közvetítésével jutnak a vesekéreghez szemben a coli-typhus-csoport baktériumaival, amelyek az ú. n. 2. *urogen* tályogokat képezik. Ezek a felső, alsó húgyutak, illetve a vesében lévő pangás miatt támadt pyelonephritis következményeként támadnak. A coli-typhus-csoport bakteriumai a húgycsatornácskákból tovaterjedve, többnyire az egész vese fertőződését hozzák létre. Az ily módon támadt tályogok a velő és kéreg állományában foglalnak helyet; 3. a *lymphogen* fertőződés lehetősége még nincs teljesen tisztázva. Újabban Teichmann, Krause és Lehdorf-nak sikerült az ureter nyálkahártyájában is nyirokereket kimutatni, melyeknek három szakaszát különböztetik meg:

a) A legalsó ureterszakasz nyirokerei a hólyag- és a hypogastrikus-mirigyekkel vannak kapcsolatban.

b) A középső szakaszéi az aorta, v. cava és art. iliaca comm. nyirokcsomóhoz futnak.

c) A felső szakasz nyirokerei pedig a vesemedence és vese nyirokereivel, másrészt az aorta és v. cava nyirokcsomóival közlekednek. Ezen nyirokerek közt benső kapcsolat van, amint azt *Bauereisen* pontos szövettani készítményeken bebizonyította. *Stahr* szerint a vesetok nyirokerei a kéreggel vannak szoros vonatkozásban, ahol ezek sűrű hálózatot alkotnak. Ezen megfigyelésnek nagy jelentősége abban van, hogy a felszálló fertőzéskor pyelonephritis nélkül is keletkezhetnek hamarosan, mégpedig igen gyorsan kéregtályogok az ureter és hólyag nyirokerein keresztül hevenyen felterjedő fertőzések következményeképp.

A vesekarbunkulus klinikai lefolyásában *Prives* három szakaszt különböztet meg: 1. körülírt karbunkulust, 2. másodlagos peri- és paranephritist, 3. áttörést a vesemedencébe — pyelitist.

Mint elősegítő tényezőt szerepeltetik a traumát (*Kreisburd*), de enélkül is elég gyakran előfordul. A vesebetegségek, a nephroptosis kivéve, itt nem jönnek tekintetbe.

Számos statisztika egybevetéséből megállapítható, hogy a betegség férfiakon gyakoribb mint nőkön (*v. Lichtenberg*

* Az Urológiai Társaság 1934 június 3-i ülésén tartott előadás.

szerint mindkét nem egyformán fordul elő) és minden korban támadhat, mégis a leggyakoribb a 20—40 év között.

A betegség klinikai tünetei nagyrészt fedik a paranephritikus tályog tüneteit. A betegség hevenyen jelentkezik; de lappangva is kifejlődhetik. Jellemző a közérzet nagyfokú zavara, láz, hidegrázás és görcsös fájdalmak; utóbbiakat a betegség elején igen rosszul lokalizálja a beteg. Az ágyéki táj fájdalmassága aránylag később fejlődik ki. Vizeletváltozások sokszor hiányoznak, legfeljebb fehérsejtek és fehérjenyomok mutathatók ki. Vérben leukocytosis. Pyelographia (i. v. és retrogad) sokszor negatív, de gyanús telődési hiányt is kaphatunk. Veseműködés-kiesés a betegség kezdetén nincs, később többnyire a kóros oldalon megnyúlik a kiválasztás ideje. A hólyagtükrözés rendszerint semmi kórosat nem mutat. Karbunkulus esetén a vese megnagyobbodott: a beteg vese nem mozdul el, a lumbalis izomzat kissé feszesebb, úgyszintén kismértékű izomvédekezés érezhető a kóros oldali vesemedencetájnak megfelelően. Az érzékenységen kívül mindig tapintunk a vesetájon ellenállást. A vese lélegzőkor nem mozdul el; utóbbi jelre *Mathe* hívta fel a figyelmet. Igen fontos tünet a beteg oldali rekeszfél magasabb állása és rögzültsége. A kólikás vesefájdalommal szemben a *helyi vesefájdalom* és annak keletkezése meglehetősen elhanyagolt. Mindenestre tény az, hogy a fájdalom nem izomgörcs útján keletkezik, ez egyezik a klinikai tünetekkel; a fájdalom oka a vese fokozottabb feszültsége (pyelum, parenchyma és tok).

Earlam és *Lee Brown* mikroszkópos vizsgálattal kimutatták, hogy a vesetokban kétféle ideg halad, *vasomotoros* és *specifikus*, mindkét idegféleség a plexus renalisból ered. Míg a vasomotorok velőshüvelynélküliek, a specifikusok velősburkúak. Az előbbieket a vese ereit kísérve csatlakoznak az art. interlobulareshez; utóbbiak az erek mentén haladva, azokkal kapcsolatba nem jutnak, hanem az ereket elhagyva, sok ágat adnak a tok kötőszövetéhez. Élettani kísérletekkel kimutatták, hogy a *vesetok-plexus* a vérmenyiség reflektórikus szabályozását szolgálja, amely a veséken keresztüláramlik. Ezek a specifikus tokidegek érzők, amint az *Papini* klinikailag is megfigyelte, amelyek a lokalizált vesefájdalmat okozhatják; ezeknek a vesekeringésre hatásuk nincs. A helyi vesefájdalom előáll fokozott intrarenalis feszülés miatt a vesemedence és a tok idegeinek vöngálása következtében. A fájdalom arányos a vesebeli feszülés gyorsaságának fellépésével. Hasonló a fájdalom a pótló hypertrophiában egyik vese eltávolítása után; itt a fájdalom tisztán tokfájdalom; hasonlóképp vesekarbunkulus, tokabscessusok és fibrinosus perinephritis esetén. *Stöhr* és *Lehmann* vizsgálatai kimutatták, hogy a vesefájdalom oka az esetek legnagyobb számában perinephritis és a fájdalom mindenkor a vesetokidegek közvetlen izgalma révén áll elő, tehát a vesetokhántás (decapsulatio) is ezen idegek közvetlen kikapcsolása útján hat eredményesen. A karbunkulus vérbőséget tart a vesében, ennek igen gyakori következménye a vérzés, tehát az idegek direkt nyomásnak vannak kitéve a tok megfeszülése miatt. Hasonló elváltozások néha teljesen tünetmentesen folynak le, ezért bizonyosfokú hajlamosságot is fel kell tételezni (általános vagy egyenest a szervre lokalizálódó érzékenységet a vegetatív idegrendszernek).

A lappangás ideje az eredeti genyedő folyamattól vagy fertőző megbetegedéstől számítva néhány naptól néhány hónapig terjed.

A kórjelzés a kórelőzmény, a klinikai tünetek és a helybeli vizsgálati lelet pontos figyelembe vételével rendszerint nem nehéz. Mégis előfordulnak téves kórhatározások; ennek oka: egyrészt jelentőség nélkülinek tartják az elsőleges fertőzést, másrészt mivel általános fertőzésről van szó és a helybeli tünetek csak fokozatosan fejlődnek ki, a legkülönbözőbb kórképeket utánozhatják (appendicitis

salpyngitis, cholecystitis, acut pyelonephritis, peri-, paranephriticus tályog, influenza, hasi hagymáz).

A beteg oldali vesetájék érzékenységen kívül *Vasiliev* a 12-ik borda tájára helyezkedő fájdalmat negatív cystoskópiái lelet mellett tiszta vesekarbunkulusra kórjelző jelentőségűnek tartja; annál inkább, mert egyéb fájdalommasság karbunkulusban nem szokott jelen lenni. Dysurias panaszok csak másodlagos pyelitis és pyelonephritis esetén lépnek előtérbe. A vizelet sokáig tiszta, ha a folyamat kizárólag a kéregben van és a húgycsatornácskákkal semminemű vonatkozásban nincs. Az esetek többségében a húgycsatornácskák toxikusan bántalmaztatnak, amiért is a vizeletben vörös és fehér véresejteket találunk. A vizelet reakciója többnyire savi. Pyelographia az esetek legnagyobb részében semmiféle támpontot nem ad. A veseműködés csak akkor sérült, ha a folyamat a mélybe terjedt, illetőleg nagyobb veseparenchyma hiányt okoz; vagyis ha a folyamat a *Prives*-féle második vagy harmadik szakaszba ment át, paranephritikus tályog vagy pyelitis formájában mutatkozik.

Acut nephritis aposthematosával szemben néha nehéz az elkülönítése a vesekarbunkulusnak; itt figyelembe veendő, hogy a beteg sokkal septicusabb küllemű és lázai magasabbak, mint vesekarbunkulusban.

A II. sz. sebészeti klinikán a különféle genyedések kapcsán támadt paranephritikus tályogokra most nem akarunk kitérni, nemrég operált vesekarbunkulus esetünket is azért tartjuk érdekesnek, mert súlyos terhességi, illetve gyermekágyi colipyelitisszel szövődött. A tünetek alapján a folyamatot a *Prives*-féle beosztást figyelembe véve, annak harmadik szakaszának tarthattuk volna (kis góc áttörése a pyelumba), csak a negatív pyelographiái lelet szökött ellene.

119/1934. sz. H. I.-né 23 éves nőbeteg. Három hóval azelőtt rendes szülés és gyermekágy; már a terhesség alatt is volt pyelitis, előbb jobb-, majd baloldalt. A szülés után két héttel bal emlőjében gyulladás támadt, amely ismételt bemetszések (subfascialis és subpectorális abscessus) után hat hét múlva gyógyult. Az emlőlob gyógyulása után öt héttel erős vizeleti ingerről és görcsös hasi fájdalomról panaszkodott. Felvétele előtt két nappal hidegrázása volt és hányt, azóta állandó láz. Felvételkor a beteg hasa diffúze érzékeny, az egész has mérsékelten puffadt. A vesetáj mindkét oldalt csak kis fokban volt érzékeny, izomvédekezést nem tapintottunk. A beteg rendkívül erős, görcsös fájdalomról panaszodik, de helyüket pontosan meghatározni nem tudja.

A meteorizmus, görcsök, hányás, hidegrázás és nagy láz miatt heveny hasi megbetegedésre gondoltunk. Mivel határozott izomvédelmet nem találtunk a hasban, s a görcsöket a beteg később mégis inkább baloldalt a deréktájon érezte, vesekő vagy pyelitis lehetőségét tételeztük fel és elvégeztük a cystoskopiát illetve u. k.-t.

Hólyagtükrözés: a vizelet zavaros, mosásra nehezen tisztul, a hólyag nyálkahártyája egész kiterjedésében duzzadt, vérbő, különösen a trigonum és a bal ureter szájadék környéke. J. o. ureter szájadék szabad. B. o.-t zavaros akció látszik.

Az ureter katheter mindkét oldalt akadálytalanul felvezethető; baloldalt sűrű cseppekben zavaros vizelet csepeg, 15 ccm retentio leszívható. A szeparált vizeletben b. o. colibaktériumokat találtunk.

Indigókarmín: i. v. mindkét oldalt négy perc elteltével megjelent. Röntgen síma vesefelvételen kőárnyék nincs, eltérést nem találtunk. Pyelographia: kissé tágabb vesemedence, egyéb eltérés nincs.

A bal vesemedence öblítése állandó u. k.-n keresztül, — melyet öt napig hagytunk bent — valamint az i. v. rendszeresen adott *amphotropinra* a pyelitis meggyógyult,

a javulás azonban csak átmeneti volt. A betegség későbbi napjaiban az állandó magas láz miatt miliaris tbc. (tbc.-s családi kórelőzmény) és typhusra is gondoltunk. Vizelet, vér és bélsár typhusra, és paratyphusra negatív. A vérkép határozott balratolódást mutatott, s a fehérvérsejtek száma állandóan emelkedett: 14.300, 20.000, 28.600. Pontos belgyógyászati és röntgenvizsgálat gümőkórra negatív volt, tehát ezekkel nem kellett számolni. Majd a hidegrázás és a májtájéki érzékenysége miatt májtályog lehetőségére is gondoltunk. Jól mozgó rekesz, szabad sinus (subphrenikus) és dífense hiánya ellene szóltak. Két nappal a műtét előtt a bal vesetájéki határozott érzékenysége és az izomzat feszes volta miatt paranephritikus tályog is szóba került, ezért próbapunkciót végeztünk: eredménytelen volt. A beteg állapota rosszabbodott, hidegrázásai szaporodtak, s mivel a kórelőzmény alapján az elsőleges bakterium (gyulladás) gócot az emlőlobban kell keresni, feltételezhető volt, hogy vesében levő, tehát operációval befolyásolható gócnak kell jelen lenni, ezért a bal vese feltárását határoztuk el. Műtét (*Bakay* professzor): behatolás a *Bergmann-Israel*-féle vonalban. A vese feltárásakor kitűnik, hogy zsíros tokjával, a zsíros tok pedig a psoas izomzattal szívosan összenőtt. Tapintásra kőkemény, a környezet mindenütt vízenyős. A környezettől kissé elkülönítve, a vese zsíros és fibrosus tokját átvágtuk: a vese kérgén elhíntve apró köleslencsényi genyes góccok láthatók. A vese alsó végdarabján egy mogyoró nagyságú három kis tályogocskától körülvett vesekarbunkulus. A vesét egészen meghántottuk és jodoform gázecsiszakkal kidraináztuk. A hasfalat kissé összehúztuk.

Szövetani lelet a karbunkulus falából: leucocytákkal átszótt veseszövet darabka, a glomerulusok még helyenként felismerhetők. A karbunkulus genyéből *staphylococcus aureus* tenyésztett ki. Megjegyzendő, hogy a többszörös bakteriológiai vérvizsgálat mindig negatív volt.

A műtétutáni kórlefolyás síma voltát egyízben a 12. napon zavarta meg a hőmérséklet 38° C. fölé ugrása; ezt a vesemedencében levő retentio okozta, melyet megfelelően kezeltünk. A nagymértékben legyengült beteg a műtét után négy héttel gyógyultán távozott s három hónap alatt csaknem 16 kg-ot hízott.

A kórkép — mint esetünkben is — sokszor homályos, főképp a hasi tünetek és a fájdalomnak néha görcsös jellege miatt. Megnehezíti a kórjelzést a sokszor teljesen negatív urológiai lelet.

A kórelőzmény figyelembevételével, az összes, főleg a vese részéről mutatkozó helyi tünetek pontos mérlegetelésével s a vérkép, valamint a röntgen segítségével sikerült a kórhatározás.

Bizonytalan esetekben mindig elvégzendő a próbafeltárás, *Pugh* különösen hangsúlyozza annak fontosságát, hogy ettől a beavatkozástól ne húzódozzunk és ne várjunk soká a műtéttel: u. i. a prognózis jó, ha a műtét időben történik. A therapiát illetően a feltárás, tályognyitás, tokhántás és nephrectomia felől a szerzők eltérően vélekednek. *Dick*, *Köhler*, *Smirnoff* első helyre teszik a nephrectomiát. A szerzők másik nagyobb csoportja viszont ellene van a vese eltávolításának, mivel a toklehántás és drainage révén biztosítottuk a fertőző anyag lefolyását, mire a vese rendszerint hamarosan magához is tér. *Lazarus* hangsúlyozza, hogy a vesét sohase vegyük ki, legalább is az első műtét alkalmával nem, bármily súlyos is a beteg állapota. Hasonlóképpen *Morris*, *Brush*, *Bakay*, *Bughbee*, v. *Lichtenberg*, *Mathe* stb. még multiplex vesetályog esetén sem veszik ki a vesét mindjárt, hanem széles feltárás után elszigetelik a környezettől.

A kezelés tekintetében szigorú szabályok nem állíthatók fel, minden esetben az előttünk lévő kórképnek meg-

felelően kell eljárunk. A konzervatív módszerek közül a legkímélőbb a karbunkulusnak ujjal történő enucleatioja, ha ez nem lehetséges decapsulatio és széles drainage kifelé.

Irodalom: *Albert* und *Drexler*: Urol. Rev. 1931. 35. 703—705. — *Barth*: Arch. f. klin. chir. 1920. 114. kt. 2. f. — *Colmers*: Zeitschr. f. urol. chir. 1924. 14. kt. 2350. — *Earlem* und *Lee Brown*: Austrial A. N. Zld. J. Surg. 1931. 1. 266—276. — *Fischer*: Dtsch. Z. chir. 1930. 222. 228—273. — *Illyés*: Fol. Urol. VIII. 11 és Z. Urol. chir. 1929. 28. 298—314. — *Israel*: Zeitschr. f. Urol. 1913. 7. k. 273. — *Köhler*: Ztrlb. f. chir. 1929. 1927—1931. — *Lazarus*: J. of Urol. 1929. 21. 353—362. — *Mathe*: J. Amer. Assoc. 1929. 93. 1862—1868. J. of Urol. 1930. 24. 119—140. — *Mező*: O. H. 1927. 71. évf. 15. sz. 398—400. — *Pugh*: Long. Island. med. Journ. 1927. 21. kt. 11. sz. 633—639. — *Weiner*: Z. urol. chir. 1929. 27. 1—12.

A MÁV-kórház I. bőrbetegosztályának közleménye (főorvos: *Sellei József*).

A kloazma gyógyítása citromnedvvel (C vitaminnal) és higanyos kenőccsel (mercurollal).

Irta: *Sellei József dr.*

Régebbi idő óta megállapítható, hogy a pellagra némely formájában a hiperpigmentáció és a többi tünet vitaminokra (B. és D. vitaminokra) eltűnik. Ez indított arra, hogy kloazma esetében is B. és D. vitaminokkal kísérletezzem, azonban sikertelenül. Később, amikor kiderült, hogy *cortigén*nel, vagyis a mellékvesekéreg kivonatával az Addison-féle betegségben jó eredményeket lehet elérni, különböző bőrpigmentációk és kloazma esetében is *cortigen*-injekciókkal kísérleteztem, azonban eredményt ettől sem láttam. *Szentgyörgyi F.* arról referált, hogy a mellékvesekéreg egyik alkotórészeivel, a hexuronsavval a bőr hiperpigmentációja javítható s mivel véleménye szerint a hexuronsav C-vitaminnal azonos, felvetődött a gondolat, vajjon lehet-e a C-vitamint, amit később ascorbinsavnak nevezett el, hiperpigmentáció gyógyítására felhasználni. Ebben az irányban végzett kísérletek kedvezők voltak. *Moravitz* és *Schröder* egy scorbutos betegén, kinek véletlenül az arcán chloasmaszerű melanosisa is volt, C-vitaminra, amit ascorbinsav formájában adtak, az erős pigmentáció eltűnt. Egy másik kedvező kísérletről *Szüle D.* számolt be. Egyik esetében a citromban levő hexuronsavat, vagyis a C-vitamint használta fel a nyilvánvalóan Addison-szerű hiperpigmentáció eltüntetésére. Esetében naponta 2—3 citromnedvét alkalmazta limonádé alakjában és néhány hét múlva a homlokon, tarkón, majd a kézhatáron és a bőr többi helyén a sötétbarna, valamint a száj nyálkahártyáján lévő kékeszürke foltok lassanként eltűntek s az előbb valósággal négerszínű beteg kreolszínűvé változott.

Az állatkísérletek már nem ilyen kedvezők. *W. Jadasohn* és *F. Schaaf* kísérleti úton a tengerimalac emlőbimbóján hiperpigmentációt idézett elő, amit ascorbinsavval, vagyis C-vitaminnal kezelt, azonban eredmény nélkül, miért is arra az eredményre jutott, hogy az ascorbinsavnak nincsen depigmentáló hatása a pigmentképző bőrsejtre.

A dermatoterapiában a kloazma depigmentálására már régóta használják az *Unna*-féle mercurpraecipitatos + bismuthos olajat (Rp. Mercur. ppit. albi + Bismuthi subnitr. + Glycerini + Olei sesami aa 2,5 gr), amellyel sok esetben a chloasma jelentékeny elhalványulását lehetett elérni. A *Szüle*-féle citromkúrával, amelyet több esetben használtam, szintén lehetséges volt egyszer-másszor chloasmban a hiperpigmentációt javítani. Azonban a jó eredményekkel szemben gyenge hatásokat is észleltem.

Teljesen megváltoztak azonban az eredmények, amikor a két eljárást egyesítettem, vagyis külsőleg a praecipitatumos olajat, belsőleg pedig csupán citromlét, később más C-vitamintartalmú gyümölcsöt, zöldpaprikát, paradicsomot is használtam. Az előbb még barna, nem ritkán szinte feketésbarna hiperpigmentáció, amely az általam leírt »keresztformában« a homlok közepét vagy szélét, a »maseter formájúaknál« az orcákat, szájkörüli bőrt, stb. elékelenítette (Sellei J., Gyógyászat 1930, A kloazma okai és formái) halványodni kezdett, helyenként a pigment szinte kikopott, t. i. a bőr itt gyengén hámlott és depigmentált fehér körök váltakoztak szürkés-barnás foltokkal. Azonban több esetben nem következett be a kéneső okozta hámlás, hanem a dekoloráció anélkül is lassan bekövetkezett és a sötét foltok lassanként elhalványodtak, majd amit azelőtt a higannyal tökéletesen nem tudtunk elérni, néhány hét múlva nyomtalanul eltűntek; a kloazma több esetben végkép meggyógyult. A gyógyulás 3—4 hónapi, némelykor csak 4—5 hónapi kezelés után következett be. Legtovább ellentállott a száj körül és a superciliumok fölött. Néhány esetben a sötét, fekete-barna kloazmák gyorsabban és tökéletesebben tűntek el, mint a világosabb barnák. Vajjon más eredetűek a sötétebbek, mint a világosabb színűek, nem volt eldönthető. 15 hosszabb ideig észlelt eset közül 5 esetben nyomtalanul tűnt el a pigmentáció, 6 esetben gyenge nyom, 4 esetben pedig erősebb nyom maradt vissza.

Feltűnő, hogy a gyógyulás a nyári hónapokban is tartott, amelyek tudvalevően az inszoláció következtében nagyon kedveznek a kloazmafejlődésnek. Tartós-e ez a gyógyulás? ezt a további észlelés fogja mutatni. A kezelés természetesen egyéni és szükség esetén, szünetek beiktatásával hosszabb ideig is tarthat. Célszerű azonban, hogy az említett praecipitatumos keveréket az első két napon kisebb helyen csak egy-két óráig alkalmazzuk, hogy előbb a beteg arcbőrének érzékenységét a higannyal szemben megállapítsuk. Ha a higany nem okoz bőrgyulladást, a kenőcsöt 10—12 óráig a bőrön hagyhatjuk, majd meleg vízzel lemosuk. A kezelést többnyire heteken át minden ártalom nélkül folytathatjuk. Ha a kezelés folyamán keletkezik bőrirritáció, vörösség, gyulladás, természetesen szintén abba kell hagyni a higanyos kezelést és csillapító kenőcsöt kell alkalmazni.

Általában érzékenybőrű egyéneken előbb 10%-os mercur ppit.-al kezdjük meg a kezelést és csak később térünk a 15%-os, majd 25%-os keverékre. A bőrt előbb szappannal és melegvízzel megmossuk, megszáritjuk és csak azután használjuk a keveréket. A citromléből naponta kb. 80—100 cm³-t ajánlunk, ami 3—4 citromból nyerhető. A citromlét cukorral, vízzel mint limonádét itattuk, amit általában jól tűrtek. Csak egy esetben okozott oly erős gyomorégést, hogy a kezelést abba kellett hagyni. Ezenkívül naponta egy-két narancsot vagy almát, körtét, zöldpaprikát, paradicsomot is ajánljunk, ami szintén C-vitaminos kezelésnek felel meg.

Számos esetben elért igen jó eredmények alapján felvehető, hogy a mercur praecipitatum bizonyos származású pigment dekolorációs hatását az egyidőben használt C-vitamin (ascorbinsav) fokozza és ennek kell tulajdonítani a két szer kombinációjának kedvező hatását a kloazmára. (Lásd Sellei J. A dermatitis atrophicans kezelése fermentekkel. O. H.) Melyik hiperpigmentáció és kloazma típusra, vagyis melyik pigmentfélére hat legjobban ez az eljárás, azt a további tapasztalat fogja mutatni.

Ugyancsak további vizsgálatok fogják eldönteni, vajjon a kikristályosított C-vitamin jobb hatású-e, mint az eddigi formában alkalmazott növényi C-vitamin, vagyis a citromlé, narancslé, alma, paprika, stb. Mindenesetre tekintetbe kell venni, hogy főleg olcsóságuknál fogva is az említett nyersanyagok előnyben fognak részesülni.

Súlyosabb esetekben mindenesetre a kristályos formában előállított ascorbinsav jön tekintetbe, valamint azokban az esetekben is, ahol sub- vagy anacid gastritis a belsőleg adott ascorbinsavat — mint azt újabban Banke is kimutatta — hatástalanná teszi. Talán ennek tulajdonítandó, hogy egyes esetekben a kloazma eltűnése sem volt teljes. A kristályos ascorbinsav belső alkalmazáskor tehát az egyidejűleg szükséges belsőleg rendelendő savmennyiségéről is gondoskodni kell.

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Kétly László ny. r. tanár).

Az érlemeszesedés és a here belső elválasztásos működése közötti összefüggések.

Kristályos herehormon hatása a vércholesterin-tükörré*

Irta: Rósa László dr. egyetemi tanársegéd.

Magyarországon Kanócz és László mutatták ki azt, hogy a cholesterinnel táplált nyulak aortája típusos sclerosis elváltozásokat szenved, amelyek egyidejűen lecithin-nel táplált állatokon kimaradnak. A régebbi vizsgálok egész sora ki tudta mutatni a hypercholesterinaemia és a magas vérnyomás, illetőleg az érlemeszesedés együttes előfordulását. Kanócz és László érdeme a cholesterin-lecithin antagonizmus szerepének beigazolása volt.

Vizsgálataink megindítására az az elméleti elgondolás készített, amely szerint, ha a férficlimacterium bekövetkezése időben összeesik az érlemeszesedés kezdeti megjelenésével, akkor a két kórkép előidézői oka között valamely közös kiváltó ok szerepét kell keresni. A belsőelválasztásos rendszer szerepe a zsíryanagcserében pár év óta foglalkoztatja a kutatókat. Ez a szerep a legtöbb incretorikus mirigyre vonatkozóan tisztázást is nyert. Elgondolásunk az volt, hogy ha a herehormon módosító befolyását a zsíryanagcserére egynémely mozzanatra kimutatni sikerül, így első sorban a cholesterintükörré, akkor a hereműködésnek az ötvenes években beálló és feltételezhető csökkenése kellő elméleti áthidalásul fog szolgálni a magas vérnyomást kísérő cholesterin-szaporulat belsőelválasztásos eredetének magyarázatára.

Tudjuk azt, hogy a mellékvesekéreg hormonja csökkenti a vérsavó cholesterintükört. (Aristide Poli, Maranon.) Ugyanígy csökkenti a cholesterintükört a pajzsmirigy hormonja, valamint a thyroxin, az adrenalin, az ephedrin (Poli, Butturini, Westra, Kunde, Hurxthal) és az insulin (Senji Kusaka). Senji Kusaka vizsgálat tárgyává tette a teljes hereszövet kivonatának hatását és azt észlelte, hogy ez a kivonat szintén csökkenti a vércholesterintartalmát. E vizsgálatokkal szemben cholesterin szaporító hatása van a lép (A. Chillá), a thymus (Poli) és a női folliculus (Vara-Lopez és Thorbeck), valamint a máj (F. Gebhardt és J. Klein) kivonatának.

Tudomásunk szerint kristályos herehormonnal végzett vizsgálatokról az irodalom még nem számolt be. Kézénfekvőnek látszott a gondolat, hogy amennyiben a climacterium korában beálló sexualis hormonszegénység és a cholesterinaemia között ténylegesen van összefüggés, akkor a kristályos herehormonnak a vércholesterintükört le kell szállítania. E feltevés beigazolására fiatal hím és nőstény nyulak véreinek seruncholesterintartalmát vizsgáltuk meg.

* A Nemzetközi Geografiai Pathológiai Kongresszus napirendjén Utrechtben, 1934 július 29-én tartott előadás.

Fel kellett tételeznünk, hogy amennyiben a kristályos herehormon a vér cholesterintükrét leszállítja, ez a kísérleti eredmény elfogadhatóvá fogja tenni az öregkori hypercholesterin aemia testiculogen összefüggéseit és egyben meg fogja adni egy esetleges későbbi behelyettesítő gyógyításnak oly lehetőségét, mely a climaxos működéscsökkenés pótlása mellett az érlemezésedés egyik kísérő tényezőjét (*Kanóc*), a hypercholesterinaemiát is meg fogja szüntetni.

A cholesterintükrör megállapítása után az állatok egy része négy napon át bőraláfecskendezve naponta két kakasegység kristályos herehormont kapott. Négy nap után ismét megvizsgáltuk az állatok vérének cholesterintükrét. A kezelt állatok megfigyelésével egyidejűleg kontrolállatokat állítottunk be a hormonhatás ellenőrzése céljából.

Táblázatos összefoglalás.

Kezelt állatok		Nem kezelt állatok	
Kezelés előtt	Kezelés után		
<i>Hímek.</i>			
1. 48 mg %	25 mg %	44 mg %	45 mg %
2. 46 » »	22 » »	48 » »	46 » »
3. 44 » »	26 » »	50 » »	48 » »
4. 46 » »	24 » »	45 » »	46 » »
5. 52 » »	30 » »	46 » »	46 » »
<i>Nőstények :</i>			
1. 84 mg %	46 mg %	78 mg %	75 mg %
2. 80 » »	38 » »	82 » »	80 » »
3. 78 » »	30 » »	80 » »	81 » »
4. 82 » »	40 » »	76 » »	78 » »
5. 72 » »	33 » »	68 » »	67 » »

Vizsgálatainkból kitűnik, hogy a herehormon a zsíryanycserét jelentékenyen befolyásolja. Hímállatok vérének cholesterintartalmát 4 nap alatt a kiindulási értékek felére, a nőstényállatokét felénnyel is alacsonyabbra csökkent. Feltételezhető tehát, hogy a klimaxkorabeli elhízás, a hypercholesterinaemia és az azt rendszeresen kísérő vérnyomásemelkedés a szexuális mirigyapparátus csökkent működésére, mint egyik részlet okra vezethető vissza.

A kísérletek kapcsán sikerült a herehormont abba a párhuzamos működésű ineretikus rendszerbe sorozni, amelynek tagjai a pajzsmirigy, hasnyálmirigy, mellékvesevelőállomány, mellékvesekéreg és agyfüggelék.

Gyógyítási célból jogosnak látszik annak a kísérleti megállapítása, hogy a sclerosisos és hypertoniás panaszokkal együtt jelentkező klimaxos kórjelenségek miképpen felelnek a kristályos herekivonat alkalmazására.

További kísérletek feladata a lecithin-anyagforgalom viselkedésének, valamint a cholesterin-lecithin hányados alakulásának a felderítése herehormon hatására.¹⁻²

¹ A meghatározásokat colorimetriás úton, *Autenrieth* szerint végeztük.

² A vizsgálati anyagot a Richter Gedeon vegyészeti gyár (Budapest) volt szíves *androfort* nevű készítménye alakjában a klinika rendelkezésére bocsájtani.

A szolnoki M. Kir. Bábaképző Intézet közleménye (igazgató: Konrád Jenő).

Egy új bemeneti (Barton) fogóról.

Irta: Várhelyi Béla dr. tanársegéd.

Az utóbbi években a császármetszés technikájának fejlődése magával hozta azt az irányzatot, mely még azon esetekben is, melyekben azelőtt a bemenetben megakadt fej problémáját, az élő magzat fejének perforációját kikerülendő, magasfogóval oldották meg, helyette a szülésnek császármetszés útján történő befejezését helyezte előtérbe. Sőt *Dörfler* egy az általa kidolgozott sajátos technikával

állítására szerint lázas állapotban operált szülönői közül egyet sem vesztett el. A *Kjelland*-fogó megjelenése után a sectio caesareának túlerős ajánlása némileg csökkent, de az utolsó években ismét szaporodtak azon hangok, melyek a magasfogót az anyára nézve a császármetszésnél veszélyesebb műtétnek mondják és azt kívánják, hogy a magasfogó a szülészszakorvos fegyvertárából lehetőleg kirekesztessék, mert a nagyobb magzati halandóság mellett állítólag nagyobb anyai halálózással is jár. Ezt a tételt, különösen vidéki viszonylatban ellentmondás nélkül nem lehet elfogadni, mert a *Kjelland*-fogó átlagos százaléknyi halálózásával szemben, miként azt a *Winter*-féle statisztika feltárja, a császármetszésnek (pl. Németországban) 1—33 % közt ingadozó anyai halálózása van. Miért? Azért, mert a császármetszés sikere függ: 1. Milyen értékű azon vidék bábasága. 2. Milyen a vidék orvosi karának szülészeti tudása. Mert ezen tényezők igen nagy befolyással vannak a császármetszés veszteségszámlájának kialakulásában az anya életére nézve. Ott, ahol ezen két tényező kellő színvonalú, a szülönőket sokkal gyakrabban fogják vagy a belső vizsgálat teljes mellőzésével, vagy csak egy orvosi belső vizsgálat után a szülőintézetbe szállíttatni és a beszállíttatással sem fognak késlekedni. Az ilyen szüléseknek császármetszéssel megoldása azután valóban egészen csekély anyai halálózással fog járnival. De ha a szülönő, mint ahogy az a szolnoki bábaképezde körletében oly gyakori eset, a beszállíttatást megelőzőleg 3—4 (esetleg több is) bábai és még 1—2 orvosi belső vizsgálat után kerül csak a szülőintézetbe, még a láztalanul felvételre kerülők közt is sokkal nagyobb a császármetszéssel kapcsolatosan jelentkező septikus fertőzés veszedelme, lázasok közt pedig ez a veszedelem megéppenséggel igen nagynak mondható és jelenleg még nincs olyan műtéti technikánk, mely ezt a veszedelmet nagy fokban csökkenthetné, még a *Dörfler*, *Gepfert*, *Fuchs* vagy *Sztéhló*-é sem.

Ezért a medencebemenetben megakadt fejnek magasfogós kifejtését azok, kiket ily megfontolások nem győztek meg arról, hogy a magasfogó lomtárba való műszer, még mindig és eléggé nagy számmal alkalmazzák, sőt a *Kjelland* óta megszerkesztett magasfogók (a *Zweifel*, *Lobenstine*, *Piper*, *Demelin*) száma, de a francia és angol nyelven megjelent tudományos kézikönyvek is szintén azt mutatják, hogy a magasfogó létjogosultsága szűkebbre fogott javallati határok közt ma is fennáll.

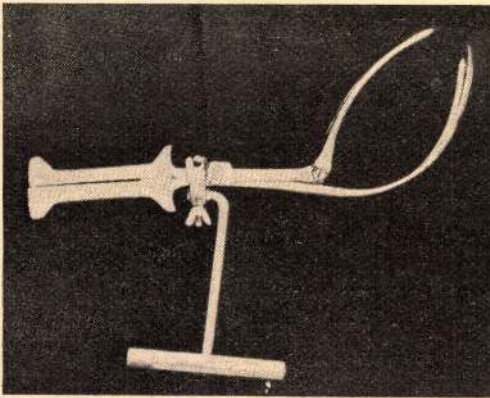
A magasfogó egyik fő követelménye, hogy a bemenetben megakadt fejre a bemenet egyenes átmérőjében legyen fölvehető. Ennek sem a nehéz brutális *Tarnier*, sem ennek finomított kiadása, a *Lobenstine*, sem az előbb említett fogófajták nem felelnek meg, mert a fejre csak a bemenet keresztátmérőjében alkalmazhatók. A kétségtelenül nagy haladást jelentő *Kjelland*-fogónak hátránya az, hogy a helyesen megragadott fejnek a medenceüregbe lehúzásakor a fogó nyeleit erősen kell süllyeszteni, ami gyakran erős lágyszöveti sérülésekkel jár, sokszor fölvezetése sem könnyű és gyakran lecsúszhatik.

Mindezen hátrányokat kiküszöbölendő, kb. 6 évvel ezelőtt *Barton* (U. S. A.) egy minden eddigetől eltérő szerkezetű magasfogót talált ki, mely kizárólagosan a medencebemenetben megakadt fejnek az üregbe lehúzására szolgál és csakis ezen célra. *Harper* 1930-ban megjelent tankönyvében ezt a fogót mondja a legtokéletebb bemeneti fogónak, mert felvezetése a bemenet egyenes átmérőjében könnyű, a fejet még asynclitismus esetén is jól ragadja meg, nem csúszik le és a vele való húzás, helyesebben a fogóra gyakorolandó nyomás elve a kíméletlen erő kifejtést még ki is zárja.

A *Barton*-fogó az eddig használt fogóktól főleg abban tér el, hogy a jobb kanál, amelyet vándoroltatva kell felvezetni, hátrafelé 90 foknyi elhajlást biztosító ízülettel van

ellátva, amely megkönnyíti a 180 fok alatt vándoroltatott kanálnak a symphysis mögé vezetését. A bal kanálnak erős medencegörbülete van, a zár pedig tökéletesen a *Kjelland*-ének másolata. A felvezetés és a kanalak zárása után a zárókészülék fölé egy húzószerszemet szerelhető fel, mely esetben a húzás, helyesebben nyomás, meredeken lefelé kell hogy történjen és amint a fej az üregbe lejutott, a *Barton* azonnal leveendő és a már lehozott fej az üregből bármely üregbe alkalmas fogóval könnyen kihozható.

A fogó használatának gyakorlati jelentőségére *Burger* mutat rá, amikor kijelenti, hogy mióta újabban a fogóműtétek száma növekedett, azóta a szülés alatt és szülés után elhalt magzatok száma csökkent. És ez alól nem kivétel a magasfogó sem! A véglet itt *Max Hirsch* felfogása, aki 1927-ben megjelent közleményében valamennyi kezdetől fogva rendellenesnek felfogott szülési esetet, így a bemenetben megakadt fejet is császármetszés útján taná-



csolt befejezni. Ezzel szemben *Gauss* 1930-ban »Kaiserschmittsdämmerung« című cikke igen elítéli a szülési rendellenességeknek mindenáron császármetszéssel történő megoldását. Egyelőre tehát úgy áll a helyzet, hogy a józan középút, vagy talán helyesebben kifejezve a megfelelő individualizálás kell hogy a szülést vezesse a műteti javallat felállításában. Hogy mást ne említsék pl. feltétlenül igen gondolkodóvá teszi a szülést egy olyan határozottan császármetszésre alkalmas eset, ahol a sterilizást alig ismerő falusi bába egy ilyen szülőnőt 4—5-ször is belsőleg vizsgál. Végül is hőemelkedéssel, szapora érlökéssel, talán 3 napja elfolyt magzatvízzel kerül az be az intézetbe és most tessék nyugodtan császármetszést végezni. Itt aztán még a *Dörfler*-féle eljárás sem igen segít és valóban nem is marad más hátra, mint megkísérelni a magasfogót és ha ez nem sikerül, az élő magzat fejét perforálni. Mert sajnos, a császármetszés még a legtisztább esetben sem »biztos műtét«, melyben az anya életbenmaradására biztos ígéretet lehetne tenni és mivel még a műtét sikere esetén is az uterusheg és a hasheg egy későbbi szülés alkalmával esetleg *locus minoris resistentiae*t jelenthet, nem nevezhető maradiságnak, ha az ilyen nem tiszta esetekben a szülésnek az anyára mégis csak kevésbé veszedelmesebb befejezési módjához folyamodunk.

A másik szempont, amit a császármetszés hívei szoktak említeni : az újszülött további sorsa. Erre vonatkozólag *Rehmann* 66, fogóval világrahozott gyermek után kérdezősködött utólag és bár ezek közül 15 (!) a fogótól komolyabb sérülést szenvedett, csak hármat talált olyat, kinél a fogóműtét és jelenlegi betegségük között némi összefüggés volt sejtendő. *Gauss* 70 hasonló esetében csak egy fejlődésében visszamaradt gyermeket talált, pedig éppen ennek esetében a fogóműtét véletlenül igen könnyű volt. *Hannes* 95 fogós esetében 3,8% szellemileg rosszabbul fejlődöttet talált, ugyanakkor azonban III spontán szülés

után 3,4%-ot. *Seitz* 175 fogós gyermek felől érdeklődve, a 12-ik életévükig bezárólag semmiféle hátrányt sem tapasztalt. *Caffier* 87 hasonló utánvizsgálata a fogós magzatok erős vitalitását mutatta, ugyanis 7—13 évig ezek közül csak három halt el. A gyermekek közül 16 született impressiókkal a fején, ezek közül is csak kettőnek volt határozott ideges zavara (2,38%).

Az irodalmi adatok tehát azt mutatják, hogy a spontán és fogóval született csecsemők utólagos halálzási arányszáma, valamint az úgynevezett fogóműtét utáni hátrányszázalék közt kifejezett különbség nemigen mutatható ki.

Láthatjuk tehát, hogy az úgynevezett »fogóártalom« alig jöhet számításba és véleményünk szerint azon álhálában született fogós magzatok, akik az álhálából fel nem éleszthetők, a fej hosszas nyomatása következtében rendszerint már a fogó alkalmazása előtt is olyan állapotban voltak, hogy császármetszés esetén is nagy valószínűséggel elhaltak volna.

Burger igen tanulságos statisztikája pedig éppen azt mutatja, hogy a fogó sűrűbb alkalmazása mellett aránylag kevesebb magzat hal el az első nyolc napon belül. Véleménye szerint a fogóműtétek után beálló agyvérzések oka nem annyira a fogóműtét, mint inkább az ezt szükségessé tevő méhbeli asphyxia, illetve a szülés elhúzódása, amely magával hozza a magzat életveszedelmét.

Természetesen egy pillanatra sem akarjuk azt mondani, hogy a Barton-fogóval aztán meg van oldva a nagy kérdés, de hangsúlyoznunk kell, hogy ezen műszer, különösen a vidéki szülőintézetek számára, hova igen gyakran szállítanak be oly túlélezelt szülőnőket, kiken a császármetszés a már említett okoknál fogva a várható septikus megbetegedés miatt Istenkísértésnek mondható, de akik élő magzat perforációját a lehetőségig ki akarják kerülni, nagyon hasznos és áldásos a maga szűk határok közé szorított indiciós területén belül.

Barton-fogó eseteink száma összesen 18 volt. Ezek között először szülő volt tíz, köztük idős primipara öt (30 éven felül). Normális medencéjű volt 11. A magzat fejének a bemenetben fennakadását okozó körülmények : Idős primipara öt ; túl nagy magzat egy ; *Litzmann-obliquitas* egy ; korai burokrepedés és fájásgyengeség négy. Első fokban szűk medence volt hét. Ezek közül egyaránt szűk medence négy ; laposan szűk medence három. Korai burokrepedés a 18 közül 11 esetben volt. Hőemelkedése volt öt szülőnőnek. Vidékről többszörös felsővizsgálat után került beszállításra 14. A beavatkozásra készített közvetlen okok voltak : magzati asphyxia hét (egy halott magzat) ; magzati asphyxia és cervixkinyúlás öt (egy halott magzat) ; cervixkinyúlás öt (két halott magzat) ; elhúzódo kitolás és láz egy. Az élveszületett 14 újszülött közül elhalt : lues congenitában (tizenharmadik napon) egy ; foramen ovale sept. cordis (második napon) egy ; sepsis intest.-ben (harmadik napon) egy. Közvetlenül a fogóműtét következtében intracranialis vérzésben elhalt egy. Fogóműtét sikertelensége miatt három perforatio, illetve kranioklasia történt. A Barton-fogó következtében létrejött melléksérülések : episiotomia tovább repedt egy esetben ; hüvelyrepedés egy esetben ; gátrepedés egy esetben ; méhszájszél berepedt egy esetben. Mind a négy elsőslegesen gyógyult. A 18 gyermekágy lefolyása : egyszer volt lázas egy ; háromszor volt lázas egy ; nyolcszor volt lázas egy (thrombophlebitis) ; nyolc napnál tovább volt lázas kettő (mindkettőnél ulcus, ill. exsudatum). Valamennyi egészségesen távozott. Az egészségesen elbocsátott magzatok közül : 3000 g-on aluli súlyú volt kettő ; 3000—3300 g súlyú volt kettő ; 3300—3600 g súlyú volt négy ; 3600—4000 g-ig volt kettő. 4000 g-on felüli volt egy. Valamennyi egészségesen bocsátott el és sorsuk felől tudakozódva mindannyian egészségesek és jól fejlődnek.

Láthatjuk tehát, hogy a teljesen kiképzett szülészszakorvos kezében a Barton-fogó határozott nyereség, de nem való gyakorló orvos kezébe, mert az eddigi jó eredményeket szakemberek is szülőintézeti környezetben érték el, míg a gyakorló orvosnak magasfógó végzését még csak megkísérelni is a szülőnő legnagyobb életveszélyét jelentené és ezért a Barton-fogó használata azok számára tartassék fenn, kik a császármetszés végzésében is járta-sak, de kik felelősségük tudatában ezt csak »tisztá« vagy valószínűleg tiszta esetekben szokták végezni és a fertőzött esetekben is minél több anyai és magzati élet megmen-tésére törekednek.

Irodalom: Thurn Rumbach: O. H. 925, 3. sz. — Salacz: O. H. 927, 4. sz. — Paul T. Harper: Szülészeti műtéttan, 1930. — Burger: O. H. 933, 1. sz. — Burger: O. H. 933, 35. szám. — Hannes: Neur. Zbltt. 1911. — Seitz: M. m. W. 1908, 12. sz.

LAPSZEMLE

Sebészet.

Peritonitis chronica fibrosa incapsulata. Dr. S. Brückner, Bielsko. (Zbl. f. Chir. 1934. 46.)

Szerző két esetet ismertet. Mindkét esetben ismétlődő részleges bélelzáródásra mutató tünetek miatt kellett hasmetszést végezni. Egyik esetben gyermekfejnyi, másikban karvastagságú képletet találtak a hasüregben, amit megnyitva, benne vékonybelet találtak. A belet beborító burok, mely egyik esetben lágy és hárttyavékony, másikban vastagabb és helyenként porckemény, részleges eltávolítása után mindkét beteg meggyógyult és panaszmentessé vált. Az irodalomban található kevés számú hasonló eset természetére vonatkozólag eltérőek a vélemények. Az eltávolított burok szövettani vizsgálata helyenként hyalinosan és meszesen elfajult, többé-kevésbé tömött kötőszövet képét adta. Egy esetben rugalmas rostokat lehetett kimutatni. A gyógyítás, mint minden a bél átjárhatóságát zavaró anatómiai elváltozásokor, csak sebészi lehet. A belet beborító zsák falának teljes eltávolítására nem kell súlyt helyezni, különösen, ha az a bélfal épségét veszélyezteti. Recidívát eddig még nem közöltek.

Ladányi József dr.

Extra- vagy transperitonealis behatolás a lumbosacralis symphathicus határköteg műtéte esetén? Dr. M. Kapis, Hannover. (Zbl. f. Chir. 1934. 46.)

Szerző reflektál K. H. Bauer közleményére és vele szemben az extraperitonealis eljárás mellett tör lándzsát. Az extraperitonealis behatolás szerinte semmivel sem körülményesebb a transperitonealisnál, viszont a hasüreg megnyitásának elkerülésével sokkal kíméletesebb. Az izmok altatásban kampókkal elháríthatók. Technikai nehézsége nem több, viszont gyorsan keresztülvihető eljárás. Mindkét oldali, egyidejű műtetnél ajánlatos a transp. eljárás, de rendszerint csak egy oldalon szokás végezni a műtetet, mert tapasztalás szerint annak kedvező hatása van a másik oldalra is. Az extrap. eljárás előnye, hogy a bélműködést alig zavarja meg.

Ladányi József dr.

Vita a pylorusról. Dr. M. Friedemann, Bochum—Langreder. (Zbl. f. Chir. 1934. 46.)

Szerző 12 fekély kiirtása céljából végzett gyomorreseccio esetén a pylorust bent hagyta. 3 meghalt, 4 kiújult. 80 esetben, midőn a pylorust is kiirtotta, 10 meghalt, de recidívát nem észlelt. Az egyébként rossz eredményt adó harántreseccio eredményei is megjavultak, midőn a pylorust is kiirtották. Az első szem előtt tartandó szempont a műtet veszélytelensége kell hogy legyen és csak másodsorban a késői eredmény. Ha megfelelő korai stádiumban végzünk eléggé radikális műtetet, úgy mindkét követelménynek eleget tehetünk.

A sav-viszonyok vizsgálatánál azt találták, hogy azok a műtétek jártak tartós eredménnyel, ahol sikerült a savtermelést a megfelelő gyomorresecció alapos kiirtásával leszállítani. A kiújulás valószínűsége egyenesen arányos a talált savértékekkel.

Ladányi József dr.

Serumshok, serumbetegség és azok kezelése. Arturo Buzello, Duisburg a. Rh. (Zentralblatt f. Chir. 1934. 34. sz.)

Szerző részletesen ismerteti a serumshok és serumbetegségek tüneteit és kezelését. A serumshok megelőzésére ajánlja, hogy a serumot sohasem adjuk intravenásan, hanem subcutan, illetve intramuscularisan. A beteget mindig kér-

dezzük ki, kapott-e serumot. Érdeklődjünk asthma és szénaláz után is, mivel ezek hajlamosítanak serumshokra. Ha már serumot kapott, akkor, mivel ez valószínűleg löserum volt, marhaserumot adunk. A desensibilizálás nem váltotta be a hozzáfűzött reményeket. A serumshok megakadályozására legjobb eljárás a narcosis, amire a sebellátás, illetve laparotomia miatt úgys szükség van. A már kifejlődött súlyos serumshok esetén azonnal 2 ccm cardia olt ajánl intravenásan. Utána subcutan 1 ccm adrenalint (1:1000) és nagyobb physiologiás konyhasó infúziót, emellett azonnal mesterséges légzést kell alkalmazni, míg a collapsus meg nem szűnik. A serumbetegség kimenetele sohasem halálos. Ajánlatos azonban a beteget orvosi megfigyelés alatt tartani, hogy collapsus vagy glottis-oedema jelentkezésekor ne történhessen baj. Legnagyobb szerepet a serumbetegség terapiájában a calcium játszik. A calcium-adagolás azonban csak tüneti kezelés. Szerző ezzel szemben biztos eredményű oki kezelést ajánl. Ugyanis ha a serumbetegség abból áll, hogy a befecskendezett antigen hatására keletkezett resorptiós testecskék még nem oldott maradéktestecskékké reakcióba lépnek, akkor ha a serum adása után 5—7. napon újabb antigen mennyiséget fecskendezünk be, vagyis antigenfelesleget létesítünk, a reakciót megakadályozzuk. Az elméletet a gyakorlat igazolta. Szerző a serumbetegség első tüneteinek jelentkezésekor az eredetileg adott serum 5 ccm-ét fecskendezte be subcutan s a serumbetegség egyszersmindenkorra teljesen eltűnt.

Molnár Jenő dr.

Pneumatosis cystoides intestini hominis. Dr. B. Nimet, Antalya (Törökország). (Zentralblatt f. Chir. 1934. 34. sz.)

A pneumatosis cystoides intestini hominis, más néven bélénphysema tünetmentes megbetegedés. Lényege, hogy a bélén számos cystaképződés van. Ezek levegőt tartalmaznak és belőlük a coli csoportba tartozó bacillust sikerült kitegyesztetni, mellyel állatokban hasonló megbetegedést idézhetünk elő. Jellemző, hogy pozitív bacillus lelet ellenére, a cysták megnyitása peritonitist nem okoz. Therapia: laparotomia. Szerző szerint a javulást valószínűleg a nyomásviszonyok megváltozása okozza. Az általa ismertetett beteget genyes parametritis miatt operálta. A has megnyitásakor a beléken számos subserosusan elhelyezkedő, levegővel telt cystát talált, melyek elpukkadva, jellemző coli szagot árasztottak. A parametritises genyben pedig gázképző coli bacillust mutattak ki. Szerző szerint az ismertetett eset a betegség bakteriomas eredetét bizonyítja.

Molnár Jenő dr.

Adat a traumás eredetű appendicitis kérdéséhez. Dr. Kurt Bartels, Wolmirstedt. (Zentralblatt f. Chir. 1934. 34. sz.)

Betegét munkája közben borjú hason rúgta. Azonnal heves fájdalmak jelentkeztek és 22 óra múlva már hashárttyagyulladás állapotba került. A laparotomia alkalmával a hasüregből zavaros exsudatum ürül és az appendix diónyira megvastagodott. Az appendix eltávolítása után a beteg hamarosan teljesen munkaképes lett. Az esetet a tipikus traumás appendicitisek közé lehetett volna sorolni. A szövettani vizsgálat azonban az appendix carcinoid elváltozását állapította meg minden gyulladás nélkül. Szerző az eset kapcsán felhívja a figyelmet a szövettani vizsgálat fontosságára és arra, hogy traumás eredetű appendicitist csak a legkimerítőbb vizsgálat után és szövettani lelet alapján diagnosztizáljunk.

Molnár Jenő dr.

Szülészet.

A méhnyak-rák sugaras gyógyításával nyert tapasztalatok. Nebesky. (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 97. K. 6. F.)

Szerző 119 rádium és röntgennel, tehát tisztán sugarasan kezelt méhnyakrák esetéről számol be. Az utóbbi években műtetet csak különleges javallat alapján végez (egyéb hasi daganatok, a beteg határozott kívánsága, stb.). Azt látta ugyanis, hogy a radikálisnak tartott műtétek után igen nagy a korai recidiva, ehhez jön még az elsődleges műteti halálozás, ami sugaras kezelésnél úgyszólván semmi. Kezelési módszerük: 3—4 hetes időközben kétszer 2400 mgr-óra rádium, — három hónapos időközben kétszer 110—120 HED %-os mélyadag öt mezőből. Fiatalabb, erőteljes betegeknek újabban háromszor 2000 mgr-óra rádiumot ad. Abszolút gyógyulás, a műtetre nem alkalmas eseteket is beleszámítva 19.3%.

Szántó Ignác dr.

A thyroxin befolyása a véralvadásra; adalék a thrombosis megelőzésére irányuló alkalmazásához. Fr. Kausch. (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1934. 98. K. 1—2. F.)

A thrombosis létrejöttében három tényező szerepel: 1. a véráramlás lassúbbodása, 2. a vér összetételének megváltozása, 3. endothel-sérülések.

A vér alvadási idejének megváltozására irányuló kísérletek azt eredményezték, hogy a pajzsmirigy-hormon csak kis mértékben növeli a vér alvadási idejét. Hogy mégis értékes szer a thrombosis megelőzésében, az egyéb hatásainak következménye. A thyroxin erőteljesebbé és szaporábbá teszi a szív működést és fokozza az anyagcserét. A véráramlás gyorsul; a veséknek bő vérellátása következtében a vizeletkiválasztás nő, anyagcseresalakok fokozottabb mértékben kerülnek kiválasztásra, ami másodlagosan befolyásolhatja a véralvadást és bizonyos mértékben endo- és extracutanok létrejöttét is megakadályozza. A hormon által feltételezett motoros nyugalanság is hathatósan támogatja a vérkeringést, jobban, mint a masszagnak némely fajtája.

A hamburgi női klinikán a betegek a műtét előtt öt napon keresztül naponta 2×0.30 gr thyreoidint (*Merck*) kapnak per os. A műtét napján és az azt követő napon az adagolás szünetel, azután az érelőkés minőségétől és a beteg közérzetétől függően 5–8 napon át újra napi 2×0.30 gr thyreoidint nyújtunk. Ha a beteg a műtét utáni második napon a per os nyújtott gyógyszert nem tűrné, akkor i. v. adunk 2 cm^3 thyroxint (*Schering*). Az esetleg fellépő thyreotoxikus tüneteket chininum hydrobromicummal, vagy még inkább gynergennel szüntethetjük meg. A thyroxin húgyhajtó hatása bő folyadék-pótlással ellensúlyozandó. Erre legalkalmasabb a természetes citromos víz, mert a citromsavnak a calcium megkötése következtében közismerten véralvadást gátló hatása van.

Rohonyi István dr.

Adatok a szeméremtest-rák pathológiájához. H. E. Eichenberg. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 108 K. 2. F.)

Szerző a berlini Stoeckel-klinikán 21 esztendei rákos betegforgalmának 177 vulvárak esetét teszi vizsgálat tárgyává. Ez a szám az összes nemzőszervekből kiinduló rákok 3–5%-a. Főleg idősebb korban fordul elő (55–70 év). Előfordulási helyét illetően túlnyomó a nagyajkak és csikló rákja. Szövet-tanilag leggyakoribb az elszarusodó laphamrák. A mirigyes szerkezet ritka. Kiindulási helye a Bartholin-mirigy, valamint vulva nyák- és izzadásmirigyei. Eseteik közé sorozza a clitorisból kiinduló két melanoblastomát is. Megjelenési alakja: kiemelkedő göb, elvirágzó növedék, életlen szélű beszűrődés vagy egyenetlen alapú fekély. A daganatok növekedésük folyamán gyakran kifelévesznek, olykor igen erős fájdalmat okoznak. Fejlődésük a méhnyak és test rákjánál lassúbb. Gyakorik az áttételek a környéki nyirokcsomókban. Szervi metastasis ritka. Legkorábban a clitoris rákja képez áttételt. Két basalsejtes rák esetükben nem tapasztalták a némelyek által hangoztatott jóindulatot. Ritkaság számba megy az az esetük, melynél a nagyajkak basalsejtes rákja a portióban képezett áttételt. Mint általában a rákok, úgy a vulvárak előidézése okát sem ismerjük. 14 esetben sikerült kimutatni felmenő ágban vulvárakot. Kausal-genetikum szempontból fontos a leukoplakia, amit a rák előstadiumának tartanak. A vulva másodlagos rákja vagy a környéki szervekből terjed rá, vagy távolabbi szervek, főleg a méhnyakrák metastasisa. Ide sorozzuk a Schuchardt metszésbe implantált rákot is.

Szántó Ignác dr.

Gyermekgyógyászat.

Előnyösebb-e az intra-, illetve subcutan védhímlőoltás a cutan oltásnál? Karl Kundratitz. (Kinderärztliche Praxis. 10. és 11. sz. 1934.)

Leiner professzorral együtt végzett intracutan oltást 13 éven át 1000 gyermekben. Technikája könnyű, kevés gyakorlattal elsajátítható. A tűt a beszűrődés helyétől még kb. 1 cm-re a bőr alatt előre kell tolni, nehogy a szűrt csatornán a lymphá visszafolyva, ott egy cutan reakciót kapjunk. A tűvel, mellyel beszűrünk, nem szabad a lymphát felszívni, előbb említett okból. Fontos, hogy az injectio az epidermis mélyebb rétegeiben történjen, ellenkező esetben pustula képződhet. 0.1 ccm-t injiciál, a tűkihúzás után alcoholpuffert szorít rá, utána jodtincturával megérinti. A lymphát steril vízzel hígítja és gyermekeken titrálja ki és azt a hígítást használja, mely a legkisebb reakciót adta.

Az immunitás beáll az oltástól számított 7–10. napon, amikor typosus localis reactio keletkezik, vagyis 1–4 cm kerületű infiltrált terület. Hőemelkedés rendszerint kicsi.

Vizsgálta az immunitást 238 intracutan oltott gyermekben. Két év előtt intracutan oltott gyermekeket vaccinált, akiknél még 100%-os immunitást talált. Három év előtt oltottaknál 90.9%, 4 évvel 80.8%, 5–7 évvel 79.8%. Ezek a gyermekek csak egy intracutan oltást kaptak. Két év óta két helyen el kb. 5 cm távolságban egymástól. A veszélyek ugyanazok, melyek cutan oltásnál is előfordulnak. Post vaccinalis exanthemat kevesebbet látott. Generalisált vaccinat néhányat látott ambulantiájukon, melyeket valószínűleg erősebb virulentiájú lymphá-

val oltottak. Igen erős localis reakciók is csak hibás oltási technikára vezethetők vissza. Az ő intracutan oltásai után ártalmat sohasem látott. Előnye az intracutan oltásnak: 1. a pustulaképződés elkerülése, miáltal oltásveszélyek, amelyek a hólyag tartalmának továbbvitelével történnek, elkerülhetők; 2. az oltás helyének secundár inficiálása lehetetlen intracutan oltásnál; 3. a csúnya nagy heg elkerülése; 4. enyhe és könnyű az oltási idő lefolyása; 5. a gyermekek fürdethetők.

Szerinte ezek az előnyök elébe helyezik az intracutan oltást a cutanoltásnak. Tömegtöltésnél a subcutan jobb. Az intracutan oltásnak nagy előnye még, hogy ecemás, intertrigós és exsudatív diathesises gyermekeket is be lehet oltani. Sok ecemás gyermeket oltott intracutan, sohasem látott ecema vaccinatumot, vaccina secundariát vagy generalizált vaccinat. Rachitikus, spasmophil, tuberculotikus gyermekeket is intracutan oltt igen erősen hígított lymphával, legfeljebb rövidebb idő múlva újraolt.

Hans Knauer: Hat éven keresztül intracutan oltott. Újraoltást csak 5-nél csinált, 4 negatív 1 pozitív eredménnyel. A negatívokat cutan is beoltotta, azok újból negatívak lettek. 100 csecsemőn végzett intracutan oltást, 13-nál negatív reakciót kapott. Ugyanakkor kontrollnak cutan oltást is végzett. Ott is ugyanazok negatív reakciót adtak. Lymphában lehetett a hiba. Tehát nem szabad azt mondani, hogy a negatív reactio az intracutan oltásnál több, mint a cutan oltásnál. Technikája ugyanaz, mint Leiner–Kundratitz-é. Reactio később keletkezik, mint cutan oltásnál, 10–11. napon, de még 3. héten láttak pozitívve válni a reakciót. Sohasem látott igen erős helyi elváltozást, secundár infectiót, magas lázat, vagy erős közérzet-alteratiót, generalisatiót. Szülők örülnek, hogy fürdethetik őket. Pastosus, exsudatív gyermekeknél előnyben részesül az intracutan oltás. Helyesnek találná az intracutan oltást a cutan mellé állítani.

Felix Schleissner: Technikája ugyanaz, csak mindig intracutan, sohasem subcutan adja. Ártalmat intracutan oltás után sohasem látott. Előnye a könnyű lefolyás és a vaccina secundaria és ecema vaccinatum veszélyének kizárása. Főindication intracutan oltásnál: exsudatív diathesises gyermekeknél.

Lütjohann: Az intracutan oltás esetében a praktizáló orvost két kérdés érdekli: 1. a védés tartama és hatásossága; 2. oltási idő lefolyása és veszélytelensége. Elsőhöz nem tud hozzájárulni. 200 gyermeket oltott, még igen erősen hígított lymphával is kapott gyermekökönlyni infiltratiót. Láz mérsékelte, sohasem látott komplikációt.

Oskar Kirsch: Immunitás cutan oltás esetén háromszor olyan erős, mint intracutanál. A cutan oltás után 5–7 év múlva revaccinálva 19.44%-ban fogamzott meg az újraoltás, míg intracutan esetén 58.33%-ban. Kundratitznak ezeket bemutatta, akit azonban meggyőzni nem tudott. Szerző szerint Kundratitz igen erősen hígított lymphával vaccinált és ezért nem fogamzott meg az újraoltások. Intracutan oltások után mély és széles lyukakat látott. Többre becslő Knopfelmacher által kidolgozott subcutan oltást, ahol technikai nehézségek nincsenek. Miután a szerző kevés subcutan oltást csinált, Knopfelmachertől tudta, hogy subcutan oltás után a legritkább esetben van pustulaképződés és az infiltratio áttörése is lehetetlen, ezt „előoltásnak” nevezi. Propagálja, hogy csecsemőket subcutan oltanak és 2–3 év múlva, tehát az immunitási idő letelte előtt cutan oltást végezzenek, hogy a helyi és általános reakciók enyhébben jelentkezzenek. A lymphát pedig oltóintézetek titrálják ki.

H. A. Gins: Az intracutan védhímlőoltás teljes fölöslegesége mellett felhossa a következő érveket: 1. Technikája nehezebb, több időt vesz igénybe, fájdalmasabb és az infiltratio mellett igen gyakran pustulaképződés is van a beszűrődés helyén, tehát célját, hogy a hegképződést elkerüljük, nem éri el. 2. Lymphát a szerzők maguk hígítják, tehát vagy gyenge vagy nem steril oltóanyagot fecskendeznek be. 3. Az immunitás rövidebb ideig tart, mint cutan oltásnál. 4. Veszélyek: a nem steril oltóanyag miatt abscessusok. Ha nem hígított, tehát eleendő virulentiájú oltóanyaggal oltanak, akkor a klinikai reactio erősebb, mint cutan oltásnál. Magas láz, generalisatio, ecema vaccinatum és postvaccinatio encephalitis éppen úgy keletkezik. 5. Tömegtöltésnél kivihetetlen. Különös indicatiót tehát az intracutan oltásnak nincsenek, minden tekintetben csökkent értékűnek tartja, mint a cutan oltást. Ez áll a subcutan oltásra is.

Vahl Vera dr.

Urologia.

A műtét utáni következmények prognosiról. H. Chabanier, C. Lobo-Onell, L. Migliardi. (Arch. d. malad. d. reins 1934. 8. 295.)

Műtét utáni toxicosisra leginkább oly egyéneknél kell számítani, akiknek fehérjeanyagcseréje nem normális. Ezen anyagcsereszavar kifejezői, a vérplasma emelkedett SO_2 és

csökkent rezerv alkali tartalma. Feltűnő, hogy műtét utáni toxikosis esetében a vér Cl. tartalma nagymértékben csökken. Nagymennyiségű konyhasó intravenás alkalmazása megszünteti a toxikosit. A vérplasma SO_2 tartalma a normálásra száll le, hasonlóképpen normálissá válik a rezerv alkali és a N. tartalom is. A NaCl adagolás technikája a következő: a műtét beavatkozás alkalmával 500 cm^3 phys. konyhasó i. v. Műtét után $4-8\%$ -os NaCl-oldat i. v. Ugyanez az adag megismétlendő a műtétet követő két napon keresztül, a vér Cl. tartalom ellenőrzése mellett.

Bodon Gy. dr.

Aortographia renalis és pararenalis daganatok esetében. Reynaldo dos Santos. (Arch. d. malad. d. reins. 1934. 8. 813.)

Hypernephromákra jellemző a daganatos területeknek az aortographiás röntgenképen látható csökkent vaskularisatioja. Rákos daganatok esetén ezzel szemben a vaskularisatio fokozott. Nagyobb vesedaganatokra jellemző az aorta deviatioja. Pararenalis daganatok a megfelelő szerv ereinek rendellenességeiből ismerhetők fel.

Bodon Gy. dr.

Szemészet.

A gyulladáshoz szem belső nyomása. Szász S. (Arch. f. Augenh. 1934. dec.)

A gyulladáshoz szem keringési viszonyai nem különböznek egyéb gyulladáshoz szövet állapotától. A gyulladás első szakában nyomásemelkedést találunk, mivel az erek tágulnak és a szemgolyó nedvtartalma fokozódott lesz, normális vagy csökkent folyadékkelvezetés mellett. A második szakban az elvezető utak is tágulnak és a szem feszülése csökken. A glaucomás és gyulladáshoz szem nyomásvizonyai között lévő különbség az érrendszer eltérő magatartásában nyilvánul meg; ez képezi alapját Hamburger elgondolásának, mely szerint a glaucoma gyógyításában jelentős szerep jut az adagolható gyulladáshoz.

Weinstein Pál dr.

Adatok a glaucoma pathológiájához és therapiájához. Szász S. (Arch. f. Augenh. 1934. dec.)

Az egyszerű s gyulladáshoz glaucoma keletkezésének mechanizmusa között lényeges különbség van. Az előbbi fokozott szimpatikus idegrendszer elváltozása következtében beállott anyagcsere-zavar. A kezelésben első helyen állanak a miotikumok, amelyek az anyagcsere-re serkentő hatást gyakorolnak. A helyi anyagcsere-t erősen fokozó szerek (adrenalin, ergotamin) helyes adagolása még nem kidolgozott. Az operatív beavatkozás különböző az egyszerű és gyulladáshoz glaucomában. Az egyszerű glaucomában az elv keveset, de korán, azaz kis beavatkozást ajánl (punctio corneae, sclerotomia anterior). A gyulladáshoz glaucomában a korai nagyobb műtétet ajánlja (iridectomy, cyclodialysis).

Weinstein Pál dr.

A macula lutea corticalis kettős beidegzésének viszonya a corpus geniculatum lateráléhoz. A. Juba. (Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1934. nov.)

Egy esetben a bal nyakszirti lebeny valamennyi látókérgi területe degenerált volt, kivéve a fissura calcarina felső ajkának elülső részletét, amelynek megfelelően a bal corpus geniculatum laterale medialis részében ép területet talált, amelyet a fissura calcarinának megfelelő terület vetületének tart. A jobb látókérgében, látókisugárzásban, tractus opticusban különösebb elváltozást nem talált; a jobb corpus geniculatum laterale dorsocentralis területének atrophijája mutatkozott. A macularis területnek ezt az atrophiját a corticalis kettős beidegzést végző rostoknak a pusztulásával magyarázza.

Weinstein Pál dr.

Trachomás szövetben előforduló mikroorganizmusokról. Ochi. (Acta Ophthalm. soc. Jap. 1934. 38. kötet.) 7 mesterségesen inficiált trachoma-betegről számol be. A sikeres esetekben 5-7 napi lappangás után acút hurut keletkezett. Idővel lymphoid folliculusok támadtak és papillaris burjánzás indult meg. A folliculusok száma az egyén konstitúciója szerint különböző volt. A tipikus mikroorganizmusokat mindegyik mesterségesen oltott esetben ki lehetett mutatni a trachomás szövetben, különösen az acút hurutos stadiumban. Az egyik részt szöveti sejtek és polymorph magvú leukocyták phagocytálták, a másik része a capillariskok mellett helyezkedett el.

Glück Emil dr.

A chalazion eredetéről. Asahina. (Acta ophthalm. soc. jap. 1934. 38. kötet.)

A chalazion eredetének kutatása nehéz, mert lassan, észrevétlenül fejlődik és csak kifejlődött állapotban kerül észlelésre. A chalazion fejlődésében három stadiumot különböztet meg: 1. Vastag tokja van, zsírtömeget, concrementumokat tartalmaz, histiocytákkal és idegentest óriás sejtekkel. A zsír

savanyú kémhatású, cholesterineket tartalmaz. (Ebben különbözik a Meibom-mirigyek neutralis kémhatású zsírsjától). 2. Langhans típusú és plasma sejtek tűnnek fel az idegentest óriás sejtek és a szöveti sejtek keveredése mellett. 3. Az utolsó stadiumban a Langhans típusiak eltűnnek és eosinophilok jelennek meg. Végeredményben a chalazion a Meibom-mirigyekben a nehezen felszívódó concrementumok izgató hatása miatt keletkezik úgy, hogy a neutralis zsírból savanyú cholesterines és glycerines zsír lesz. Ugyanakkor a concrementumok megkeményednek és megfihérednek. Acut esetben a mirigy elzáródása következtében ugyanez a folyamat áll elő. Ezek alapján a chalazionra a granuloma gigante cellulare intracapsulare obliterans elnevezést ajánlja.

Glück Emil dr.

Iritis kezelése diathermiával. Cepero és Comas. (Ztschr. f. Aug. 1934. okt.)

Iritis 57 esetét kezelték diathermiával különféle aetiologia mellett. Még az alapok kezelése előtt javultak az esetek és kb. 10 kezelés után a gyulladáshoz tünetek teljesen lezajlottak. Egyes szerzők ezt az eljárást erősen ellenzik, mondván, hogy acut gyulladáshozkra a diathermiás kezelés ártalmas hatással van, de a szerzők ennek ellenkezőjét állítják teljes határozottsággal. Ajánlják mindenféle iritis esetén tekintet nélkül az aetiologiára.

László György dr.

Bőrgyógyászat.

Adat a lupus erythematosus oktanához. Donges, Hannover. (Dermat. Wschr. Nr. 42. 1934.)

38 éves nőbeteg arc, valamint nyak, tarkó és felkarjainak bőrén ülő elváltozásoknak kezdete 12 évvel ezelőtti. E helyeken nagyobb területekre összefolyó, középpontjukban heggedéssel gyógyuló, helyenként szétszórt, gombostűfej nagyságú árkoltságot mutató mezők gyulladáshoz udvarral körülvettek, élesen elhatároltak, hámló széleket mutatnak. A próbakimetszés szövettanilag erős hyperkeratosis mellett csapszerű bemélyedéseket mutat, bőrfüggelék alig látható, kifejezett atrophia, idült gyulladáshoz képe a cutisban, kisebb mértékben gyulladáshoz a papillaris testekben és a cutis alsó rétegében. A. Wa. R. igen erős positivitást mutat. Gyógykezelés gyanánt neosalvarsant, bismutot és tryphalt alkalmaztak. Helybelileg különböző kenőcsös kezelést végeztek. Az antiluetikus kúra megkezdése után feltűnő javulás. Az 5-ik antiluetikus kúra befejezése után újabb jelenségek nem képződtek, a meglévőket teljes heggedéssel gyógyultak. Feltűnő volt a heggedések follicularis jele. Az eset érdekességében feltűnő: 1. a lupus erythematosus együttes esetleges jelenléte lues latens seropositívával; 2. a lupus erythematosus lueses alapon való esetleges kifejlődése és végül 3. kérdéses, hogy nem a lues, hanem a lupus erythematosus adott nem fajlagos positiv Wa. R.-t, mivel a luesnek a seropositivitáson kívül egyéb tünete nem volt észlelhető.

Németh Pál dr.

A bőrtuberkulosis lokális ektebin kezeléséről egyidejű konyhasószegény diétával. (S—H). Dörffel és Passarge. (Derm. Wschr. 36. sz. 1934.)

Az ektebin már egymagában is alkalmazva jó befolyást gyakorol a bőrtbc-re. Három esetben gyógyulást érték el, mely egy éven keresztül kontrollálva állandó maradt. Az összes ektebinnel kezelt eseteket makroszkoposan, egyrészt mikroszkoposan is kontrollálták. A kombinált, sószegevény diétával és ektebinnel végzett kezelést jobb és gyorsabb eredményeket mutat. Szerzők a fájdalmasabb és erősebb hegeképződésre vezető pyrogallus kezeléssel szemben előnybe helyezik. Több esetben azonban enyhe pyrogallus turnusokat iktattak a kezelésbe, mert ezáltal a gyógyulást siettetették. Kezelési sémájuk a következőképpen szól: a sószegevény diéta mellett ektebin turnusokat végeznek, úgyhogy 3-4 napon keresztül 2-20%-os (ritkán koncentrált) Moro-f ektebin kenőccsel dörzsölik be a tbc-s bőrgócot, illetve a borvaselinnal felpuhított helyre ektebinnel megkent lapokat helyeznek. Ezt az ektebin kezelést a gyulladáshoz reakciótól függően 3-4-szer megismétlik, 8-14 napos intervallumokkal. Különösen nagy, kiterjedt góccok esetében ajánlatos enyhe pyrogallus turnusokat közbeiktatni, mert ezáltal az elhalt részek gyorsabban távolodnak el.

Fülöp Gyula dr.

Kísérleti adatok a propeptan therapiához. Urbach és Kitamura. (Kl. Wschr. 44. sz. 1934.)

Beszedhának köszönhetjük, hogy az anaphylaxiás állapotokat az ú. n. antianaphylaxiás módszerrel el tudjuk kerülni. Beszedka t. i. számos állatkísérletben bizonyította, hogy azonos antigen minimális dosisainak előzetes subcutan, intravenás, intralumbalis, rectalis, vagy oralis adagolására egy különben halálos dosisú allergent tünetmentesen bírnak el az állatok. Az antianaphylaxiának ezen elvein nyugszik az ú. n. fajlagos skeptophylaxiás eljárás, melyet először emberen Lambert, Aucell és Bouin alkalmaztak. Leírják az eljárást. Cikkükhöz

négy táblázatot mellékelnek s eredményeiket a következőkben foglalják össze: azon kiterjedt állatvizsgálatokból, melyek a négy táblázatban vannak összegezve, biztonsággal adódik, hogy ha tojáspropeptant megfelelő quantitativ és időszakos feltételek mellett tojásfehérjével sensibilizált állatoknak intravénásan, subcutan, vagy peroralisan adagolunk, azokat a különben biztos anaphylaxiás haláltól képesek vagyunk megmenteni. A táblázatokból kitűnik továbbá, hogy a propeptan hatás — megegyezőleg az emberen végzett propeptan therapia klinikai eredményeivel — fajlagos, mert míg tyúkhús propeptan előzetes adagolása tojásfehérjével sensibilizált állatoknál csődöt mond, addig fajlagos tojásfehérje propeptan előzetes adagolásával az állatot az anaphylaxiás reactiótól megvédenhetjük. Az állatokon végzett skeptophylaxiás vizsgálatok eredménye, a *Schultz-Dahle*-féle kísérletek, továbbá a klinikai-therapiás tapasztalatok megengedik azon végkövetkeztetést, hogy a fajlagos propeptanok védőhatása a specifikus antianaphylaxia elvén nyugszik.

Fülöp Gyula dr.

Tájékoztató az exotikus syphilis problémája felől 1934-ben. *A Sézary.* (Annales de dermatologie et de syphiligraphie. 1934. Nr. 9.).

A szerző azzal a kérdéssel foglalkozik, hogy miért gyakori európaiaknál és miért ritka a bennszülötteknél az agyparenchyma syphilitikus megbetegedése, dacára, hogy a másodlagos szakban a liquororban leukocytosis náluk is éppen olyan gyakori, mint az európaiaknál. Ezen jelenség magyarázata csak a beteg szervezete által képezett különleges viszonyokkal magyarázható. A neurolues kifejlődésében azonban néhány egyéb körülmény is szerepet játszik, így szellemi túlerőltetés, alkoholizmus, a fertőzés korai volta. A malária sem véd mindig a neurolues ellen. A bőrtünetek súlyosabb formái is komolyabb megfontolást igényelnek. Kétségtelen, hogy ez egy rendkívül erős immunitási reactiót hoz létre. Az exotikus syphilitikus bennszülöttek bőrét érő ismételt sérülések magukban véve nem lehetnek kizárólagos okai a bennszülöttek súlyos bőrtüneteinek. A syphilitikus bőrtünetek európaiaknál sem gyógyulnak gyorsabban, mint a négeréknél, másfelől a XVI. és XVII. századbeli európai syphilis sem volt kevésbé florid, mint ma az exotikus syphilis. Az idegrendszer részt vesz a szervezet általános immunitási reactióiban; kétségtelen, hogy a bőrelváltozások súlyosabb volta az egyént erősebben immunizálva az idegrendszert is védi a treponémával szemben. A szerző *Coumélou*-val együtt kimutatta, hogy tabesben és paralysisben a beteg bőre anergiás. Elvitathatatlan a változás az európai syphilis klinikai képeben: eleinte florid és fölületes volt, de sohasem neurotrop. Majd a bőrtünetek mindinkább enyhébbek lettek, de egyre gyakoribbá váltak az idegelváltozások. Hasonló fejlődés lehetséges a trópusi syphilisre nézve is, természetesen ez igen lassú folyamat. Az algieri syphilisre nézve többek szerint a neurolues éppen olyan gyakori a bennszülötteknél, mint az európaiaknál. Marokkóban még nem éri el ezt az arányszámot s még ritkábban fordul elő Tuniss-ban. Ezen különbségek oka valószínűleg ezen országokban a betegségnek különböző időpontban behurcolásában rejlik.

Arokháty Vilmos dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die physikalisch-technischen Methoden der Elektro-mezin. *M. A. Schirmann.* (Urban és Schwarzenberg. Bécs. 1934. 240 oldal, 20 képpel és 5 táblával. Ára: 9 márka 50.)

A szerző hosszú éveken át a bécsi egyetemi fizikai intézetben tanársegéd volt és ebbeli minőségében igen sokszor nyílt alkalma orvosoknak a fizikális therapia terén felvilágosítást nyújtani. Ebből merített tapasztalatainak eredménye ez a könyv, mely a gyakorló orvosok előtt mindenben érthető módon tárgyalja az összes fizikális gyógyító eljárásokat, azoknak fizikai alapját, az eszközöket, gépeket, azoknak hatásmódját, kezelését. Matematikai levezetések helyett mindenütt könnyen érthető magyarázatokat ad. A könyv bár teljes egészében feloleli az idevágó szükséges fizikai ismereteket, mégis sehol sem haladja túl a gyakorló orvos átlagos fizikai tudását. Ott, ahol a gyakorlatban számítások is szükségesek, levezetések nélkül megadja az erre szolgáló képleteket is. A munka rövid kézikönyvnek készült és a gyakorló orvos részére a sokkötetes nagy munkákat nem hivatva pótolni, melyek a technikusok (constructeurök) igényeinek is tekintetbevételével készültek, azért hosszadalmas elméleti fizikai és matematikai fejtegetéseik a gyakorló orvos számára fölöslegesen fárasztók és sokhelyütt nehezen, vagy alig érthetők.

A könyv tulajdonképpen rövidre fogott tankönyv, de jól használható valamely fejezetben való hirtelen tájékozód-

ásra is. A bevezetés 18 oldalon foglalja össze a modern theoretikus physikát és legújabb haladásait, majd rövid áttekintést ad a gázokban való elektromos kislésekről és a mérési eljárásokról. Külön fejezetben tárgyalja az elektro-kardiographiát, az elektro-therapia physikai és technikai alapját, a röntgenológiát és röntgenkészülékeket, a radioactivitást és a fénytherapiát. A munkát egy 30 oldalra kiterjedő részletes tartalomjegyzék zárja be, mely hirtelen útbaigazítás céljából az apró részletkérdések gyors feltalálását teszi lehetővé. A könyv kiállítása és ábrái kifogástalanok.

Kelen Béla prof.

Über die Wirkungen der Röntgenstrahlen auf die Lungen. *R. B. Engelstad.* Acta radiologica. Supplementum XIX. Stockholm. 1934. 88 oldal, 32 görcsői képpel, egy photographiai ábrával és két röntgenfelvétellel. Ára: 10 svéd korona.

A rákkutatási Knutsen-alap segítségével a norvég rádium-kórházban készült munka.

A szerző történelmi áttekintés, az eddigi röntgenezési állatkísérletek méltatása és házinyúl tüdő normális anatómiájának leírása után áttér 116 házinyúttüdő röntgenezéséből levont tapasztalatainak ismertetésére. Vázolja technikáját és sugármérési eljárását. Kísérlet tárgyává tette a 65 kilovolt feszültségű szűrő nélküli leglágyabb sugárzástól kezdve egész a 175 kilovoltos 7 mm rézzel szűrt legkeményebb sugárzásig bekövetkezett elváltozásokat: subepidermicid, epidermicid és igen nagy (letalis) dosisok után. A hatásban 4 stadiumot különböztet meg: 1. az iniciális stadiumot, mely a bőr korai erythemájával esik össze, 2. a lappangási időszakot, mely 2—3 hétre terjed ki, 3. a főreactio időszakát, melyben a bronchialis hám és a tüdőstroma elváltozásai folynak le a perivascularis, peribronchialis és bronchopneumonias infiltrációkkal együtt. Ezzel egyidőben lépnek fel az alveolaris macrophagok. Az utolsó: 4. stadiumban megindulnak a regenerációs folyamatok, amelyek kötőszöveteszaporodásban, sclerosisokban és nem ritkán csontképződésekben nyilvánulnak. Hat hónap alatt a folyamat még nem zajlott le teljesen, de nagyjára már mégis megnyugszik. Az ábrák igen szépek, a könyv kiállítása mintaszerű.

Kelen Béla prof.

Dosierungsangaben für die Strahlen-Hauttherapie. *Fuhs und Konrad.* (Berlin, Urban und Schwarzenberg, 1933. 53. old., 11 ábrával, 12 táblázattal.)

A bécsi dermatológiai klinikák tudományos cooperatióját számos munka jelzi. Ilyen a legutóbb megjelent értékes kis könyv is, melyet *Avst* és *Kerl* professzorok előszavával, a két klinika fizikó-therapiás osztályának vezetője írt. A hatalmas beteganyag szerzett évtizedes tapasztalatukat foglalják itt össze, jól áttekinthető formában, a gyakorló radiológus és bőrgyógyász számára. Éppen ezért nem is térnek ki a kevésbé elterjedt ívénny- és finsenkezelésre, a kathodsugarakkal, a szűretlen és fractionált röntgensugarakkal való therapiára, hanem csupán a teljesen bevált és általános gyakorlatban is használt higanylámpakezeléssel, röntgen-, lágryöntgensugárzással és rádiumkezeléssel foglalkoznak.

Az egyes fejezetek elején az általános fizikai és biológiai szempontokat tárgyalják, bemutatják az egyszerű mérőeszközöket, a speciális bécsi és az általánosan használt sugárzási egységeket (Holzknecht-r, Mache—Curie-egység), kiemelik a contraindicatiókat és túlerzékenységeket, azután térnek át az indicatiókra és tárgyalják az egyes esetekben szükséges kezelési módokat. A fejezetek végén könnyen áttekinthető táblázatokat találunk, melyekben a bécsi iskola által követett és legjobbnak tartott eljárásokat bármely szakember által könnyen reprodukálható formában állították össze. Tapasztalatuk csupán néhány pontban tér el a miénktől. Így pl. a trichophytia profunda és mikrosporia kezelésénél mi inkább röntgent használunk, lupus röntgenezésénél viszont a legnagyobb óvatossággal járunk el, keloidokat pedig nem csupán rádium, hanem röntgenkezeléssel is jól befolyásoljuk.

Böhm Sándor dr.

Erbliche Taubheit. Grundzüge zur Erkennung ererbter Hörstörungen. Von Prof. Dr. M. Schwarz, Oberarzt der Universitäts Hals-, Nasen- und Ohrenklinik, Tübingen. (1935, Georg Thieme. Leipzig, 56 oldal, ára: 4 Rm.)

A német sterilisatiós törvény életbeléptetésével megindult Németországban az értekezések és művek egész áradata, melyek célul tűzték ki annak értelmezését, de egyszersmind figyelmeztetnek annak nehézségeire és hiányaira. Ezen világosan megírt, derék munka azonban oly országokban is jó szolgálatot fog tenni, ahol, mint nálunk, nincsen kötelező, sem önkényes sterilisatió, de ahol házassági tanácsadás alapján házassági tilalom vagy gyermeknemzéstől való tartózkodás

által azt bizonyos fokig pótolni lehet. Szerző a halló- és egyensúlyozószerv anatómiája, fiziológiája és azok vizsgálati módjainak rövid ismertetése után, tárgyalja a Mendel-féle törvényt, figyelmeztetve, hogy az embernél a sokféle zavaró körülmények következtében (minők az utódok elégtelen száma vagy korai halálózása, a néha gyengén fejlett kóros jelleg észreemlévése, valamint azon tény is, hogy a törvényes atya nem mindig a biológiai atya stb.) e törvény nem mindig mutatkozik világosan. Attól is óva int, hogy sporadikus siketség-nél — ez recessiv nevet is visel, mert az egészséges domináns jelleggel szemben 1:3 viszonyban visszazorol — hogy ily beteg egészséges családba házasodjék, mert a beteg csírát ebbe beviszi, mely generációk mulva ismét felbukkanhat. Megismerkedünk így a belfülnek örökletes degeneration alapuló hallás zavarával is, az otosclerosisral és a kretin nagyothallással. Közül 21 tanulságos családfát is. A könyvet öröklésbiológiai iránt érdeklődő orvosoknak melegen ajánljuk.

Donáth Gyula prof.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület december 22-i ülése.

Az Orvosegyesület rák-cyklusához felkért hozzászólások:

Erdélyi J.: Az I. sz. Belklinika 64 tüdődagatanos betegével kapcsolatos saját észlelései és *Haintz*-nek ezen betegéről készített kimutatása alapján foglalkozik a tüdőráknak az utóbbi években való gyakoribb előfordulásával. Véleményük szerint a tüdődagatanok számának emelkedését nemcsak a röntgen diagnosztika fejlődése okozza. Az alveolus-rák nagyon ritka. Boncolásra került eseteikben a tüdőrák mind a bronchusból indult ki (17 eset). Adataik nem bizonyítják a jobboldali gyakoribb előfordulást. A felső lebeny gyakoribb megbetegedését ők is észlelték. A tüdőrák és az influenzajárvány közötti összefüggést kimutatásuk nem támogatja. Sem azt, hogy a városi lakosokat inkább fenyegetné a tüdődagatan, mint a vidékieket. Ez az adat szól az automobilizmus szerepe ellen is. Betegeik foglalkozását tekintve nem találtak chemiai vagy mechanikai ártalom szerepére bizonyító adatot. A lezajlott betegségek jelentősége sem tisztázódott. Tuberculosis csak 6%-ban volt. Lues 9.4%-ban. Rákos családi terheltég 12.5%-ban. Betegeik 47%-a volt dohányos, de erősebben csak 20% dohányzott. Fértiákban háromszor gyakoribb a tüdőrák, mint nőkben. Betegeik életkora 36—70 év között volt. Nem találtak olyan eltérést, hogy az utóbbi években a fiatalabbak gyakrabban betegednének meg tüdőrákban. Tüdődagatanos betegek 92%-a volt subfebrilis, vagy lázas (*Lessler*). A rákos izzadmányban több a tejsav és ugyanannyi a cukor, mint a vérben. A gyulladáson eredetű izzadmányban a cukor jóval kevesebb, mint a vérben (*Friesz és Mohos*). A vérsajtűllyedés csak egy esetben volt rendszer, legtöbbször igen nagy mértékben gyorsult. A tüdőrák felismerésében legnagyobb szerepe a röntgennek van. A daganat s a jellegzetes rákkötegek kimutatását sokszor megakadályozza a bronchostencis, az exsudatum s a daganat körül kitejrlődő pneumoniás beszűródés. Mindezek következtében intenzív, homogénnek látszó árnyékoltság keletkezik, melyet a szokásos röntgen vizsgálatokkal nem tudunk differentálni. Ismerteti eljárását, melynek segítségével az ilyen tömött, bronchostencisosis folyadékcs vagy pneumoniás árnyékon belül, sőt a szív mögött is meglátható a daganat s a rákkötegek. Ezt számos diapositiv vetítésével igazolja. Hasonlóképpen demonstrálja a diagnostikai pneumothorax előnyeit.

Gál F.: A női nemzetség rákjának sugaras kezelésében elért végleges gyógyulási eredmények folytonosan javulnak. A javulást táblázaton tünteti fel, amely táblázat az 1919-ig, 1919—1925-ig és az azóta elért eredményeket összehasonlítja. 1918—1933-ig 1243 beteg állott kezelés alatt, legnagyobb részben inoperabilis, igen kiterjedt rákban szenvedő betegek. Az inoperabilis collum-rákok közül a második csoportban 7.6%, a harmadik csoportban 10% gyógyult meg öt évnél hosszabb időre. A betegek legnagyobb része túlságosan későn jön kezelésre. Az eredmények javulása a röntgenbesugárzások intenzívebb alkalmazásának köszönhető, amely mögött a radiumkezelés annyiban háttérbe szorult, hogy most kisebb adagok kerülnek alkalmazásba, ezáltal a kezelés folyamán keletkező szövödmények sokkal ritkábbak, mint azelőtt. Operabilis és határesetekben az eredmények változatlanok maradtak és a műtét eredményekkel egyenrangúak, de mivel az esetek 10—15%-a a sugarakkal szemben refractár, a könnyen operálható esetek ezután is műtétre kerülnek. Elsődleges halálózás a besugárzással kapcsolatban a második és harmadik csoportban egyáltalában nem volt. A méhrák kezelésében legelőnyösebb az electiv therapia, amely a műtét szempontjából kedvezőtlen eseteket a műtétből kizárja, ez 20.8% abszolút gyógyulást eredményezett. Egyéb betegségekkel szövődött méhrák-esetek sugaras kezelésének

eredményei a többi esetek eredményeinél nem voltak rosszabbak. A harmadik csoportban a hüvelyrákok 26%-a, a műtét utáni recidivák 17.5%-a meggyógyult. Korán kezelésbe vett recidivák, valamint az amputált méh csomójában fejlődött rák kezelésében szép eredmények érhetők el. Műtét után a késői recidivák nem ritkák, sugaras kezelés után viszont igen ritkák, ami arra mutat, hogy a besugárzás általános hatásai a rák-betegséget a műtétnél tökéletesebben gyógyítják meg. A műtét utáni prophylacticus sugaras eljárások közül a röntgenbesugárzás a legértékesebb. A *Coutard*-féle besugárzás nőgyógyászati esetekben kedvezőtlen eredményt ad, ezért elvetendő. A további haladás szempontjából fontos a rákos szervezet biológiai tulajdonságainak minél alaposabb megismerése, mivel ily úton a sugarak kedvezőtlen hatásai kiküszöbölhetők, a kedvező hatások pedig jobban kihasználhatók lesznek.

Kisfaludy P.: Hivatkozik a külföldi rákgyógyító intézetekben ismeretes gyógymódtervezetek igénybevétele által elért kitűnő eredményekre. Ezekben a jól felszerelt intézetekben a sebész, röntgenológus, és radiológus együttesen állapítják meg a gyógyítási programot. Tény az, hogy ma még a legtöbb rákos megbetegedésnek a kés a leghatásosabb ellenszere, de nem szabad megfeledkezni arról, hogy pl. a bőr-, szájüreg- és nyelöcsőrák gyógyításában a rádiumé a vezérszerep. Az előadó hangsúlyozza az együttműködés fontosságát és a gyógykezelte betegek későbbi ellenőrzésének döntő szerepét a recidiva és metastasis elleni küzdelemben. Hazánkban az OTI végzett úttörő munkát, amennyiben radiumosztályán stockholmi mintára oly tökéletesen szervezte meg a kontroll-kérdést, hogy az időnként berendelt betegeknek az útiköltségét is megtéríti. A radiumosztálynak a radiumtherapia segítségével elért jó eredményeit betegbemutatókkal és vetített képekkel igazolja.

Ratkóczy N.: Két kérdéssel foglalkozik: 1. A daganatgyógyítás megértett-e arra, hogy annak intézményessé tétele kívánatos volna, 2. milyen intézmények felállítását kell hazai viszonyaink figyelembevételével szorgalmazni?

1. Bár a rákgyógyításnak, éppúgy mint a tb-nek specifikus gyógyszere nincs, a ma rendelkezésünkre álló gyógytényezők is már feljogosítanak arra, hogy a daganatgyógyítás intézményessé tételét szorgalmazzuk.

2. Komoly eredményeket csak specialis, centralis jellegű daganatgyógyító intézetekben lehet elérni. Ez az álláspontja a két legutóbbi Nemzetközi Radiológiai Congressusnak is. Nálunk a centralis daganatgyógyító intézetnek az egyetlenhez kell csatlakoznia. A daganatgyógyításban egyenlő értékben szereplő három szakorvosnak, a sebésznek, radiológusnak és röntgenesnek együttesen kell a beteggel foglalkozniok. A biztosító intézeteknek maguknak is fel kell állítaniok daganatgyógyító osztályokat. A daganatgyógyítás ma már nem tisztán samaritarius munka. A legértékesebb korú emberek megmentése nemzetgazdasági kötelesség. Hiszi, hogy a rák-ciklus nagyban hozzájárul ahhoz, hogy az orvosi közvelemény útján a társadalom és az intézőkörök is megmozdulnak.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Gynäkologiai Szakosztályának november 15-i ülése.

Bemutatók:

Miklós L.: *Prolapsus placentae*: 36 éves, hatodszor szülőnőnél, harántfekvésben lévő kiviselt magzat mellett teljes egészében megszületik a lepény. A magzatot evisceratio és decapitatio útján távolítják el. Sem a szülés alatt, sem azután vérzés nem volt.

Vajna G.: *Hasüri vérzés és méhenbelüli terhesség*: 26 éves nullipara. Utolsó rendszeres havibaja után három héttel heves alhasi görcsök miatt került észlelésre. Többször elájult. Anaemia, lividitas és felpuhult portio, puhább, nagyobb méh, mögötte másfélkölnyi, tésztatapintatú fájdalom resistente. Subfebrilis, pulzus 100. Terhességi reactio pozitív. Diagnosis: grav. extrauterina. Laparotomiát végeznek. A haematokéliében a megvastagodott jobboldali kürt van jelen, amelyből kevés vér szivárog, egyéb a méhenkülső terhességre jellemző elváltozás azonban nincs. Más vérzés forrást nem találva, a jobb kürtöt eltávolítják. Foetalis elemek sem a kürtben, sem az eltávolított véralvadékban nem mutathatók ki. VII. napon a méhből chorion bolyhókat tartalmazó szövötdarabka távozik. Bemutató méhenkülső és méhenbelüli terhesség egyidejű jelenlétére következtet, ha a szövötdani vizsgálat nem is nyújtott erre nézve teljes bizonyítékot.

Temesváry M.: *Uj műtét eljárás a cystokele gyógyítására*. Bemutató a hüvely mélsó falán ejtett, kétoldali hosszanti metszésből — keskeny hüvelynyálkahártya visszahagyása mellett — 2—3 rétegben redőzi a cystokelet. Néhány esetben ezen eljárástól jó eredményt látott.

Mansfeld O.: A cystokele műtétek után 18—20% recidiva fordul elő. A végleges gyógyulás szempontjából a fascia vesicovaginalis állapota a döntő; ha ez aránylag ép és jól kettőzhető, akkor az eredmény jó. Hogy a hüvelyrétegek kettőzése javíthatja-e az eredményeket, azt csak ezen eljárásnak néhány éves tapasztalatai dönthetik el.

Előadás:

Baumann J.: Adatok a fertőzött méhenkívüli terhesség gyógyításához. (Egész terjedelmében megjelenik).

Pollák I.: Ha nincs sürgető momentum, vagyis veszedelmes belső vérzés, úgy expectativ kezelést tart helyesnek mindaddig, míg a fertőzött méhenkívüli terhesség kolpotomia útján meg nem oldható. Amennyiben nem kerülhető el a laparotomia, úgy fertőzött esetekben lehetőleg a hüvelyen, ennek kivihetlensége esetén a hasfalon át drainez.

Raisz D.: Bizonyosan fertőzött haematocelék drainézése szükséges, de a fertőzés megállapítása az eddigi használatos klinikai jelek és egyéb vizsgálati módszerek alapján nem mindig sikerül, ezért legtöbbször csak subjectiv megítélés, a sebészi megérzés vezet. Sokkal objectivebb alapon irányítja a szóban lévő eljárásnak szükségességét a *Henschen és Kubányi* által bevezetett és intézetében használatos supravitalis festés, amely a műtét közben könnyen és gyorsan elvégezhető. A megfestett és nem festődő sejtek arányszáma alapján határozzunk a drainezés szükségessége felett.

Mansfeld O.: A Bakáts-téri intézet anyagában a nem inficiált esetek operatív mortalitása kb. 2%. Az inficiáltaké 10%. Utóbbiakat ha lehet kolpotomiával oldják meg, ha nem, laparotomia és drainézzel.

Batisweiler J.: 388 méhenkívüli terhesség között 34-ben volt a műtét előtt több napos láz. Ezek között voltak olyan esetek is, ahol ab. artef. történt. Négy genyedd folyamatot kolpotomiával gyógyítottak, ezek közül egynél késői vérzés keletkezett amit laparotomiával lehetett csak megszüntetni. 30 esetben a fertőzésnek kifejezett tünetei mellett végeztek laparotomiát és mindössze csak egy esetben drainézték a hasat a hüvely felé, mégis az összes lázas esetek meggyógyultak. A hasúri vérömleny gyakori fertőzöttsége mellett szól az a körülmény is, hogy az operáltak 20%-ban hasfalí tályog keletkezett. Mivel a láz nem jelenti egyúttal a fertőzést, a klinika álláspontja a lázas és fertőzésre gyanus méhenkívüli terhesség operálásában a conservatív várakozás, mert tapasztalás szerint sok lázas eset néhány napi várakozás után lázталanná válik.

Fekete S.: A kérdés elbírálásánál különbséget kell tenni biztosan fertőzött és fertőzésre gyanus esetek közt. Nincsen olyan klinikai tünet, amelynek alapján ezt bizottsággal el lehetne dönteni. A haematoceléből felszivódó fehérjebomlástermékek okozhatnak lázat, amely néha magas is lehet, előidézhetnek leukocytosist, a vörös vérszűcsüllyedés gyorsulását, sőt a belek atóniáját és meteorismust is, amely a hashártyagyulladás tüneteit utánozhatja. Még a műtétkor is félre vezethet az autolyzált vér bomlott szaga. A gyanús esetekben nem szükséges drainézni. A fertőzött esetekben rivanolt használat és drainézést a hasfal felé, mely által a műtét területén gyorsabb letokolódását reméli. A hüvely felé később is ráér a drainézis, ha exsudatum keletkezik s az elgenyved.

Tóth I.: Előadó rövid előadásában talán nem is gondolta meg, milyen nagy themát dobott a szakosztály elé, elsősorban azért, mert a méhenkívüli terhesség annyiféle alakban és súlyosságban jelenik meg az orvos előtt, mint a kaleidoszkópban a színes üvegek, amelyeket nehéz, szinte lehetetlen akaratlagosan irányítani. Az egyik beteg elbír egész 2000 ccm vérvesztéséget, míg a másiknak szíve 300—400 ccm vér elvesztése után felmondja a szolgálatot. Előadó osztályozta az eseteket, mint fertőzötteket és nem fertőzötteket, pedig a méhenkívüli terhességben szenvedő nem mindig fertőzés folytán lesz lázas. Maga a láz nem jelenti egyszersmind a fertőzést is. Legjobb bizonyítéka ennek Batisweilernek itt elmondott 34 esete, amit mind laparotomiával gyógyítottunk és egyet sem veszítettünk el. Éppen olyan nehéz kérdés a drainézis kérdése. Ha valaki kolpotomiával megnyit egy hetek óta genyedd haematocelét, nyilvánvaló, hogy drainéznie kell, de csak azért drainézni, mert az illető napokon át lázas, talán még egy-két hidegrázása is van, ez ellen szólnak Batisweiler esetei, akik közül csak egyetlenegy volt drainézve és ezzel együtt a többi is meggyógyult. A maga részéről bár gyakran követi a hüvelyi utat, méhenkívüli terhesség haematocelé esetén az idejében való laparotomiának híve, mert nemcsak a mortalitása nem rosszabb, mint a hüvelyi műtété, hanem sokkal jobb a gyógyulása is, mert a drainage körül olyan összenövések, hegesedések jönnek létre, melyek folytán a nő sterilissé válik és éveken át szenved a hegesedések miatt. Példákat hoz fel arra, hogy a hüvely-

boltozatnak még késői megnyitása után is előfordul néha nehezen csillapítható vérzés a trophoblast leválása folytán, amikor egyetlen mentség még hetekig tartó láz esetén is a laparotomia útján való vérzéscsillapítás. Nem lehet e kérdésben ma még dogmákat felállítani, a műtő tapasztalata, a tapasztalt sebész megérzése minden theoretikus gondolkodásnál jobban védi meg a beteg érdekeit.

Burger K.: Munkatársával, *Baumann* doktorral azért hozta ide e kérdést, hogy ezt a szakosztályban is megtárgyalják. A fertőzést kimutatni természetesen mindig nem lehet. Acut hasúri vérzés esetén supravitalis festés nem alkalmas, különben is ennek a vizsgáló értéke még nem alakult ki. Felhívja a figyelmet az anamnesis fontosságára és ezzel kapcsolatban az előzetes bűnös manipulációk jelentőségére. Ilyen esetekben a Douglas-drainage-t ajánlatosnak véli.

Frigyesi J.: Fertőzött méhenkívüli terhesség esetében a műtétnek olyan rosszak a kilátásai, hogy a legcélszerűbb ebben az állapotban a conservatív eljárás, lehetőleg a műtét elkerülése. Sajnos sokszor a fenyegető tünetek — belső vérzés — beavatkozásra kényszerítenek. A választandó eljárás szempontjából ezért rendkívül fontos a tényleg fertőzött eseteknek a fertőzésre gyanús esetektől történő elkülönítése (virulentiapróba, stb.) Nem fertőzött esetekben lehetőleg sohasem drainéz és a hasseb bezárása mellett jól gyógyulnak azok az esetek is, ahol különösen a Douglas és méh hátsó falán kiterjedten láthatók fibrines felrakódások. Fertőzött esetekben lehetőleg csak a hüvely felőli megnyitást (kolpotomia) végzi. Abban az esetben pedig — ami nincs kizárva — ha belső vérzés újabb tünetei jelentkeznek, a szükségessé váló laparotomiakor csak az edények körülöltésére szorítkoznak, lehetőleg úgy, hogy a fertőzött tartalommal a Douglas tartalmával érintkezésbe se jöjjön. A fertőzött eseteket, ha laparotomiára kerül a sor, a hasfalon át is drainézi. Tiszta esetekben a drainézis csak igen ritkán — esetleg nem csillapítható parenchimas vérzés esetén — jöhet szóba. Az ilyenkor alkalmazott gázcsíkot már 1—2-szer 24 óra mulva elvontoltja. Az általa ajánlott időszakos drainage-nak semmiféle hátrányát nem látta.

A Magyar Urológiai Társaság december 10-i ülése és közgyűlése.

Farkas I.: *A transurethralis prostataműtétek.* Bár a transvesicalis prostatectomiának kitűnőek az eredményei, halálozási arányszámai még elég magasak, 0—29% között ingadoznak, a különböző szerzők szerint. Ennek oka hogy idős emberekben, elhasznált szervezet mellett kell operálni és a szív-élégtelenséget, környi véredényhűdést, halált okozó emboliát és tüdőgyulladást még nem igen tudjuk kiküszöbölni. A jelenlegi endoszkopias műszerekkel már prostatadarabkák távolíthatók el tökéletes látás mellett, úgyhogy több ülésben sikerül a vizeletkiürítési akadályt kiirtani. Az eszközzel víz alatt koagulációs vágás végezhető.

A műtétet előzetes vasectomia után, epiduralis érzéstelenítésben végezte. Aránylag veszélytelen eljárás, hosszabb ágyfekvés nem igényel. Az eszközzel való bánás nagy gyakorlatot és technikai készséget igényel; 2—7 ülésre volt szüksége. 40 esetben összesen 90 égetést végzett. Négy esetben ért el teljes eredményt, teljes retentio és két esetben nagyobb residuum mellett. Tizenhat esetben jó és öt esetben eredménytelen volt a beavatkozás, úgyhogy ezek közül három esetben még a prostatectomiát is elvégezte. Egy halálozás volt, mely azonban nem írható tisztán a műtét rovására. Tapasztalata szerint nemcsak a vizelési panaszok szűnnek meg, hanem az esetleges veseelégtelenség is megjavul. Esetet mutat be, hol a prostatectomia már nem volt elvégezhető és hol az endoszkopias beavatkozás után a beteg spontán vizel, 9 kgr-ot hízott.

Bizonyos esetekben az állandó katheter fölöslegessé válik. Legalkalmasabbak a kezdeti esetek, középlebény, oldalsó, felső és bizonyos urethralis lebenyek; főleg a kemény, hegesen összekapaszkodott fibroadenomák. Kevésbé alkalmasak a subvesicalis prostatahypertrophia, a nagy puha tágult véredényű vesicalis lebenyek, melyek inkább prostatectomiára valók. Sphinctersklerosisnál az eredmény ugyanolyan jó, mint az ékkimetszésnél. A beavatkozás ma még nem helyettesíti a prostatectomiát és különösen az olyan esetekre való, hol az utóbbi nem kivihető; inkább hézagpótló műtét. Ambuláns elvégzésre nem való, nagy türelmet és tökéletes begyakorlottságot igényel. Az eddigi eredmények tekintetbe veendő, de még kérdéses, hogy el fogunk-e jutni arra a fokra, ahol pl. a Mayo-klinika jelentése szerint Amerikában van.

Minder Gy.: Az urológiai klinikán egy év óta folynak a kísérletek, a hatás megítéléséhez hosszabb idő szükséges. Tapasztalataik szerint az endourethralis beavatkozás a jól sikerült prostatectomia előnyeivel nem versenyez. Nagy, sub-

és endovesicalis prostatahypertrophiánál továbbra is az utóbbi látszik az előnyösebb eljárásnak. Az eljárás nem egészen veszélytelen és hosszabb gyakorlatot igényel. Csakis az olyan esetekben alkalmazták, hol az állandó katheter eredménnyel nem járt vagy a prostataectomia nem volt elvégezhető. A különböző eszközök között lényeges eltérés nincs, a megszokottságnak bizonyos szerep jut.

Közgyűlés.

1. **Ráskay D.:** *Elnöki megnyitó.* A M. U. T. ülései változtatlan érdeklődés és a tudományos munka jegyében állottak. Munkálatainkat a külföldi urol. társaságokéval párhuzamba állítva, megállapítható, hogy ezek vetekedhettek azokkal. A szakma ifjú munkásainak akarja elismerését kifejezni, kik komoly törekvéssel, a tudománynak a mai szomorú gazdasági viszonyok közötti igazán önzetlen szeretetével népesítik és folytatják azt az iskolát, amelyet ma már fejlődésében, kialakultságában világszerte való elismertségében, büszkén vallhatunk a magyar urológiai iskolának.

2. **Dózsa J. titkári jelentése és Boross E. pénztárosi jelentése** után a következő tisztikart választották meg:

Elnök: *Ráskay Dezső.* Alelnök: *Mező Béla.* Titkár: *Dózsa Jenő.* Pénztáros: *Boross Ernő.* Ellenőr: *Boytha Lajos András.* Választmány: *Illyés Géza, Rihmer Béla, Farhas Ignác, Borza Jenő, Minder Gyula, Szabó Ince, Schmidt Albin, Noszkay Aurél.* Póttagok: *Radó Béla, Faragó Zsigmond.* Számvizsgáló bizottsági tagok: *Mély Béla, Picker Rezső, Kaló András.* A közgyűlés *Illyés Géza* indítványára elhatározta, hogy a választmány tagjainak számát hatról nyolcra emeli. Továbbá, hogy a tagdíjat évi 8 pengőre lesz állítja. Kórházi segédorvosok és klinikai gyakornokok az elnökség és választmány együttes engedélye alapján 5 pengő tagsági díjat fizessenek.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Elme- és Idegkórtani Szakosztályának december 14-i ülése.

Bemutatók:

Sombor J.: *Kényszernevetés esete.* 26 éves szörmekészítő bal szája és arca kb. egy év előtt félrehúzódott, majd szédült és gyakran minden ok nélkül nevetett. Pár hó múlva a jobb oldali végtagjaiban gyengeség és bizonytalanság mutatkozott, majd nyelési zavarok jelentkeztek. Családi terheltségről nem tud. Luest negál. Pupillák jól reagálnak, spontán nystagmus nincs. Balra nézésnél nystagmiform-rángások. A bal facialis mindhárom ága paretikus. Nyelvét balfelé nehezen mozgatja. Bulbaris beszéd. Behúnyt szemmel elég biztosan áll. Jobboldalt spastikus reflexek. Hasreflexek hiányzanak. A jobb-kéz szorítóereje gyengébb. Intention tremor nincs. Ujjhegy-orrkísérlet, térd-sarok-kísérlet jól sikerül. Vizsgálat közben gyakran nevet. Szemfenék ép. Fülészeti vizsgálat lényeges rendellenességet nem mutat. Wassermann negatív.

Kiss P.: *Másfél év előtt Röntgenbesugárzás után javult gyermekkori izomsorvadás további sorsa.* (Filmbemutattással). 1932 decembere óta figyelik a 13 éves lánybetegüket. A klinikai kép mindenben megfelel az atrophia musculorum progressiva spinalisnak. Ezen idő a att kétszer sikerült teljes tünetmentességet elérni a gerincoszlop Röntgenbesugárzásával. A tünetmentesség mindkét alkalommal több mint öt hónapig állott fenn, ezután a folyamat újból kiújult. Az eset kapcsán úgy látszik, hogy az izomtrophiáknak, melyeket ma egységesen endogen eredetűnek tartanak, vannak olyan alakjai, amelyek nem mutatják az endogenitás egyik fontos klinikai karakteristikumát, a »fatalis progressio«-t és így az endogen eredetűnek tartott izomtrophiákból le kellene hasítanunk egy csoportot s az ide tartozó esetek bizonyos therapiás beavatkozásokkal befolyásolhatók.

Richter H.: *Progressiv spinalis izomatrophia felvétele ellen szőlő a benulásos tünetek gyors kifejlődése és a bemutatott esetenél beállott szokatlan remissio.* A Röntgenbesugárzás kedvező hatása is inkább valamely exogen lobos természetű megbetegedés gyanúját kelti. Felhívja a figyelmet a *Guillain* és *Barré* által leírt polyradiculoneuritis megbetegedésre, melynek legjellemzőbb sajátosságaként a szerzők azt a liquorosyndromát jelölték meg, melyet a bemutatott esetben állandóan konstátált, nevezetesen az erős összefehérjeszaporulatot normális sejtszám mellett és a pozitív colloidalis benzoe-reactiók. Ezen esetek gyógyulásra, illetve remissióra hajlamosak.

Kiss P.: *A Guillain és Barré által »dissociation albuminocytologique«-nak nevezett liquorelváltozás (sejtszámszaporulat nélküli fehérjeszaporodás) nemcsak polyradiculitisnél fordul elő.* *Kiss* és *Fényes* bemutattak a szakosztályban egy *Hoffmann-Werdnig*-féle beteget, *Somogyi* és *Fényes* pedig egy

Charcot-Marie-féle beteget; mindkét betegnek a liquorában teljesen hasonló elváltozás volt. Tehát endogen eredetűnek nevezett idegrendszeri elváltozások eseteiben is fellelhetjük a *Guillain-Barré*-féle jelt, sőt a poliomyelitis ant. ac. lezajlásának 3-4. hetében a liquorelváltozás ezzel mindenben megegyező.

Sántha K.: *Radiculomyelitis-esetek.* 1. 28 éves asszony éjjel hirtelen heves, égető, szűrő fájdalmat érez fejének jobb oldalában, ugyanitt bőrén nedvedzést vesz észre. Másnap jobb karja hűdött és bal testfelében a hideg víz érintését nem éri. Negyednapra jobb alsó végtaghűdés. A j. o. I-II. cervicalis-gyökér területén hypaesthesia dolorosa, a hajas fejbőr ezen a területen pörkökkel fedett; a b. o. C₂-től lefelé thermohypaesthesia és hypalgesia, a j. o. felső és alsó végtag pyramidalis típusú hűdése fokozott reflexekkel. Liquorban WaR pozitív, globulin-reactiók pozitívok, colloidalis benzoe: 1-3 és 6-9 csőben teljes kicsapódás. Lumbalpunkció után gyors javulás, kb. hat hét alatt teljes gyógyulás. A kórképet bemutató úgy fogja fel, mint a j. o. I-II. cervicalis-gyökér radiculitisének (herpes és occipitalis neuralgia) ráterjedését a gerincvelő oldalsó részére (*Brown-Séguard* C₂-alatt). 2. 33 éves hajadon. Lázás előzmény nélkül hirtelen nagy fájdalmak a bal felső végtagban, másnap reggel a végtag hűdött, este pedig már a b. o. alsó végtag is gyengült. Egyidejűleg a jobb testfél hónaljtól lefelé érzéstelen. B. o. jelzett Horner-trias, a b. o. felső végtag segmentalis típusú súlyos hűdése (C₇-Th₁) triceps areflexiával, b. o. alsó végtag pyramidalis típusú hűdése fokozott reflexekkel és kóros reflexekkel, a j. o. testfél analgesiaja és thermoanaesthesiaja Th₂ alatt. Mérsékelt leukocytosis, subfebrilitas, liquorban pozitív globulin-reactiók, colloidalis benzoe: 1-8 csőben kiesés. Lumbalpunkció és Röntgenbesugárzás után azonnal meginduló javulás, kb. két hónap alatt gyakorlatilag teljes gyógyulás. A kórkép lényege bemutató szerint a b. o. alsó cervicalis gyökereken meginduló (kar-neuralgia) és a gerincvelő oldalsó szélére ráterjedő (*Brown-Séguard*) acut gyulladási folyamat.

Előadás:

Meduna L.: *Kísérletek a schizophrénia lefolyásának biológiai befolyásolására.*

Hogyan lehet Budapest világfürdő?*

Irta: *Kovácsházy Vilmos* szóf. tanácsnok.

Évente 60.000 főnyi és legalább két hétig ottartózkodó nemzetközi fürdővendéggel s ugyanakkor legalább 300.000 turistával dicsekedhetik Karlsbad. A Tepl folyó szűk völgyébe szorított, többnyire esős és változó éghajlatú város ezt a hatalmas idegenforgalmat gyógyforrásainak és gyógyfürdőinek köszönheti.

Budapestnek is vannak gyógyforrásai, melyeknek kiválóságát, áldásos értékét elismerik (majdnem négyszer annyi, mint Karlsbadnak) és sokkal különb fürdői is vannak, s mégis Budapest egyelőre reménytelenül várja, hogy gyógyforrásait, fürdőit, akárcsak a hazai vagy külföldi betegek nagyobb számmal felkeressék. Sőt sajnos be kell vallanunk, hogy Budapest polgárainak nagyobb része ma is inkább a külföldi gyógyfürdőkön költi el pénzét, a helyett hogy a budapesti fürdőkben keresné gyógyulását.

Azok, akik Budapest jövőjét a város idegenforgalmának fejlesztésével s különösen gyógyfürdőinek az idegenforgalom szolgálatába állításával kívánják biztosítani, sokszor mutatnak rá Karlsbadra, mint utáncandó s elérendő példára. S fel is vetik a kérdést: Budapest, a külföldiektől megcsodált nagyszerű világváros, elismert kitűnő, értékes gyógyforrásaival, pompás fürdőivel, miért ne lehetne olyan látogatott nemzetközi világfürdő, mint Karlsbad? Miért ne jöhetne ide is évente 50-60.000 külföldi fürdővendég s ráadásul még vagy 300.000 turista? Sokan mindjárt felelnek is a kérdésre és megállapítják, hogy a propaganda elégtelenségének, gyámoltalanságának következménye az, hogy a hazai és külföldi betegek nagy tömege nem sereglék Budapestre. Mások viszont érzik, hogy Budapest gyógy-

* Az Orsz. Balneológiai Egyesület őszi nagygyűlésén tartott előadás.

fürdői körül valamelyes hiba van s ezért hirdetik, hogy előbb sürgős tennivalókra volna szükség.

Ahelyett hogy mindkét véleménnyel vitába szállnánk, vizsgáljuk meg miért és hogyan fejlődött Karlsbad nagygyá, nemzetközi világfürdővé s ugyanakkor állapítsuk meg azt is, hogy miért nem sikerült ez eddig Budapestnek.

A hagyomány szerint Karlsbad hőforrásait I. Károly császár 1347-ben fedezte föl, 1349-ben ott várost alapított s 1358-ban vadászkastélyt építtetett. Az első fürdőkórház az adatok szerint 1531-ben épült, az első nyilvános gyógyterem és fürdő azonban csak 1711-ben épül fel az Alte Wiesen. Érdekes évszám ez a budapesti fürdőkkel való összehasonlításával kapcsolatban, mert 1711 előtt 42 évvel, tehát 1669-ben, a török hódoltság ideje alatt Budán járt *Edward Brown* angol királyi udvari orvos és az elragadtatás hangján írja meg könyvében, hogy Budának nyolc nagyszerű fürdőpalotája van már ekkor; vagyis Buda forrásai, fürdői fénykorukat élik, amikor Karlsbad még el sem indult világfürdői útjára.

Az 1772. évben Mária Terézia Karlsbadban új gyógytermet építtet, míg 1812-ben Kinsky grófnő fürdőt és kórházat a szegény betegek részére; 1827—1831-ig építik a források épületeit és a kolonádok egy részét, 1852-ben a cs. és kir. katonai kórházat. Az 1890. évi november 24-én árvíz pusztítja el Karlsbadot, de a császár és Ausztriának egész politikai, gazdasági és pénzügyi szervezete segítségére siet az elpusztult városnak s a csapást a fürdő rövidesen kiheveri s ezután még rohamosabban fejlődik, épül, szépül. 1895-ben épül Karlsbad új fürdőháza, majd új forrásokat nyitnak, hatalmas, nagy, modern szállodákat építenek.

A fürdő látogatottságára vonatkozólag jellemző, hogy Karlsbadnak 1769-ben mindössze 273 fürdővendége volt, 1809-ben a háború alatt ez a szám 113-ra apadt le s csak 1810-ben emelkedik 1253-ra. A kúrázó betegek forgalma azután a következő emelkedést mutatja:

1816	2.019
1828	3.713
1829	4.382
1832	5.633
1834	6.306
1848	2.840
(háborús év)	
1849	4.650
1853	7.145
1856	9.267
1861	10.090
1874	20.235
1888	30.248
1895	42.940
1899	50.606
1909	66.153
1911	70.935
1928	67.675

De Karlsbad sohasem lett volna azzá, ami, ha a császári kegyen, az osztrák kormány állandó támogatásán, a lakosság szorgalmas, igyekvő törekvésén felül még egy hatalmas erő nem segíti. Ez a hatalmas erő Karlsbad orvosainak nagyszerű munkája volt. Karlsbad orvosai a »karlsbadi kúra« kiépítésével, az elért eredményekkel, azok tudományos és népszerű ismertetésével fel tudták kelteni egész hazájuknak, majd Európa összes orvosainak és betegeinek Karlsbad iránti érdeklődését és a mindenkor karlsbadi fürdőigazgatóság nagyszerű tanujelét adva üzleti érzékének is, el tudta érni azt, hogy úgyszólván Európa összes városaiban akadt érdekkörébe tartozó orvos. *Igen, ez az orvosi munka, ez a szervezethez, ez a szervezett*

tudományos és gyakorlati eszközökkel tudatosan kiépített propaganda vonzotta, szállította a kontinens minden részéről a betegek tízezreit Karlsbadba! S ezért Karlsbad világfürdő voltát végeredményben és legelső sorban a karlsbadi orvosoknak köszönheti.

Most vizsgáljuk a budapesti fürdők multját és jelenlegi helyzetét. Régi utazóink: a török *Evlia-Cselebi* és *Mohamed ben Omar ben Bajezid*, a német *Wratislaw* és *Schwieger Salamon*, a flandriai *Busbecq* és az angol *Edward Brown* és mások írásaiból megállapíthatjuk, hogy a budapesti, helyesen budai fürdők fénykorukat a török hódoltság idején élték. Már ekkor gyógyfürdökként használták ezeket a fürdőket. Sajnos a törökök által épített nyolc fürdőpalota nagy része már Buda ostromakor elpusztult és ami belőlük épen maradt volna, azt a győztes hadvezér parancsára október 31-én felgyújtották, aknákkal összerombolták és *Marsigli* már csak a megrongált fürdőépületeket rajzolta le.

Ezután Buda fürdői csak lassan fejlődnek és épülnek újra. Buda visszavétele után a magyar nemzet életében nem következik be a nyugodt építés, fejlődés zavartalan hosszabb korszaka. A nemzet életében egymást követik a szabadságharcok, politikai küzdelmek, amelyek lefoglalják, lekötik a két város, Buda és Pest gazdasági erejét is olyannyira, hogy bár sokszor fordul a figyelem a források és a fürdők felé, mégsem történik ezek dolgában olyan elhatározó komoly cselekedet, amely a fürdők fejlődését erőteljesen előmozdította vagy véglegesen helyes irányba terelte volna.

Hosszú volna most itt a fejlődés egyes momentumaira és az elkövetett hibákra reámutatni, egyre azonban mégis reá kell mutatnom.

Mindenekelőtt meg kell állapítanom, hogy Buda, helyesen Budapest fürdői még a hatvanas, hetvenes években, sőt részben még egyes fürdők azután is egyideig komoly gyógyfürdők voltak. Mindenik fürdőben orvosi felügyelet alatt gyógykezelték a betegeket. Az akkori fürdőorvosokon felül más orvosok és az egész egyetemes magyar orvosi tudomány állandóan foglalkozott Buda forrásainak gyógyászati jelentőségével. Tudományos és népszerű szakmunkák tömege jelent meg évről évre ezekről a kérdésekről.

A fürdők pedig ebben a korszakban látogatottak voltak, olyannyira, hogy a »Najád« fürdőalbum szerkesztője 1863-ban a következőket írja: »Magyarországon sehol sem történik, hogy a fürdővendégek nagy száma miatt panaszkodjanak. Nálunk van csak reá példa, hogy boldog, aki egy fürdőkádban kap éjjeli szállást.« Pedig ekkor már több fürdőnek van szállodája és magának a Császárfürdőnek már 200 vendégszobája van és a környék lakóházai-ban is számos helyen rendezkedtek be arra, hogy a fürdővendégeknek szobákat adjanak bérbe. Még 1881-ben dr. Szathmári Imre szerint: »A Császárfürdőben évente 800 család, vagyis 2.000 bentlakó vendég kúrál az évad alatt.«

Még számos más bizonyító adatot is tudnék felsorolni arra vonatkozólag, hogy Budapest fürdői a legjobb úton voltak, mert mindegyik fürdőnk »gyógyfürdő« volt még ekkor.

Sajnos ezt az utat a fürdők üzleti érdekből elhagyták és ezzel súlyos hibát követtek el.

Az 1885. évi országos s az 1896. évi világiállítás idején fejlődött ki Budapest éjjeli élete s az éjszakázó, lumpoló Budapest a fürdők egy új formáját karolta fel: a gőzfürdőt. Az első budapesti gőzfürdő 1853-ban nyílt meg a Kereszt-utcában. Másodiknak legrégebb fürdőnk, a Rácfürdő alakult át 1863-ban. Az összes fürdők is csakhamar átalakultak gőzfürdőkké, mert ez volt a divat és ez volt a jó üzlet. A gyógyfürdők berendezésüket las-

sanként elorvasztották, elhanyagolták, részben meg is szüntették, orvost sem alkalmaztak.

Gőzfürdőikkel jól megtalálták a fürdők anyagi számításukat egész a világháborúig, sőt még azután is egy-pár évig. A gőzfürdő divatja azonban csakhamar megszűnt. Budapest már nem a régi éjszakázó és reggelig mulató város. A gőz- és tisztasági fürdők válságát azonban leginkább az idézte elő, hogy a háború után Budapesten 43.000 új fürdőszobát rendeztek be. Ha egy fürdőszobára hetenként csak két fürdőt számítunk, akkor évente majdnem ötmillió tisztasági fürdőt, tehát átlagosan évente legalább ötmillió pengőt veszítettek el ezzel a budapesti tisztasági és gőzfürdők. A gőzfürdők elnéptelenedésének oka még az is, hogy ma az ideges, kenyérgonddal elfoglalt budapesti polgárnak nem jut arra ideje, hogy hetenként két-három órát töltsön a gőzfürdőben. Ezenkívül az új generáció teljesen elkerüli a gőzfürdőt, mert inkább a strandfürdőt, az uszodát kedveli, mely utóbbit még télen is módjában van használni.

Ezek után ma az a helyzet, hogy a budapesti fürdők válságos körülmények közé kerültek. Gőzfürdőik, tisztasági fürdőik elnéptelenedtek, bevételeik elmaradtak s ezért a fürdőket a lassú tengődés, egyeseket esetleg az üzembeszünet veszélye is fenyegeti.

Ebből a válságos helyzetből kívánja kiemelni a budapesti fürdőket az állam, a város s a társadalom. A kérdés már napirendre került s a leglojálisabban meg kell állapítani, hogy az érdekeltek, a hivatottak, szakemberek és laikusok, a napi- és szaksajtó, szóval mindenki őszintén át van hatva a kérdés fontosságától. — Az ötletek, elgondolások, tervek, megoldási módok egész komplexuma nyilvánosságot kapott a minisztérium, a közmunkatanács, a főváros, a tárggyal foglalkozó hivatalos és társadalmi szakegyesületek számos ülésén, expozék, előterjesztések, előadások, felolvasások, hozzászólások, a szak- és napisajtó cikkei útján.

A Tabán lebontása, szabályozása, felépítése, a Rudasfürdő és a főváros által újabban megvásárolt Szent Imrefürdő újjáépítése, a Császár- és Lukácsfürdő, de meg a Szent Gellért-szálló és fürdő környékének a rendezése, új forráskutatások stb. ma már mind élő s megvalósítás előtt álló programok s azért én ezeket a témákat akár városrendezési, építészeti avagy éppen balneológiai szempontokból itt nem is tárgyalom, mert ezt nálam hivatottabbak már megtették.

Amikor Karlsbad történetét és Karlsbadnak mint nemzetközi gyógyfürdőnek sikeres eredményeit szembeállítottam a budapesti gyógyfürdők történetével és mai válságával, az összehasonlítást gyakorlati következtetések céljából tettem. Ami sikeres eszköznek bizonyult Karlsbad kifejlesztésében, naggyátételében, azt talán Budapesten is meg lehet valósítani.

Karlsbadban az első fürdőkórházat az adatok szerint 1531-ben gróf Schlick építtette volna, míg 1812-ben Kinszky grófnő a másodikát, de már a XIX. század elején csakhamar számos fürdőkórház áll, 1852-ben pedig már a cs. kir. hadsereg is felépíti kórházát Karlsbadban. Az 1902. évi hetvennegyedik orvosi kongresszus ünnepi albuma szerint Karlsbadban hét, részben városi, alapítványi és felekezeti fürdőkórház, illetve nyilvános gyógyintézet és két fürdőszanatórium van. Kétségtelen, hogy ezek a közkórházi jellegű gyógyintézetek, illetve az azokban kifejtett rendszeres tudományos orvosi munkával elért gyógyeredmények vitték szét a híret a világon Karlsbadnak. Ezekből az intézetekből került ki az a fürdőorvosi kar, amelyik a karlsbadi kúra alkalmazása során folytatott tudományos megfigyelések, kísérletek révén olyan tudományos és gyakorlati szaktudást szerzett, amellyel Európa összes országában az orvosi tudományos körökben a legteljesebb elismerést,

Európa gyógyulást kereső közönsége körében pedig Karlsbad fürdőinek gyógyhatását illetően a legnagyobb bizalmat tudta megszerezni. Végeredményben Karlsbad közkórházi jellegű intézményeiben évszázadokon át folytatott tudományos orvosi munka, *Karlsbad orvosainak nagyszerű munkája tette naggyá és világhírűvé Karlsbadot.*

Nekünk még mindig nincs fürdőkórházunk Budapesten. A gondolat már felvetődött, a megvalósulás azonban még messze késik. Ha azonban a számos és megvalósításra váró elgondolás, terv között a megvalósulás sorrendjét is mérlegeljük, akkor *Karlsbad példája s az előbb elmondottak legelsősorban a budapesti fürdőkórház megvalósítását, mielőbbi felépítését ajánlják.*

A fürdőkórház gyakorlati jelentőségét szociális szempontokból, a szintén elsősorban nagyfontosságú gyógyfürdőorvos-képzés, továbbá a tudományos kísérletek és a tudományos irodalom szempontjából itt nem kell méltatnom. Meg kell állapítanom azonban azt, hogy a fürdőkórház felállításával, illetve a fürdőkórház gyógyulási statisztikájával igazolnánk legmeggyőzőbben azt, hogy Budapest gyógyforrásainak, illetve fürdőinek használatától bizalommal várhat gyógyulást a beteg. Millió és millió díszes, üzleti nyelven megírt propagandafizet vagy ötletes plakátnál sokkal meggyőzőbb, bizalomkeltőbb az eredményes gyógystatisztika s azoknak a betegeknek az önkéntes propagandája, akik a gyógyintézetet gyógyultan hagyták el.

A fürdőkórház nívós munkája lendületbe hozná, előnyösen serkentené a fürdőszállodák orvosainak munkásságát is, s ez az összműködés hamarosan felkeltené annak a beteg hazai közönségnek a bizalmát, amely ma érthetetlen módon külföldi gyógyfürdőkben keres bajára gyógyulást. Erre pedig nagy szükség van, *mert külföldi vendégekre addig nem nagyon számíthatunk, amíg Budapest gyógyfürdőiben nincs nagy hazai betegforgalom.* Hogy kívánhatjuk a külfölditől, hogy fürdőink jóságában, vizeinek gyógyerejében higgyen, ha ideérkezve azt látja, hogy gyógyfürdőinkben hazai beteg alig van, mert ebből arra következtet, hogy mi magunk sem hiszünk abban, amit hirdetünk.

A fürdőkórházat tehát a legsürgősebben megépíteni, berendezni és megnyitni s ezzel a tudományos orvosi munkának megindítását sürgősen lehetővé tenni kellene.

Karlsbad példája azonban utal arra is, hogy egy fürdőnek a fellendítése elsősorban az orvosokon múlik. Karlsbadot orvosainak tudományos munkája, tudása tette világfürdővé. Ha Budapest gyógyfürdői válságos helyzetükből ki akarnak kerülni, akkor erre csak egy mód kínálkozik: összes eddig nagyrésztben tisztasági fürdők céljára létesített berendezésükkel *a komoly szakszerű tudományos orvosi készséggel megszervezett és vezetett gyógyfürdőberendezkedésre a leggyorsabban vissza kell térniök,* amely útra legalább már részben több gyógyfürdőnk reá is tért. Minthogy azonban, miként Karlsbad példája is igazolja, a gyógyfürdők fellendítése elsősorban a gyógyfürdők orvosain múlik, éppen ezért *a gyógyfürdők berendezkedésében, vezetésében, irányításában, propagandájában a szakorvos részére az eddiginél jóval nagyobb hatáskört kell biztosítani.*

Nekem az a meggyőződés, hogy amennyiben a fürdőkórházat rövidesen megépítjük, üzembe helyezzük s ha minden áldozatot meghozunk, hogy az eddiginél hatalmasabb lendülettel megindulhasson az orvosi tudományos és irodalmi munka, ha gyógyeredményeink lesznek és ha a továbbiakban és mindenkor a tudományosan képzett szakorvosaink véleményére támaszkodva valósítjuk meg a programpontokat, akkor a siker, az eredmény nem maradhat el, mert ez az út egyenes, kitaposott, megjárt út, amelynek végén ott van Karlsbad, de ott vannak a többi világfürdők sikerének biztató példái is.

VEGYES HÍREK

Személyi hírek. A székesfőváros tulajdonában lévő fürdők igazgató-főorvosává, egyszersmind a Szent Gellért-gyógyfürdő vezető-orvosává *bilkei Pap Lajos dr.* egyetemi magántanárt, a Széchenyi-fürdő vezető-orvosává *Simicska Gábor dr.-t*, a Rudas-fürdő vezető-orvosává *Kunst János dr.-t* nevezték ki. *Benczur Gyula dr.* egyetemi rk. tanár a fürdők propaganda-előadója lesz. *Széchenyi Nagy László dr.* a budapesti Egyetem III. belklinikájának gyakornoka és *Szántó Géza dr.* a budapesti egyetem II. sebészeti klinikájának gyakornoka a baseli egyetem orvosi fakultásának ösztöndíját elnyerték.

Halálozás. *Dsida Sándor dr.*, Temes vármegye tisztifőorvosa, ny. fővárosi kerületi orvos, január 3-án 67 éves korában Budapesten elhunyt.

Verebély professor 20 éve rendes tanár és áll klinikája élén. Ezt a tudományban és áldást osztó sebészi ténykedésben gazdag két évtizedet a hálás tanítványok serege *Hüttl* és *Neuber* professzorokkal az élén, az Orvsképzési 372 oldalas ünnepi kötetével ünnepelte meg, csendben, de mesterükhöz és magukhoz méltóan. — Negyvenegy kiváló — nagyobbrészt sebész orvos szólal meg e lapokon és ad számot önmagán keresztül Verebély professor kiváló vezető- és nevelőképességéről. Ugy értesültünk, hogy ez még csak a már eltávozott volt tanítványok köteté; — a klinika személyzetének, tehát a mostani tanítványoknak hasonló értékes köteté a tavasz végén jelenik meg.

Midőn erről a mindnyájunk szívét megdobogtató és keblünket büszkeséggel eltöltő ünneplésről számot adunk, magunk is hálás szívvel csatlakozunk az ünneplőkhöz és hajtjuk meg az Orvosi Hetilap elismerésének zászlaját kiváló jubileumsunk előtt, ki mindig kész hívünk gyanánt már annyiszor avatta lapunkat ünnepi számmá egy-egy pompás és tanulságos klinikai előadásával avagy cikkével. Isten óvja, Isten tartsa őt meg nekünk!

Az Országos Balneológiai Egyesület 1935 április végén rendezte Budapesten 40-ik kongresszusát és közgyűlését. Előadásokat március 20-ig lehet *Frank Miklós dr.* egyesületi főtitkár címén (I., Attila-körút 19.) bejelenteni.

A Közkórházi Orvostársulat évzáró közgyűlését január 16-án, szerdán d. u. hat órakor tartja a Budapesti Kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében. *Tárgysorozat:* 1. Elnöki megnyitó. 2. Titkári jelentés. 3. Pénztáros jelentése. 4. Új tagok felvétele. 5. Tisztújítás. 6. *Semmelweis ünnepi előadás.* Felkért előadó: *Guszmán József*, A világra hozott syphilis prophylaxisa.

A budapesti Orvosi Kör előadássorozatának január 14-i előadását este hét órakor a Kör helyiségében *Pólya Jenő* egyet. rk. tanár tartja »A hasi fájdalom« címmel.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 12-én, szombaton délután 6 órakor tartandó ülésének napirendje: *Bemutatók:* 1. *Dubóczy Béla:* Diagnostikus és differential-diagnostikus colloid-képek előállítására alkalmas eljárás a vérsavból. 2. *Pólya Jenő:* Decompressió trepanatiók. — *Hozzávalók a rákcyklus előadásaihoz.* *Dollinger Gyula:* Gondolatok a rákbetegség felől és teendők leküzdésére.

Helyesírási szótár és orvosi műszótár, mely a magyar tőszókat, azok ragozásakor előálló mássalhangzóképzéseket és több ezer orvosi műszó tövét hozza, azok magyaros ragozását is magyarázza, ami az irodalommal foglalkozó orvosoknak különösen hasznos. Kedvezményes ára orvosoknak — ha a szerzőnél: *Horváth Endre*, Kispeszt, Hunyadi-utca 126. rendelik meg — 2 P; intézeti csoportoknak legalább négy példány rendelése esetén 1 P. A rendelés összegét előre kéri beküldeni a szerző.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégyógyászati Szakosztálya január 15-i közgyűlésének és tudományos ülésének napirendje: 1. Elnöki megnyitó. 2. Titkári jelentés. 3. Pénztáros és számvizsgáló-bizottság jelentése. 4. Tisztikar választása. Bemutatók: 1. *Fischer István m. v.:* *Fröschels—Schalit*-féle meatobturátor. 2. *Szendé Béla:* Melléküreggyulladás és agyályoggal szövődött agranulocytosis esete. 3. *Szecsény György:* A tonsilla állományában előforduló izomszövetről.

Arizonában 300 trachomás gyermek részére iskolát rendeztek be, mely szakorvosi felügyelet alatt áll. Ily módon a tanítással kapcsolatban a szem helyes kezelésére is mód nyílik.

Az izlandi kormány a részegeket pénzbüntetéssel sújtja, mely összeget a tudományos pályán működő szűkölködők támogatására fordítanak. A visszaeső alkoholistákat adóval sújtják.

A hollandi kormány rendeletére Java szigetén pestis védőoltásokat rendszeresítenek. Legutóbb 2,700.000 embert oltottak be.

1935. évi Orvostári naptárunkat minden előfizetőnknek a hét folyamán megküldöttük. Akik nem kapták volna meg, kérjük szíves értesítésüket, hogy azt pótolhassuk.

Az angol papság, így a birminghemi püspök, erélyesen tiltakozik a születésszabályozás miatt, a házasságban legalább négy gyermeket tart szükségesnek. Ezzel szemben az Atlantic City (U. S. A.) protestáns püspöksége 44 szavazattal 38-al szemben a születésszabályozás mellett van. Amerikában állítólag évente 1—2 millió abortus történik, melynek 15.000—30.000 anyá esik áldozatul.

Egyetemi város Madridban. A madridi egyetemi város építését még a királyság alatt kezdték s a köztársasági kormányok mindegyike folytatta. A terület hét négyzetkilométer, a római »Citta dell' Universita« tizenhatszorososa. Az épületek 350 hektárt foglalnak el. A botanikus- és állatkert számára 230 hektár terület szolgál. E nagy egyetemi város öt kerületre oszlik: jog- és államtudományi, philosophiai és orvosi fakultások, szépművészetek intézményei, hallgatók internátusai és a sporthelyek. 80 kilométer hosszú 30 út szeli át a területet.

Az orvosi fakultás főépülete 240 méter hosszú és 21 méter magas, ebben van az anatomia, a physiologia, chemia és histologia elhelyezve. Négy nagy előadóterem van 600—600 hellyel, négy kisebb 250 helyes tanterem kívül egy 1600 személyt befogadó nagyterem is van.

Az épületek hátsó részét a könyvtár foglalja el. Ezen centrum körül van a kórbonctani, a közegészségtani, a kísérleti kórtani, mikrobiológiai intézet, továbbá a gyermekklinika, a fertőző betegk pavillonja, a női klinika, fogászat, szemklinika, elme- és idegklinika, a laryngologia és a tuberculosis pavillon.

A belgyógyászati és sebészeti klinika kilencemeletes nagy épületben vannak elhelyezve. A legnagyobb kórterem hatágyas, de számos két- és négyágyas van. A klinikáknak 1500 ágyuk van; egy ágy felállítására 10.000 pengőt igényelt. A gyógyszerintézethez 86 négyzetméter kert van gyógy-növények számára.

Az orvostári épületek több mint 20 millió pengőbe kerültek.

A hallgatóság lakóházai között van épület az átutazó professorok és congressusi tagok számára is. A sporttelepen 17 tennis s minden sport számára megfelelő területek vannak. A stadion 65.000 nézőt fogad be.

Az egyetemi városhoz fog még csatlakozni a technika, az állatorvosi főiskola és a földművelési főiskolák. Érdekes és tanulságos, hogy Spanyolország politikai convulsiói nem zavarták meg az építkezéseket.

G. E.

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

Soós Aladár: Étrendi előírások III. bővített kiadás	5.— P helyett 4.— P
Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230. old., 110 ábra és 16 old. 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 vezérfonala, 86 oldal	2.50 P helyett 6.— P
Issekutz Béla: Gyógyszerrendelés ..	8.— P helyett 6.— P
<i>Az orvosi tudomány magyar mesterei.</i> Kiadja a Markuszovszky Társaság. 196 oldal	4.— P helyett 3.50 P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvételt való rendelésnél a portóköltiséget is felszámítjuk.

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

Kimutatás az 1934 december 30–1935 január 5-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb) és halálesetekről (Mt)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphtheria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis		Morbilli		Influenza		Malaria		Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.
1. Abaúj-Torna	92.827	I	I	—	—	I	—	3	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	111.860	I	—	—	—	7	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.131	5	—	—	—	9	—	5	I	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—
4. Békés	334.130	I	I	2	—	18	2	6	I	—	—	—	—	29	—	—	—	—	—	—	—
5. Bihar	179.115	8	4	—	—	6	I	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	304.182	I	—	I	—	7	I	13	I	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.511	2	—	—	I	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	I	—	—	—	—	—
8. Csongrád	148.191	I	—	—	—	5	I	6	—	—	—	—	—	—	—	I	—	—	—	—	—
9. Fejér	230.719	I	—	—	—	11	—	6	I	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.241	2	—	—	—	9	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
11. Hajdú	180.159	3	2	—	—	3	I	1	I	—	—	—	—	21	—	—	—	—	—	—	—
12. Heves	320.921	8	3	—	—	7	2	4	—	—	—	—	—	6	6	—	—	—	—	—	—
13. Szolnok	417.676	6	I	—	—	19	—	11	—	—	—	—	—	I	—	—	—	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.173	I	—	—	—	4	—	8	—	—	—	—	—	—	—	I	—	—	—	—	—
15. Nógrád és Hont	226.557	3	I	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—	I	—	—	—	—	—	—	—
16. Pest	1418.317	19	2	—	—	43	4	38	2	—	—	—	—	69	—	—	—	—	—	—	—
17. Somogy	388.775	—	I	—	—	5	2	10	—	—	—	I	I	10	I	—	—	—	—	—	—
18. Sopron	143.235	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	I	—	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	410.116	12	5	—	—	12	—	2	—	—	—	—	—	19	5	—	—	—	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	154.630	5	I	—	—	3	I	1	—	—	—	—	—	I	—	—	—	—	—	—	—
21. Tolna	267.560	5	—	—	—	13	—	14	—	—	—	—	—	74	—	—	—	—	—	—	—
22. Vas	274.227	4	I	—	—	19	I	5	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—
23. Veszprém	246.093	2	3	—	—	10	—	8	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—
24. Zala	367.564	5	I	I	—	6	—	7	—	—	—	—	—	I	—	—	—	I	—	—	—
25. Zemplén	148.150	2	I	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
I. Baja	29.329	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1,027.106	5	—	I	—	38	I	45	—	—	—	I	—	113	3	—	—	—	—	—	—
III. Debrecen	121.326	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	37	—	—	—	—	—	—	—
IV. Győr	50.844	I	—	—	—	3	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.825	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	80.729	4	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	53	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	62.597	2	—	I	—	—	—	2	I	—	—	—	—	I	—	—	—	—	—	—	—
VIII. Pécs	65.963	I	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—
IX. Sopron	36.022	I	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	37	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	137.479	I	—	—	—	8	I	6	I	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.247	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen:	8,840.527	113	28	6	I	299	18	232	9	—	—	2	I	512	20	I	—	—	—	—	—
Előző évben:		71	14	7	I	310	21	302	5	4	3	I	—	282	18	3	—	—	—	—	—

Pályázat.

Pályázatot hirdetek a lemondás folytán megüresedett és ideiglenesen helyettesítés útján betöltött vencesellői körorvosi állásra és felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesítésüket, valamint politikai és erkölcsi magatartásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket 1935. évi február hó 11-ik napjának délután 5. órájáig, Gáván, a főszolgabírói hivatalban annál is inkább adják be, mert a később érkező pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

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

A választást 1935. évi február hó 12-én, délelőtt 10 órakor fogom Vencesellő község házánál megtartani.

Gáva, 1934 december hó 30.

vitéz Mikó Bertalan, főszolgabíró.

Pályázat.

Pályázatot hirdetek a nyugdíjazás folytán megüresedett és ideiglenesen helyettesítés útján betöltött kenézli körorvosi állásra és felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesítésüket, valamint politikai és erkölcsi magatartásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket 1935. évi február hó 4-ik napjának délután 5. órájáig, Gáván, a főszolgabírói hivatalban annál is inkább adják be, mert a később érkező pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

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

A választást 1935. évi február hó 5-én, délelőtt 10 órakor fogom Kenézli község házánál megtartani.

Gáva, 1934 december hó 31.

vitéz Mikó Bertalan, főszolgabíró.

MALTOCOL

A beteg légzőszervek kitűnő gyógyszere.

Olcso magyar készítmény

Készíti: THALLMAYER ÉS SEITZ R.-T. BUDAPEST

Pályázat.

Jászdózsa községben megüresedett községi orvosi állásra ezzel pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat, valamint erkölcsi megbízhatóságukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmüket hozzám 1935. évi január hó 28-án déli 12 óráig annál is inkább adják be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

Az állás javadalma a 62.000/1926. sz. B. M. rendeletben előírt illetmények.

Hadirokkantak, vitézek stb. a vonatkozó törvényes rendeletek szerint előnyben részesítendőek.

A választás napjának kitzúése iránt később fogok intézkedni.

Jászberény, 1934 december hó 28.

Dr. Véniss Pál, szolgabíró.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

A Panacea gyógyszervegyészeti rt., Budapest, örömmel értesíti az orvosi kar tagjait, hogy az általa képviselt The Denver Chemical Mfg. Co. cég *Antiphlogistine* nevű készítményét illetőleg új leszállított árakat léptetett érvénybe, úgyhogy az orvosok *Antiphlogistine*-t immár olyan esetekben is rendelhetik, amelyekben a készítmény ára ezideig talán akadályt képezett volna. Az új árak 25%-kal alacsonyabbak.

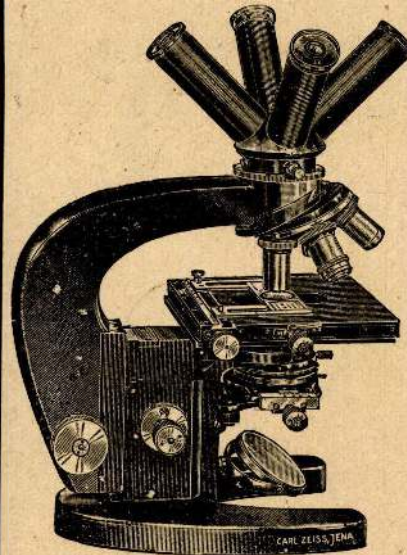
Pestkörnyeki hegyvidéken magaslati levegőtű, fűdülésre igen alkalmas, modernül berendezett **12 szoba fürdőszobás pensióház orvostársat keresek tőke nélkül**

Cím a kiadóban: „Petőfi” Irodalmi vállalat. VII. Kertész-utca 16. sz.

És ismét egy nagy lépés előre!

ZEISS MIKROSKÓPOK

új „L“-állvány



LGG állvány okulárrevolverrel, Abbe-féle világítókészülékkel

Fokozott stabilitás. Kényelmes biztos beállítás, a beállítószerszám mély elhelyezése által. Finombeállítás még egyszer oly pontos. Számos lehetősége a megfigyelésnek a minden oldalra hajtható monokuláris, vagy binokuláris ferdetubus, 4x okulárrevolver vagy Epirud által.

Kérier leírást és ajánlatot a magyarországi vezériképviselőtől:

ij. Jurány Henrik

Budapest, IV.,

Váci-utca 40

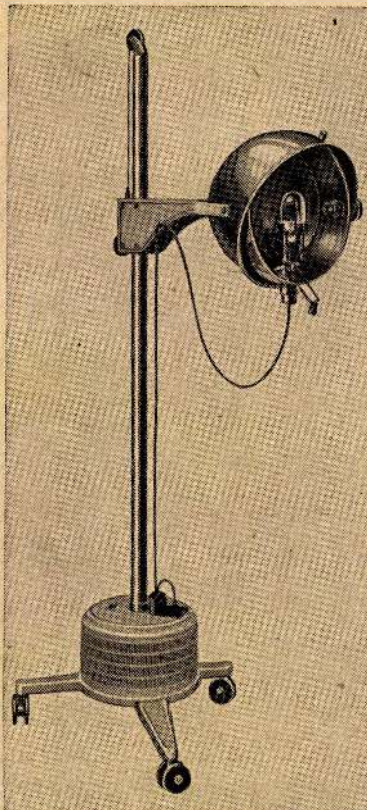
Telefonszám: 83-0-92

vagy közvetlenül



TECHNIKAI UJÍTÁSOK!

az eredeti hanai jubileumi modellü kvarclámpánál.



Az S500 jelű nagy jubileumi lámpánál a következő ujítások vannak.

1. Az égő billentés nélkül automatikusan gyúlad.
2. Az égő 30%-kal nagyobb ultraviolet-intenzitást ad mint a régi 3-pólusú égő.
3. Az ultraviolet-intenzitás további nagymértékű fokozása az új belső koncentráló reflektorral.
4. Az új égő sokkal kevésbé törékeny.
5. Az új váltóáramú égőnek csak két pólusa van.
6. A teljes intenzitást már 2-3 perc alatt eléri.

A „magaslati nap” legfőbb indikációs területei:

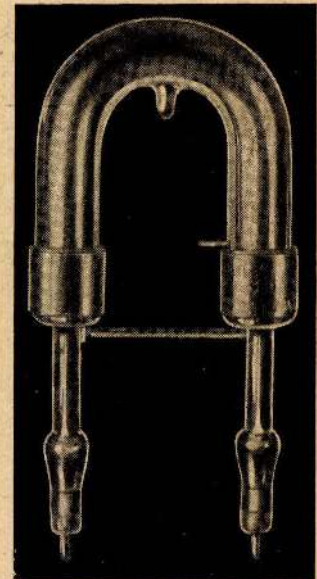
Lábadózás, műtét utáni gyengeségi állapot, abortus, terhesség, túlfeszített munka (különösen éjjeli munkánál): Szívbetegségek, anyagsere-megbetegedések, (csúsz, rheuma, hízás, neuralgiák), migrán, skrofulotikus és gyermekbetegségek (rachitís, szamárköhögés, tetania, diphtheritis, gennyedések):

Tbc., ideges és angioneurotikus állapot (nedves hideg végtagok, hevülés, izzadás, stb.) menstruációs zavarok, mastitis, erysipel, rosszul gyógyuló nyílt sebek, égési sebek és daganatok, fagyás, furunkulus, számos bőrbaj, lupus, hajhullás.

Az eredeti hanai lámpák a szaküzletekben kaphatók.

Díjtan felvilágosítást ad:

Siemens, Budapest, VI., Nagymező-u. 4. Telefon: 24-3-96.



Az eredeti hanai S500 jelű új váltóáramú 2-pólusú kvarcégő

Az elavult és technikailag túlhaladott billentős gyújtású 3 pólusú lámpákat nem gyártjuk többé.

Dr. Wander Rt.

egyenletes, változatlan
ipecacuanha hatás standardizálva

RADIPON

tabletta dr. Wander

1 Radipon tabletta = 1 ek. Ipecacuanha / 05:180 /
 1/2 " " " " / 025:180 /
 1/4 " " " " / 012:180 /
 10 tabletta ára P. 140.

hazai, olcsó, megbízható
expectorans

Dr. Wander gyógyszer- és tápszergyár Rt., Budapest.

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

Petefészek - elégtelenségénél

HOGYIVAL

„CHINOIN“

tüszőhormonkészítmény
egyéni adagolásban

TABLETTA:

50, 100, 300, 1000 M. E.

INJECTIO:

100, 500 M. E. vizes, 1000,
10.000 M. E. olajos oldatban

SUPPOSITORIUM:

1000 M. E.

Rendelhető: Közgyógyszerellátás és Államkincstár,
SZASA, M. kir. Dohányjövedék B. B. Intézet terhére

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal

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

Előfizetések postautalvánvonalon vagy csekkklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el

MEGJELENIK SZOMBATON

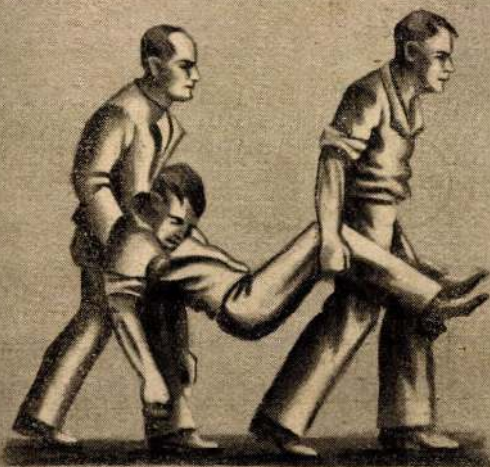
Egyes számok kaphatók a kiadóhivatalban 70 fillérért, Magyar Orvosi Archivum számai 2 pengőért

Hirdetések kizárólagos felvétele

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

Előfizetési díj: Az „Orvosi Hetilap“-ra és Az Orvosi Gyakorlat Kérdéseire együttesen egész évre 26 pengő, 200 ék., 300 dinár, 800 lei, egyéb külföldre 6 dollár vagy a belföldi díjak + portóköltség; félévre ezen összegek fele; negyedévre negyede, egy óra 250 — pengő. A „Magyar Orvosi Archivum“ egész évre 10 pengő, 70 ék., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

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



Cardiazol

(Név védve)

Analeptikum

akut fenyegető állapotoknál, légszám-bénulásoknál, gázmérgezéseknél stb.; subkutan is gyors hatást fejt ki.

Keringésgyógyszer

cirkulációs zavaroknál (fertőzések, kimerültség stb. következtében).

Felnőtteknek szükség szerint 1 ampullát, esetleg 1/2-1 órási időközökben. Orálisan 3-4-szer naponta 20 cseppet vagy 1 tablettát, szükség esetén 1-2 óránként.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN A. RH.
Képvisező: Wack Keresztély, Budapest IX., Rákos-utca 4.

POLYSAN

compl x immunvaccina a szervezet természetes védekező erejének fokozására, valamennyi megbetegedéseknél.

A Polysan szabadon rendelhető az O. T. I. és a székesszlovákiai alkalmazottak segítőalapja terhére, továbbá a székesszlovákiai központi kórházakban.

Dr. PÁPAY-féle oltóintézet és szérumtermelő rt.
Budapest, IX., Lónyay-utca 12 sz.

PHOSPHOROS

ZAMAKO

Dús Calc. phosphor. tribasic. tartalmú kellemes ízű

ZÁBMALÁTA TÁPSZER

Gyenge csontú,

csukamájolajat nem bíró gyermekek helyrehozatalára.

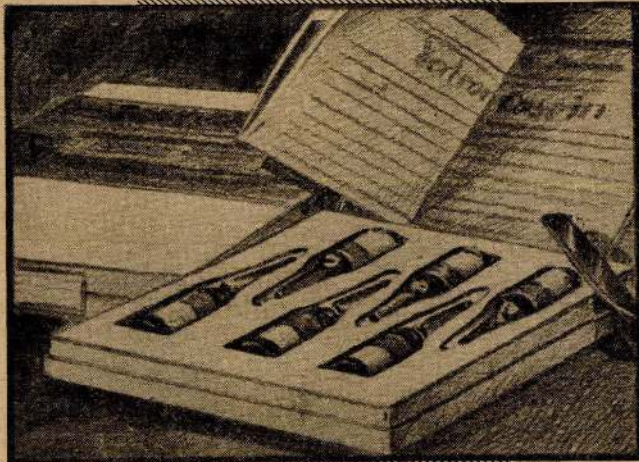
Rendelhető szabadon: Közegyógyászati (O. B. A.), Országos Stefánia Szövetség, Székesszlovákiai alkalmazottak, Tüdőgondozó Intézetek, Keresk. Segélyegylet, Bányapénztárak terhére.

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

Mintával és irodalommal szívesen szolgálunk

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

YATREN- CASEIN



Nem specifikus ingerkezélsre fertőzések megbetegedéseknél, az ízületek és izmok rheumás megbetegedéseinél, a női kismedencebeli szervek gyulladásánál és prophylaktikus célra abortusnál és sepsis veszélyénél



»Bayer«

I.G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

Magyarországi vezérképviselő: MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU R. T. BUDAPEST, V., AKADÉMIA-UTCA 3.

A légutak gyulladásos és hurutos megbetegedéseinél:

CHINOCAL

Kombinált chinin-calcium készítmény. *Influenzás, postoperatív pneumoniáknál* (crouposa és bronchopneumonia). Csecsemőknek, gyermekeknek is minden kellemtelenség nélkül adható. 6 ampullát tartalmazó dobozokban

PARACALS

Kombinált parathyreoidea és calcium készítmény. *Különösen hypermenorrhoeánál és metropathia haemorrhagicánál. Prophylaktikusan is hat!* 6 db 10 cm³-es ampullát tartalmazó dobozokban. 1 ampulla 0-10 g fémcalciumnak megfelelő calciumgluconatot és 50 Collip egység parathyreoidea hormont tartalmaz

CALCIMUSC

Intramuscularisan és intravenásan adható calcium készítmény. 5 és 10 cm²-es amp.

Richter Gedeon Vegyészeti Gyár R. T., Budapest X.

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SÁNDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

TARTALOM:

Boros József: A szív táji fájdalomról. (59—62. oldal.)

Hofhauser János: Az emésztőnedvek kölcsönhatásának jelentősége a sebészeti kórtanban. (62—66. oldal.)

Babics Antal és Vargha Ferenc: A gonoreactióról. (66—68. oldal.)

Miklós László: Immunizálási kísérletek terhelességgel szemben. (68—69. oldal.)

Sellei József: Adatok a dermatitis atrophicans fermentkezeléséhez. (69—70. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (9—12. oldal.)

Petres József: Néhány ritkább ipari szemsérülés. (71—72. oldal.)

Lapszemle: Sebészet. — Szülészet. — Gyermekegyógyászat. — Urologia. — Szemészet. — Bőrgyógyászat. (72—74. oldal.)

Könyvismertetés (75. oldal.)

Egyesületek ülésgyűzőkönyvei: (75—77. oldal.)

Török Lajos: Az ókori zsidók kozmetikája. (77—80. oldal.)

Darányi Gyula: † Theobald Smith. (80—81. oldal.)

Megjegyzések Vásárhelyi Béla »Egy új bemeneti (Barton) fogóról« c. cikkéhez. (81. oldal.)

Vegyes hírek (81—82. oldal.)

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

A szív táji fájdalomról.

(Klinikai előadás.)

Irta: *Boros József dr.*, egyetemi rk. tanár, adjunctus.

Ha a belorvos beteganyagát figyelemmel kíséri, vagy ha arról statisztikai összeállítást szerkeszt, abból a szempontból, vajjon a betegek milyen panaszok miatt fordulnak hozzá segítségért, akkor többnyire az derül ki, hogy a legtöbb beteg panaszai szívére vonatkoznak. Nemcsak nálunk, de az egész világon mindenütt úgy van, hogy a szívbetegségekkel foglalkozó specialista belorvosoknak van a legnagyobb betegforgalmuk, amihez hasonló forgalmat talán csak a gyomor-bél-specialisták tudnak felmutatni. Nem hiába van ez így; a köztudatban a szív, mint a legfontosabb szerv él, aminek működését mindenki gondosan figyeli és ez a szerv az, melynek betegségétől a legtöbben félnek, amely félelem érzékeny idegrendszerű neurastheniás egyénen ahhoz vezet, hogy minden mellkasi kellemetlen érzését a szív valamely feltételezett betegségével hozza összefüggésbe. Mindenki tapasztalhatta, hogy alig van beteg, aki — bár más betegség miatt forduljon is az orvoshoz — meg ne kérje az orvost, hogy a szívét is vizsgálja meg és úgyszólván mindig tud egyéb panaszaihoz még olyanokat is hozzáfűzni, melyeket szívével hoz összefüggésbe.

Sajnos a szív organicus betegsége — különösen az idősebb korban, a 40. életév után — nagyon gyakori. Éppen az ebben a korban támadó szívélváltozások azok, melyek nagyon súlyos és jellemző fájdalommal járnak. Az intelligens beteg, ha 50 évhez közeledik, mind több és több szomorú esetről hall kortársai körében és fokozottabb figyelemmel kíséri szív működését és mintegy várja, mikor kerül rá a sor, mikor jön a rettegett betegség, az angina pectoris, a szív fájások legnagyobbika, amiről ma már minden általános műveltségű ember tudja, hogy koszorús erek betegségével, a korrall járó arteriosclerosisral függ össze.

Előadásom magvát mindenesetre azok a szív fájásfajták kell, hogy tegyék, amelyek a szív organicus betegségeivel függnek össze — helyesebben azok, melyekről biztosan tudjuk, hogy azokat organicus elváltozások okozzák. De nem szabad figyelmen kívül hagynom azt a szív táji fájdalmat sem, amit organicus szívélváltozással összefüggésbe hozunk nem sikerül. Azt a tünetcsoportot, mely ingerlékeny idegrendszerű, neurastheniás embereken gyakori és a szívre vonatkozó panaszok összességéből áll — ezek között a fájdalom is sokszorosan szerepel — anélkül, hogy biztos organicus alapját ezeknek kimutatni sikerülne, szívneurosisnak szokás nevezni; meg kell vallanunk, hogy ismét olyan elnevezésről van szó, mely tudásunk hiányos voltát van hivatva palástolni.

Nem sok évvel ezelőtt még a belső szervek érzéséről, speciálisan arról, ami a fájdalomérzést illeti, keveset tudtunk, de ma már tudjuk, hogy a belső szervek fájdalomérzését a vegetatív idegrendszer közvetíti és a szív is bőven el van látva centripetalis, a fájdalmat is közvetítő idegrostokkal. A szívet a parasympathicus és sympathicus idegrendszer látja el rostokkal. A centripetalis rostok, melyek a fájdalmat is közvetítik a központi idegrendszerhez, egyrészt a n. vagusban haladnak mint depressor rostok (állatban önálló ideg), másrészt sympathicus rostok haladnak a szívből főképpen a középső és alsó nyaki ganglionhoz, valamint a ganglion stellatumhoz, melyek a ramus communicans albuson keresztül jutnak be a gerincvelőbe. Hyman és Parsonet tagadják hogy a szívtől jövő érző rostok a középső cervicalis ganglion fölött is futnának. A fájdalom közvetítésében tehát az alsó nyaki és felső háti segmentumok szerepelnek, főképpen a VIII. cervicalis és a felső négy háti segmentum területe és ezért a szív fájást kísérő kisugárzó fájdalom is ezen segmentumoknak megfelelő érző idegek területein jelentkezik (*Mackenzie, Edens, Leriche* stb.). Az egész szív, úgy az érrendszer, valamint az izomzat is bőven el van látva érző idegvégződésekkel.

Az elmondottakból következik, hogy a szív bármely részéről úgy az erek, valamint az izomzat részéről is juthatnak érzések, speciálisan fájdalomérzés, tudomásunkra.

Az elmondott sokszoros idegösszeköttetések magyarázzák a szív táji fájdalmat kísérő kisugárzó fájdalmakat és egyéb érzéseket, mint amilyen pl. a szorongó érzés is. *Mackenzie* magyarázata a viscerosensibilis és visceromotoros reflexmechanizmusról mindezt kellőképpen érthetővé teszi.

Klinikai szempontból nagyon fontos az, hogy az idegrendszernek, speciálisan a vegetatív idegrendszernek állapota a fájdalomérzés keletkezésében elsőrendű jelentőségű. A fájdalomérzésben rendkívüli nagy különbségek vannak egyénenként és ezt elsősorban a központi és vegetatív idegrendszer érzékenységének, irritabilitásának különbsége magyarázza. Az a tünetcsoport, melyet »szívneurosis« néven ismerünk, tulajdonképpen egy sok ismeretlenből összetett beteges állapot; a szívre vonatkozó panaszok csoportja ez, mely panaszok között sokszor, talán leggyakrabban a fájdalom is szerepel. A tünetek jól ismertek, de anatómiai alapjuk, létrejöttüknek feltételei ismeretlenek és csak az bizonyos, hogy »ideges« emberek betegsége ez és mint az ilyen emberek minden betegsége, úgy ez is tünetekben, panaszokban gazdag. Az ilyen betegek szívfájdását jellemezni nehéz, mert azt sokféle alakban elmondva halljuk. Néha megtévesztésig hűen az angina pectorisra jellemző fájdalmakat mondanak el — *Jendrassik* ilyenkor pseudo-angináról beszélt — és ilyenkor gondos kérdés és vizsgálat szükséges ahhoz, hogy a valódi anginát kizárhassuk. Az ilyen betegek a keresztkérdések ostromában legtöbbször mégis árulnak el olyan körülményeket, melyek az orvost a helyes útra vezetik. Talán említésre méltó az a tapasztalat, — ezt sokszor volt alkalmam észlelni — hogy neurastheniás betegek az ilyen fájdalmat úgyszólván mindig oda helyezik, ahol szerintük a szív fájdalomnak lennie kell, tehát a mellkas baloldalára, a szívcsúcs tájékára, nem a sternum mögé, ahol az igazi angina pectoris fájdalma a leggyakoribb. Az ilyen betegek érdeklődő, kíváncsi természetüknek megfelelően az anginás betegeket alkalomadtán megfigyelik, a tüneteket figyelemmel kísérik és talán ez az oka annak, hogy a kisugárzó fájdalom leggyakoribb fajtájáról, a bal karba kisugárzóról gyakran panaszoknak; evvel szemben ilyen esetben úgyszólván sohasem hallottam azt, hogy szív táji fájdalom a nyakba, tarkóba vagy az állkapocsba sugárzott volna ki, nyilván ezen ritkább jelenségről tudomást nem szereztek. A szorongó érzés gyakori panasz, a halálfélelem azonban, a megsemmisülés érzése tapasztalásom szerint neurosisban a legnagyobb ritkaságok közé tartozik; fontos körülmény, amit figyelmen kívül hagynunk nem szabad. Jellemzőnek gondolom, hogy az ilyen neurosison alapuló szív fájdalom főképpen a fiatal évek betegsége vagy legalább is kezdete a fiatal korra nyúlik vissza és ez az orvos szempontjából gyakran még inkább lehetővé teszi az elkülönítést, ami idősebb betegeknél sokszor a legnagyobb nehézségekbe ütközik és sokszor — sajnos — teljesen lehetetlen. Hány-szor fordul elő az, hogy idősebb emberen nem tudjuk, hol van a »neurosis« határa és hol kezdődik a coronaria betegség okozta valódi angina pectoris? Az elkülönítésben nem jelentéktelen a therapiás kísérlet sem, az ex juvenibus elvén alapuló ítélet, amiről későbben még lesz szó.

Külön említést érdemel az az érzés, amit különösen szintén ideges embereknek az arhythmias szív működés okoz. Különösen az extrasystolés arhythmia okoz nagyon kellemetlen érzéseket; ez érzések között ritkán — legtöbbször nem jelentős — fájdalomérzés is szerepel, amit a betegek magasan, a manubrium sterni tájára szoktak helyezni és egyúttal olyan érzést, mintha a torkukat valami hirtelen összeszorítaná. Az extrasystolés okozta kellemetlen érzések között egyénenként nagy különbségek nyilván fokozatiak és az idegrendszer érzékenységétől függőek. A fájdalmat

egyesekek szerint az időelőtti dobbanó systole okozza, de talán még inkább okozhatja a compensáló pauzát követő nagyobb systolés nagyobb kilökött vérmennyiségével és nagyobb izommunkájával.

A szív betegségeivel összefüggő fájdalmak közül nem hagyható említés nélkül a pericarditist kísérő fájdalom. Az acut pericarditisnek úgyszólván állandó tünete a fájdalom, mely a betegség kezdetén a leghevesebb és előbb jelentkezhet, mielőtt a baj bármely egyéb manifest tünete kimutatható lenne. Bizonyos, hogy a fájdalmat a lobos pericardium lemezeinek a szív működéssel összefüggő dörzsölődése okozza és ezért exsudatum keletkezésekor csökkenni szokott és teljesen meg is szűnhet. Ritkán észlelték azt, hogy a fájdalom — a szív működés mozgásának megfelelően — lüktető (*Ortner*); én magam ezirányú különös megfigyelések dacára is ezt sohasem tapasztaltam; a fájdalom inkább a légzéstől függő és a pleuritis fájdalmhoz hasonlóan — akadályozza is. *Chronicus adhaesiv pericarditis* egyik fajtájának sem tartozéka a fájdalom, legtöbbször mellkasi fájdalom nélkül látjuk ezeket a betegeket és ha mellkasi fájdalmuk van, ez sokszor nem is pericardialis eredetű.

A szív táji fájdalmak közül egy sincsen, mely jelentőségében megközelítené azt, amely az angina pectoris tünetcsoportjához tartozik. Sokak szerint ez a fájdalom, amelynek helyes magyar neve tudtommal nincsen, az emberi szenvedés legnagyobbja, a legkínosabb fájdalom, amit az emberi pathologia ismer. Biztos az, hogy az ilyen kijelentések nagyon önkényesek, mert hiszen a fájdalom érzése teljesen egyéni és annak foka nagymértékben függ a beteg érzékenységétől, idegrendszerének egyéni beállítottságától, mégis valamelyes létjogosultsága van azért, mert kétségen kívül igen nagy fájdalom és az egyedüli, mely halálfélelemmel jár együtt. Ez a halálfélelem az, mely ennek a fájdalomnak borzalmasan egyéni jellegét megadja. Az angina pectoris fájdalomával lényegében azonos az a fájdalom is, amelyet az art. coronaria elzáródása okoz; mindkét esetben különböző tünetcsoportnak ez a tünete közös, bár jelentkezésének körülményei, a fájdalom intenzitása, tartama stb. tekintetében különbségek vannak és leghelyesebb is ezen különbségek miatt mindkettőről külön-külön is szólni.

Az anginás fájdalom rohamszerűen támad, legtöbbször hirtelen, anélkül, hogy a beteg azt előre sejtene, bár bizonyos előzetes jelenségek néha előfordulhatnak. A betegek egy része néhány perccel vagy csak másodperccel a fájdalom keletkezése előtt a balkéz zsibbadását érzi, de ez a zsibbadás előfordulhat másutt is, így a váll, nyak, arc, nyelv zsibbadását is észlelték. De furcsa, sokszor alig definiálható érzés, paraesthesia stb. előzheti meg a fájdalomrohamot a test valamely más részén is. Nagyon ritkán előzik meg ezek a fájdalmat annyi idővel, hogy a betegnek ideje lenne preventív intézkedésre; legtöbbször néhány másodperccel van csak szó.

A fájdalom legtöbbször munkaközben, vagy járásközben, tehát mozgás, testi megerőltetés alkalmával lepi meg a beteget, bár ez korántsem szabály. *Huchard* különösen jellemzőnek tartja, hogy az első roham mozgásközben támad, az utána következő megismétlődés már akár milyen körülmények között támadhat. Tény az, hogy a munka, a fizikai megerőltetés, ami a szív munkáját fokozza, elsősorban szerepel, mint kiváltó ok, de számos egyéb ok is vezethet anginás fájdalomrohamhoz. Ezek között mint gyakori okok a psychés izgalom, a bőrfelületre hirtelen ható hideg (vasomotor reflex), a bőséges étkezés után a gyomor túltömöttsége vagy sexualis izgalmak legyenek megemlítve. *Hochrein* említi, hogy rendszerint a zárt szobában mozgás nem, de a szabad levegőn történő kiválthatja a fájdalmat. Csakugyan, különböző okok ilyen

summálódása gyakrabban vezet fájdalomroham kiváltásához: ilyen pl. az evés utáni, telt gyomorral történő járás vagy munkavégzés, vagy a szélben járás, ami a leggyakrabban hallható panasz. A testi túleröltetés fontos szerepe kiténik abból is, hogy túleröltetett sportteljesítmények kapcsán egyébként egészséges fiatal emberek is kapnak erős szívűtáji szorongást, sőt fájdalmat, mely igen heves, tipusosan anginás fájásig fokozódhat. Az erőltetett hegemaszáskor támadó szorongó fájdalmat úgyszólván mindenki érezte már és ma már nem lehet kétséges, hogy ez lényegében azonos az anginás beteg fájdalmával. A mi szempontunkból azonban fontos az, ha a mindennapos élet megszokott munkateljesítménye vezet egyszerűen anginás fájdalomhoz. Kétségtelen azonban, hogy anginás fájdalom minden kimutatható ok nélkül is támadhat, sőt nem egyszer éjjel, alvásközben is előfordul, a beteget a fájdalom felébreszti. Az ilyen angina biztosan organikus alapon keletkező, sohasem ideges pseudo-angina. Igen gyakran ez az éjjel támadó roham szívinfarktusnak bizonyul (Ekg).

A fájdalom leggyakrabban egészen hirtelen kezdődik és hirtelen szűnik, mindazonáltal gyakori, hogy fokozatosan erősödik és fokozatosan szűnik. *Kaufmann* két típust különböztet meg és hasonlóan ahhoz, ahogy *Mayer* a lázmenetek között krisises és lisesis típust nevezett el, ő is krisises és lisesis fájdalomgörbéről beszél. A krisises típus kétségkívül a súlyosabb, komolyabb fajtája a fájdalomnak; ez a klasszikus angina, ahogy azt legnagyobb ismerői és első ismertetői leírják (*Heberden, Wagner, Mackenzie*). A fájdalom teljesen váratlanul, meglepetésszerűen jön és nagyon hirtelen fokozódik a maximumára. Ezek azok a betegek, akik gyakran mozdulni sem mernek, főként azért, mert a nagy halálfélelemmel járó fájdalom szinte megdermeszti őket. Az ilyen típusban a hirtelen haláleset gyakoribb, nyilván azért is, mert gyakran coronariathrombosis okozza; a coronariathrombosis fájdalma is, mint arról szó lesz, nagyon sokszor hasonlóan hirtelenül kezdődik. A másik típus, a lisesis típus fájdalma lassabban fokozódik és nem szokott olyan intenzitású lenni, mint az előbbi és sokkal kisebbfokú félelemérzéssel is szokott társulni; semmiesetre sincsen az a félelmes képe, mint az előzőnek. Francia szerzők szerint mennél tovább tart a fájdalom első intenzitásában növekvő periodusa, annál hosszabb ideig tart a fájdalom és lassabban szűnik. Nitroglycerin az első típusban kevésbé, a másodikban jól hat. Természetesen *Kaufmann* két típusa extrem variánsokat jelent és átmeneti képek, kevert esetek nagyon gyakoriak, sőt ugyanazon betegen a fájdalom mindkét típusa előfordulhat.

A fájdalom időtartama különböző, de biztos, hogy — különösen a coronariathrombosis kísérő fájdalomhoz viszonyítva — általában rövid ideig tart. Túlnyomóan legtöbbször percekről van csak szó, ritka az olyan eset, ahol félóráig tart a fájdalom és csak nagyon ritkán tart ennél tovább. A rohamok gyakorisága szintén nagyon változó; van olyan szerencsés beteg, aki csak ritkán, hónapok vagy évek során kapja meg egyszer-egyszer fájdalomrohamát, másik naponta, vagy naponta többször is elszenvedi azt. Különösen az ingerlékeny idegrendszerű emberek azok, akiknél nagyon gyakori. Előfordul, hogy a beteg mindannyiszor megkapja, ha bizonyos számú lépcsőt jár, vagy másik beteg, amint hidegebb levegő éri. Egyik betegünk a kórteremben minden ablaknyitáskor anginás rohamot kapott, történt legyen ez napjában többször is és az idegrendszer fontos szerepét mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy a nagy vérnyomásfokozódással és tachycardiával járó roham gyakran abban a pillanatban kezdetét vette, amint az ablakszárnyak nyíltak, előbb, mielőtt őt a hideg levegő érte volna. A psychés momentum fontos szerepét

bizonyítja még az is, hogy a roham beállt nyáron is, pedig akkor adott esetben az ablakon át melegebb levegő áramlott be, mint volt a szoba levegője.

A fájdalom helye az esetek legnagyobb részében a sternum tája, leggyakrabban a sternum közepe és felső fele, a manubrium sterni tája. Ezt a localisatiót mindenképpen az anginás fájás jellemző típusának kell tartanunk. A fájdalom jellegére vonatkozólag a betegek bemonadása nagyon különböző és azt hiszem, hogy ez nem is lényeges, hogyan jellemzi azt a beteg; a fájdalomérzés annyira subjectív, hogy annak jellege mindenkor a beteg idegrendszerének beállítottóságától is függ. Azt lehet mondani, hogy minden beteg egyéniségének megfelelően, neurastheniájának foka és természete szerint érzi és jellemzi fájdalmát és ebben a jellemzésben szerepe van a beteg intelligenciájának és műveltségének is. A neurastheniás, intelligens és művelt ember hasonlatokkal fejezi ki magát, mint azt *Jendrassik* szokta hangsúlyozni; ezen sokszor igen bizarr hasonlatoknál sokkal fontosabb néhány érzés, mely az anginás fájdalomnak mindenkor közös sajátága, majdnem szükségképpen tartozéka, melyet majdnem minden beteg egyaránt érez és mond el. A fájdalom ezen jellemző sajátágait egyes szerzők »secundær fájdalomjelenségek«-nek nevezik, ezek: a mellkasi szorongó érzés, a halálfélelem és a jellemző kisugárzások.

A szorongó érzés (Beklemmung) nagyon állandó kísérője az anginás fájdalomnak és az enyhe, kisebb rohamokat is úgyszólván mindig kíséri. A legenyhébb alakjában az anginás rohamoknak esetleg csak ez a szorongás, talán sternum-táji nyomásérzéssel együtt van meg lényeges fájdalom nélkül, ami fontos és jellemző voltát bizonyítja. Olyan érzés ez, mintha a mellkast valami összeszorítaná, a légzés nehezítetttségének érzését okozva, holott valójában dyspnoeról szó sincsen. *Mackenzie* visceromotoros reflexnek tartja, az intercostalis izmokra áttett izgalommal magyarázza és ez az egyetlen elmélet is, amivel ezt az érzést magyarázni megkísérelték.

A halálfélelem a nagy fájdalommal járó rohamok kísérője, míg kisebb rohamokban kisebb fájdalom mellett nem olyan kifejezett; a coronariathrombosis »nagy rohamait« úgyszólván kivétel nélkül kíséri. Ez az érzés semmi más fájdalomkor nem támad, csak a szívvel összefüggő fájdalmat kíséri és ez — a szorongó érzéssel együtt — adja meg az anginás fájdalom teljesen egyéni jellegét. Bár, mint mondtam, nagyobb fájdalom rendszerint nagyobb halálfélelemet okoz, azért e tekintetben is vannak különbségek. Mint a szorongó érzés, úgy ez is előfordulhat, bár ritkán, lényeges fájdalom nélkül; magam is észleltem anginás rohamot, amidőn a szorongó érzés és halálfélelem mellett a beteg semmi fájdalmat sem érzett; a későbbi kórlefolys (nemsokára azután szívinfarktus) és az Ekg. biztosította a helyes értelmezést. Az egyébként legnagyobb fájdalmat okozó coronariaelzáródás is járhat szívűtáji fájdalom nélkül — magam is észleltem ilyen beteget — de nagy halálfélelemmel. Úgy látszik, hogy a halálfélelem, ha az szívűtáji sensatiókat kíséri, bizonyító erejű jelenség, bár ezt a tételt visszafordítani nem helyes; enyhe rohamok nélkülözhetik ezt a nagyon jellemző kínos érzést. *Cannon* szerint létrejöttében az adrenalinnak van szerepe; *Levine* vizsgálatai szerint adrenalininjecióval arra alkalmas egyéneken tipusos anginás roham váltható ki a jellemző félelemérzéssel.

A fájdalom ritkán marad a sternum tájékára elszigetelten, annak kisugárzása közönséges jelenség; leggyakrabban helyek a bal váll és bal kar, az alkar főképpen az ulnaris oldalon, a nyak, a tarkó tájéka, az áll, a nyelv, valamint ritkábban a jobb váll és a jobb kar. A fájdalom kisugárzását ezekre a régiókra az említett idegösszeköttetések,

nyilván sympathicuson haladó reflexpályák jól érthetővé teszik; sokkal nehezebb azonban a test más helyén ritkán észlelhető irradiációk reflexmechanizmusát megmagyarázni. Így pl. ismeretesek esetek, amikor a mellkasi fájdalom a hasban, herében, végbélben érzett nagy együttes fájdalommal járt. A kisugárzó fájás említett helyein objektív érzésváltozás nem ritka; legtöbbször hyperaesthesiás területeket találtak a kisugárzás legmegszokottabb helyein, így a bal hónaljban és a bal fel- és alkaron, nagyon ritkán anaesthesiás foltokat.

Diagnostikai szempontból igen nagy nehézségeket okozhatnak azok a teljesen atypusos esetek, amidőn a fájdalom nem a mellkason, hanem valahol másutt, leginkább a szokásos kisugárzás egyik-másik helyén támad. Az ilyen esetek korántsem ritkák. Egyik ilyen betegem kis emelkedés vagy egy emelet lépcsőmászása alkalmával rendszeresen szorongó érzéssel kapcsolatos fájdalmat érzett a gégejében, de melle sohasem fájt. Nitroglycerin azonnal szüntette. Más esetek ismeretesek, ahol a fájdalom csak a vállban, kulcsfont vagy lapocka tájon, tarkóban, bal fel- és alkarban támadt hasonlóan jellemző körülmények között, szorongó érzéssel vagy gyakran anélkül is. Az ú. n. »hasi angina« is idetartozik, bár ez leggyakrabban a coronaria-thrombosis »nagy roham« képeiben jelentkezik; itt is, vagy egyszerű anginás rohamként jelentkező cholelithiasis, gyomor vagy pancreás betegség hamis diagnózisra adhat okot és a betegek nem egyszer maguk is inkább gondolnak más betegségekre, legkevésbé szívük bajára. Útbaigazításul szolgálhatnak a keletkezés körülményei (ha pl. következetesen testi munka után támad) és az ex juvantibus ítélet nitroglycerin adására.

A prognosis szempontjából nézve az angina pectoris azon betegségek közé tartozik, amelyeknél a jövőre vonatkozólag ítéletet mondani nagyon nehéz. E tekintetben kevés támpontot nyújt a tapasztalat, de mégis némi irányelvek az idők folyamán kialakultak a szív táji fájdalomnak ilyen szempontból elbírálása terén. A tapasztalat szerint a munkaangina jobb prognosist, mint a nyugalomban támadó, még ha nem szívinfarctusról is van szó. Régi klinikusok szerint az olyan esetek, amidőn előbb enyhe fájdalomrohamot később mind nagyobb fájdalommal járó komolyabb rohamok követnek, esetleg a rohamok szaporasága is nő, komoly megítélés alá esnek; az ilyen betegek élettartama rövid, csak egy-két esztendő. Evvel szemben jobb megítélés alá esik az az eset, amelyben a kezdet nagy, fájdalmas roham volt és a későbbi rohamok enyhébb lefolyásúak. Ilyen betegek practice teljesen gyógyulhatnak, sőt nagy kort érhetnek el. Természetesen más lefolyása is lehet a betegségnek, rendszertelenül támadó különböző intenzitású fájdalommal és ezen esetek rendszertelensége lehetetlenné teszi a prognosist. Az anginás betegek azon neurastheniás typusa, akiknek hosszú éveken keresztül sűrűn támadó, mindig közel egyforma intenzitású rohamai vannak, akik rendszerint chronicus nitroglycerinevőkkel válnak, elég jól ismert típus és itt a prognosis adása nehéz; száz és száz egyforma múló roham után váratlan meglepetést okozhat egy hasonló roham alatti hirtelen halál, míg máskor esztendők után éppen olyan váratlanul e rohamok megszűnnek és a beteg végleg vagy hosszú időre panaszmentessé válhat. Az ilyen neurastheniás betegek körülményei hatása nagymértékben érvényesül és sorukra akár döntő befolyás is lehet. A lueses betegek anginája rosszabb prognosist szokott lenni, ami már a baj természetéből is következik: ilyenkor ugyanis a coronariák szájadéka szűk és előbb-utóbb az egyik vagy mindkét oldali koszorúsér elzáródása okozza a halált.

(Folytatjuk)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Az emésztőnedvek kölcsönhatásának jelentősége a sebészeti kórtanban.*

Irta: Hojhauser János dr. egyetemi tanársegéd.

A fejlődésben lévő és már kifejlődött egyén szerveinek együttműködését sajátos törvényszerűséggel tartja összhangban a correlatio a maga mechanikus, chemiai, haematogen, neurogen és hormonalis eszközeivel. A mindennapi tapasztalat és legegyszerűbb kísérlet alapján fel kell tételni, hogy a belső elválasztású mirigyek példájára egyéb mirigyek, elsősorban a tápcsatornába ürítő emésztőmirigyek, valamint az általuk termelt emésztőnedvek működése között a legegyszerűbb kölcsönhatás van synergismus és antagonismus alakjában.

Ez a kölcsönhatás biztosítja egyfelől egészséges egyénben a táplálékul felvett anyagok zavartalan előkészítését a felszívódásra, másrészt kóros körülmények között felvilágosítást nyújt olyan elváltozások eredetére, melyeknek elbírálása e nélkül aligha volna lehetséges.

A vizsgáló előtt az esetek morfológiai megítélése folytán először a legkönnyebben érzékelhető anatómiai rendellenességek tűnnek fel. Ám a kóros elváltozások okozati összefüggéseinek keresésében és magyarázásában különféle működésekkel és physikai megélettani fogalmakkal is számolni kell. Csak megemlítjük a fermentumok emésztő hatását. Közöttük minőségi és bizonyos egységekben kifejezhető mennyiségi különbség van. Továbbá megemlítjük a szöveteknek az önemésztődéssel szemben kifejtett ellenálló-képességét. Ez a tulajdonsága többé-kevésbé minden élősejtnek megvan. Legkifejezettebben a tápcsatorna élő, egészséges hámsejtjeiben.

E tekintetben nemcsak egyéni különbségeket ismerünk, hanem az adott viszonyokhoz való alkalmazkodás révén szerzett fokozott ellenállóképességére is. Hivatkozhatunk egyrészt gyomorsipolyon táplálkozó betegek hasfali bőrének az önemésztéssel szemben kifejtett igen különböző és az idők folyamán fokozódó ellenállóképességére. Másrészt Bakay professor vizsgálataira, melyekkel Buday professzorral egyértelműen megállapította, hogy évek óta bőrből képzett művi nyelöcsövön táplálkozó egyének e célra felhasznált bőrében milyen mélyreható elváltozások jönnek létre a megváltozott működés következtében. Ezeknek célja szövettani vizsgálattal pontról-pontra kimutathatólag az új feladathoz való alkalmazkodás.

Egészséges egyénben a fermentumok emésztő hatása és az önemésztődéssel szembeni védekezés egyensúlyban van. Kóros következményekkel az emésztő hatás túlsúlyba kerülése és az ellenállóképesség csökkenése jár.

Az emésztőnedvek között legfontosabb szerepű a gyomor- és duodenumnedv, epe-, hasnyálmirigyváladék. Egyesülésük a patkóbélben történik, kölcsönhatásukat is elsősorban itt fejtik ki. Már ebből a tényből is könnyen értelmezhető, hogy az általuk okozott bántalmak leggyakrabban és legsúlyosabb mértékben éppen a duodenumban és a vele közvetlen összeköttetésben lévő szervekben fordulnak elő, nevezetesen a gyomor pyloricus részén, a pankreasban, a legfelső vékonybélkacsban és mint látni fogjuk, az epehólyagban.

Mindenféle emésztési bántalomban az alkaton és hajlamon kívül két fő ok szerepel. Az első valamilyen ismeretlen és utólag már rendszerint közelebbről pontosan meg sem

* Az Orvosi Nagyhét keretében a Sebésztársaság 1934. május 29. gyűlésén tartott előadás.

határozható ártalom, mely a helyi ellenállóképességet különösen az önemésztődéssel szemben csökkenti. Ez lehet mechanikai, kémiai, bakterium hatás és egyszerűen helybeli keringési zavar, érgörcs vagy organikus érfalelváltozás miatt. A másik tényező az emésztőfermentumok hatása. És itt már most hangsúlyozni szeretnénk, hogy az általánosságban ismert pepsinhatás mellett legalább egyenrangú szerepe van a trypsinnek is. Sőt míg a pepsin működési területe a sósavval való szoros kapcsolata miatt csak a gyomorra szorítkozik, a trypsin akadálytalanul fejtheti ki hatását az egész bélhuzamon kívül a pankreasban, epehólyagban, sőt lúgos viszonyok mellett még a gyomorban is.

Az epe és a trypsin kölcsönhatásának szerepe legrégebben ismert a pankreaselhalás keletkezésében. Különbséget kell tenni az egész mirigyre, vagy legalább is annak nagy részére kiterjedő heveny, általános tüneteket okozó elhalás és más betegségekhez csatlakozó, műtét, még inkább boncolás alkalmával csak mellékes leletként véletlenül talált, kis kiterjedésű nekrosis között.

Az I. csoportban az epéhez való szoros kapcsolat szembe-tűnő, a vezetékek csaknem mindig kimutatható közös beszádazása és epekövek jelenléte miatt. A II. csoportban statisztikai adatok igazolják az összefüggést. Legújabbban Jaffé 300 boncolt eset 27 %-ában talált részleges nekrosist. Leggyakrabban epekő (49 %) és májbetegségek (40 %) mellett; szív és keringési betegségekben 31 %, ezektől eltekintve, egyéb megbetegedésben elhúnytak 21 %-ában észlelte.

Aránylag ritka előfordulásából arra kell következtetni, hogy keletkezésének nem egyetlen feltétele az epe és a trypsin kölcsönhatása, hanem más ártalmak közreműködése is feltétlenül szükséges. Állatkísérleteink is emellett szólnak. Nevezetesen kutyákon steril epe befecskendezése a pankreas állományába egyszer sem járt még csak helybeli elhalással sem, viszont fertőzött epe és a pankreas zúzása sem okozott minden esetben elhalást.

Ezek alapján szükségesnek tartottuk megvizsgálni, hogy milyen következményekkel jár, ha az epehólyag és a pankreas között műtét segítségével közvetlen összeköttetést hozunk létre. E célból több kutya epehólyagját a májagyából felszabadítottuk és a pankreas harántul átvágtuk. A vérzést pontosan csillapítottuk, vigyázva, hogy a pankreas-vezeték le ne kössük, majd az epehólyag fundusán akkora nyílást készítettünk, hogy a proximalis pankreasconk kényelmesen befért a hólyag üregébe és ott körkörösén, serosa varratokkal rögzítettük.

Az állatok a műtétet feltűnően jól bírták. Az első kutyán három hét múlva a pankreas belenőtt az epehólyagba, sőt szövettani vizsgálataink szerint az epehólyag nyálkahártyájának hámlása csaknem teljesen ráterjedt a pankreas metszési felszínére. Sem az epehólyagon, sem a hasnyálmirigyen emésztődésnek semmi nyoma nem volt kimutatható.

A második csoportban a choledochust tíz nappal az első műtét után lekötöttük és az epehólyagba coli emulsiót fecskendeztünk. Az állatok körülbelül 48 óra múlva súlyos pankreasnekrosis és peritonitis miatt elpusztultak.

A harmadik csoport pankreasvezetékét már az első műtét alkalmával lekötöttük. Pankreaselhalás nem keletkezett. Kísérleteinket tovább folytatjuk. Az eddigi eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy a pankreas az epehólyagba inplantálni lehet; sterilítás feltételeinek betartása mellett önemésztődés nem keletkezik.

A trypsinhatás további ártalmas következményeire az ú. n. egyszerű bélfekélyek hívták fel a figyelmünket. Ez irányú tapasztalataink és vizsgálataink eredményét 1928-ban közöltük az Orvosi Hetilapban. Azóta szerzett ismereteink és megfigyeléseink csak megerősítették azt a feltevést, hogy keletkezésükben trypsinártalomnak van szerepe.

Az epe és a trypsin kölcsönhatása folytán az epehólyag falában keletkező elváltozásokra szövettani vizsgálataink hívták föl figyelmünket. 310 műtételt eltávolított epehólyagot dolgoztunk fel szövettanilag. Az esetek felében bakteriológiai vizsgálatot és körülbelül 40 epében trypsin és diastase meghatározást is végeztünk.

Két esetben találtunk a fundusnak megfelelően nagyobb kiterjedésű elhalást, két esetben pedig az epehólyag egész terjedelmében elhalt. Az epehólyag elhalás oka közönségesen valamilyen nekrotizáló, fertőzőes gyulladás vagy érelzáródás szokott lenni (thrombosis, embolia, endarteritis, esetleg torsió miatt).

Az egyik részleges és az egyik teljes elhalás mellett a genyes epehólyagtartalomból aerob és anaerob módon coli tenyésztett ki és szöveti vizsgálat is igazolta nekrotizáló gyulladás jelenlétét. Másik két esetünkben olyan körülményt, ami közönségesen elhalást szokott előidézni, nem találtunk; ezeket röviden ismertetjük.

Az első esetben 38 éves férfi évek óta megismétlődő epekő-rohamokban szenvedett. Kb. két hónapja állandó fájdalmai voltak. Nyolc héttel előbb belgyógyászati osztályon végzett cholecystographia szerint az epehólyag nem telődött, natív kőárnyék nem volt látható. Felvételkor kb. 30 órája állandóan tartó görcsös fájdalom az epehólyag tájékán, és általános hashártyagyulladás tünetei. Azonnali műtét. A hasüregben zöldes színű zavaros folyadék. A peritoneum fényesített, csíkokban fibrinlepedékkel fedett. Az erősen megnagyobbodott epehólyagot lazán rátapadó cseplesz borítja. Fala szennyes zöldesen elszínezett, feszes, pukkadásig telt. Cholecystectomy. Drainage. 14 nap múlva exitus. Boncolás alkalmával általános hashártyagyulladás és tüdőgyulladás. A mesenteriumban és a hasfali zsírszövetben szétszórtan szürkés-fehér lencsényi elhalt területek. Az arteria hepatica vékonyfalú, benne kevés folyékony vér. Az epe- és pankreas vezeték a duodenumba való benyílás felett 1 és 1/2 cm-re egyesült.

Az eltávolított epehólyag collumába mogyorónyi beékelt kő. Ezenkívül 3-4 borsnyi buzogányszerű felszínű kő és kb. 150 ccm sötét feketészöld, nem zavaros, lakkszerű epe. Az epéből sem aerob, sem anaerob módon bakterium nem volt kimutatható.

Az epehólyag szövettani vizsgálatát az I. sz. kórbonctani intézetben Buday professor végezte. Vizsgálati eredménye a következő:

»Az epehólyag kitérített harántul körülbelül nyolc és fél, hosszant kilenc cm belkerülettel, fala változóan megvastagodott 3-4 mm-től 5-7 mm-ig, a nyálkahártya finoman redőzött, sötétbarna; hegek, lécek nincsenek rajta, de egy helyen egy borsónyi diverticulumszerű bemélyedés cefatos szélékkel. Átmetszetben a külső falrétegek többnyire halványak, a belsők sötétbarnák (formalin keményítés után) s ez az elszíneződés változó mélységig terjed; ott, ahol a diverticulum van, a sötétbarna szín a legkülsőbb rétegben a serosáig terjed.

A szöveti vizsgálat nemcsak a sebészeti klinikán készült nagyszámú metszetre terjed ki, hanem az említett diverticulum széléről is három helyről kivágtunk.

Szöveti lelet: az epehólyag igen különböző részeiből való nagy átnézetes metszetek képe sok tekintetben hasonló. A nyálkahártya kivétel nélkül mindegyikben egész vastagságában majdnem teljesen elhalt, megfestést sehol sem ad. Egyébként azonban nevezetesebb elváltozások nincsenek rajta, szerkezete nagyjában rendes, izzadmánynak nyoma sem a felületen, sem a mélyben nincs, kötőszöveti rostjai jól kivehetők, bakteriumok sem a felületen, sem a mélyben nem látszanak. Hasonlóképpen majdnem teljesen elhalt, de egyébként nyálákos szerkezetét megtartotta az izomréteg is. A muscularis alatti laza kötőszöveti réteg szintén kiterjedten elhalt, kötőszöveti rostjai felpuffadtak, homályos körvonalakkal bírnak s ugyanezen rétegben nagyszámú finom fekete szemcse és jóval kevesebb sárgás-barna epefestékrög látszik. Az utóbbiak metszetenként változó mennyiségben.

Ezen rétegtől kifelé tömöttebb rostos kötőszövet következik sok nagy fibroblast sejttel, tág erekkel lymphocytákkal beszűrődéssel, úgy hogy egészben egy chronicus gyulladás képe látszik. Ez a réteg már elég jó magfestést ad; az elhalás határán majdnem mindenütt igen kiterjedt vérzések vannak, azonkívül változó mértékű leukocytás infiltratio. Feltűnő még, hogy az elhalás határán a kötőszöveti rostok több helyen nem eosinnal, hanem haematoxylinnal festődnek.

Az elhalás nagyjában addig terjed mikroszkop alatt, ameddig szabad szemmel vizsgálva a sötétbarna színeződés.

Ami az epehólyag véreiret illeti, a külső epehólyagrétegekben, ahol a magfestés jó, a verőerek túlnyomóan épek, a legkülönbözőbb metszetekben ürterüket sem intimaburjánzás, sem vérrögzésképződés nem zárja el. Az elhalás határán már lehet látni egypár verőérben az endothelhez tapadt homogén anyagot, amely azonban nem zárja el teljesen a lument, hanem még szabad hely van mellette, amelyet csak részben töltenek ki lazán vörösvértestek. Magukban az elhalt részekben a kis verőerek egyrészt szintén egynemű anyag tölti ki, amely néhol csíkokban haematoxylinnal kék színre festődik, de fibrinreakciót nem ad, ugyanezen erek fala sajátos hyalinos felduzzadást szenvedett. Ahol az elhalás a legkülső rétegre is áttérjed, ott ezekben is a kicsiny erek ugyanolyan elváltozásokat szenvedtek.

A ligamentum gastroduodenaléból származó metszetekben az arteria hepatica ágai épek, a ductus cysticus csonkjában sötét, feketés-barna sűrű epe, genyesejtek, bakteriumok s a ductus falában elhalás és vérzések.

A leírt szöveti elváltozások nem felelnek meg egy közönséges cholecystitis nekroticának, mert a nyálkahártya az elhalástól eltérően még ép; a bakteriumok hiánya is fertőzéses eredet ellen szól. A talált érelváltozások sem olyan elhelyezések és természetűek, hogy azokból az egész nyálkahártya egyenletes, egyforma elhalását meg lehetne érteni s mivel ezen érelváltozások különösen az elhalt részekben vannak, azok inkább másodlagosaknak tűnnek fel. Leginkább arra gondolhatunk az adott szöveti képek mellett, hogy itt az epekőképződés nyomán decubitalis fekély támadt az epehólyag diverticulumszerű részén s az epehólyag nyakába ékelődött kő okozta váladékfelszaporodás következtében az epehólyag pangó, besűrűsödött, majd utólag felhígult tartalma az izomréteg alatt lévő laza szövetek közé préselődött és ott tovaszivároghatva, valamilyen különös vegyítulajdonságai által enzimhatást fejtett ki, ami állott a kötőszöveti rostok felemésztődéséből, vérzésekből, a verőerek elzáródásából és így az anyagcseréből kizárt belső szövetrétegek kiterjedt, teljes elhalásából. Az irodalomban ugyan ilyen elváltozásra analógiát nem tudunk, mégis a talált szöveti reakciók annyira hasonlóak azokhoz, amelyek pankreasnekrosis esetében szoktak előfordulni, hogy az önmérsztődés, mint előidéző ok, legvalószínűbbnek látszik.

A második esetben 38 éves nőbeteg epekő betegsége utaló panaszokkal kereste fel a klinikát. Utolsó görcsös fájdalma a műtét előtt kb. egy héttel kezdődött, láza nem volt. Műtét alkalmával az erősen megnagyobbodott epehólyag fundusához a cseplesz letapadt. Leválasztása után kitűnt, hogy a letapadás helyének megfelelően az epehólyag fala féltőjásnyi területén szennyes zölden elszíneződött, egyébként az epehólyag feszes, élénkpiros színű; punctióval belőle kb. 65 ccm szurok fekete, nem zavaros, higan folyó epét nyertünk. Cholecystectomy. Drainage. 12 nap múlva gyógyultan távozott.

Az eltávolított epehólyag tágabb, mint a rendes, fala 3–7 mm vastag, belfülete egyenetlen, sötét, barnásvörös. A metszés-lapon a nyálkahártyának megfelelő rész sötétvörös. A fundusban ez a színeződés az egész fal vastagságára kiterjedőleg piszkos zöldesbe megy át. Az epehólyagban 3 szeder alakú és nagyságú, sárgás színű kő és összesen kb. 100 ccm sötét-fekete epe. Az epéből sem aerob, sem anaerob módon bakteriumokat kitenyészteni nem lehetett.

Az epehólyag falából készült metszeteket *Buday* professor vizsgálta meg és vizsgálatának eredményéről a következő leletet adta:

»Az epehólyag fala a metszeteken megvastagodott, a nyálkahártya szabad felszíne csak gyengén hullámos, szemölcszerű kiemelkedések csak elvétve látszanak. A nyálkahártya felületét többnyire elég jól megtartott hengerhám borítja, néhol azonban a fedőhám hiányzik. Közvetlenül a hám alatt igen kiterjedt és nagyfokú vérbeszűrődés van, amely több helyen az izomrétegbe, sőt itt-ott a külső rostos rétegbe is biterjed. A vérzések nyálkahártya magfestése általában gyengébb, ellentétben a fedő hengerhám jó magfestésével. Itt a nyálkahártyában inkább csak a gyérszámú leukocyták magvai festődnek haematoxylinnal. A verőerek, különösen a vénák, tágultak, s ezekben is a falhoz közel leukocyták vannak. Egyébként általános gyulladás jelei a nyálkahártyában nincsenek, bakteriumokat, thrombotizált ereket nem találtunk. Az epehólyag külső rostos rétege nagy fokban sejtűs, hegedő sarjadzás-szövethez hasonló és különösen fibroblastokban, meg lymphocytákban bővelkedik, erei vérteltek; leukocytákkal beszűrődés ezen külső rétegen csak elvétve látszik.

Az epehólyagnak a fundusából való metszet az eddig említettől abban különbözik, hogy itt az epehólyagnak összes falrétegei vérrel-beszűrődöttek s épp úgy a magfestés is mindenütt, a külső rostos rétegben is hiányzik s csupán a hashártyai felszín közelében maradt meg keskeny csíkokban a magfestés. Ez utóbbi rész is azonban haematoxylinnal diffuse kékesre festődik. Thrombosis által elzárt ereket itt sem találtunk, de az erek éppen itt, főleg a nyálkahártyai részben rendkívül tágak, úgyhogy szinte cavernosus szövet képét utánozzák. Az izomrétegben jókora területen egynemű elmosódott határú foltot látunk, mintha itt a szövetconturok emésztődés által változtak volna el. Bakteriumokat itt sem lehet látni.

A talált szöveti lelet nem felel meg valamilyen, a nyálkahártya felszíne felől származó fertőzéses cholecystitisnek. Ennek ellene szól nemcsak a bakteriumok hiánya, hanem az is, hogy a nyálkahártya felszínét feltűnően jól megtartott hengerhám borítja s ez alatt közvetlenül sem látszanak erősebb gyulladási elváltozások. A súlyos vérzések, értágulások s az aránylag gyérszámú leukocytákkal, leginkább megfelelnek a stasis és gyulladás határán álló kórformának, amely a funduson elhalásba ment át. Lehetséges, hogy ezt a reakciót valami olyan ártalmas behatás idézte elő, amely az epehólyag falába a nyálkahártya felől jutott, de inkább különleges vegyi tulajdonságai által fejtette ki hatását. Az epehólyag fundusa és egyéb részei között a szöveti elváltozások tekintetében csak fokozati különbségek vannak.

E két esetben még egyszer hangsúlyozzuk a sötét, feketés-zöld, nem zavaros, lakkszerű epéből sem aerob, sem anaerob tenyésztéssel kórokozót kimutatni nem sikerült. A bakteriologiai vizsgálatokat az Orsz. Közegészségügyi Intézetben *Lovrekovich* dr. végezte.

Ezek szerint, — bár igen ritkán — de előfordulhat az epehólyag falában is olyan elváltozás, melynek eredete ön-emésztődésre vezetendő vissza. Az epének magának ilyen tulajdonságát nem ismerjük, sőt ezirányban állatkísérleteket végezve megállapíthattuk, hogy az epehólyag falába és a bõralatti kötőszövetbe fecskendezett saját és idegen epe, maradandó elváltozást egyszer sem hozott létre. Kérdés már most, hogy milyen anyagok hozzákeverődésének kell tulajdonítani ezen emésztő hatást.

Legelőször *Blad*-nek sikerült 1917-ben kutyákon hasnyálmirigyváladék befecskendezése révén epehólyag-nekrosist és epés hashártyagyulladást létrehozni. A kísérleteket folytatták *Schönbauer*, *Westphal*, *Bundschuh* és *Brackertz*. Kutyák epehólyagján trypsin hatására nekünk is sikerült elhalást előidézniünk, azonban csak akkor, ha a hólyag falá-

nak ellenállóképességét akár bakteriumos fertőzés, akár mechanikai hatás csökkentette. Kísérleteinkhez Grubler-f. trypsint és egy betegünk pankreas cystájából származó trypsintartalmú folyadékot használtunk fel. A pankreasnedv a ductus choledochus és pankreatikus közös szájadzása mellett könnyen bejuthat az epehólyagba és onnan az epével együtt akadálytalanul megint ki is ürülhet, anélkül, hogy az említett súlyos elváltozások keletkezzenek. Popper 200 műtét közben nyert hólyagepe 10%-ában talált emelkedett pankreasferment értékeket. Hasonló meghatározásokat mi is végeztünk, még közvetlenül műtét után is csak elvéve tudtunk a hólyagepében trypsint és diastasét kimutatni.

Nagyobb fontosságot ezen eredményeknek annál kevésbé tulajdonítunk, mert véleményünk szerint csak nyitott cysticus mellett kerülhet be az epehólyagba közvetlenül pankreasfermentum és amint bejutott, éppen úgy el is távozhat az epével együtt. Tehát az epe trypsin vagy diastase tartalma nem állandó. Még ugyanazon egyénben is igen különböző, sőt lehetséges, hogy egyszer elég magas értékben mutatható ki, máskor meg egyáltalán nincs jelen.

Az epehólyag igen alkalmasnak kínálkozott az epe-trypsin kölcsönhatásának, általában véve kémiai ártalmakra bekövetkező szöveti elváltozások tanulmányozására. Vizsgálataink alapján három fokozatot különböztetünk meg:

1. szakban a kötőszöveti rostok felpuffadtak, körvonaluk elmosódott, különösen a muscularis alatti laza kötőszöveti részekben és nem eosinnal, hanem haematoxylinnal festődtek.

2. szak szöveti képében az érelváltozások lépnek előtérbe. A hajszálerek éppen úgy, mint a kiserek feltűnően tágak, sajátságos üreges szövet képét kölcsönzik. Az erek fala hyalinos felduzzadást szenvedett. Egyes verőerekben az endothelhez tapadó egynemű anyag látható, mely nem zárja el teljesen a lument, néhol csíkokban haematoxylinnal kérefestődött, de fibrinreactiót nem ad.

3. szakra jellemző a magfestés hiánya és vérzéses beszűrődés. A kötőszöveti rostok jól kivehetők, nyálákos szerkezetét az izomréteg is megtartotta. Ahol a magfestés jó, a verőerek túlnyomóan épek; ürterüket sem intimaburjánzás, sem vérrögképződés nem zárja el, de rendkívül tágak. Belsejükben vörös vértettek, néhány leucocyta és az előbb említett egynemű anyag látható.

Mind a három szakban mind a felszínen, mind a mélyebb rétegekben bakterium és gyulladással járó izmadszövet teljesen hiányzik. Második esetünkben e három fokozatra jellemző különbség az epehólyag fundusa és a többi része között egymás mellett mind feltalálható.

Klinikai megfigyeléseink, vizsgálataink és állatkísérleteink alapján nyugodtan állíthatjuk, hogy rendkívüli körülmények összejárásán folytán csökkent ellenállóképességű epehólyagfalán az epehólyagba került trypsin a pankreasnekrosis analogiájára elhalásig fokozódó elváltozást hozhat létre. Az elhalás lehet teljes és lehet részleges. Sőt, ha az ártalom kisebb, elhalás egyáltalán nem jön létre, csak az első és a második fokozatra jellemző elváltozás, nevezetesen a kötőszöveti rostok puffadása, az erek tágulása, faluk hyalinos duzzadása, stasisszerű állapot gyulladással járó izmadszövet nélkül. Cholecystitis gangrenosával szemben az ilyen vegyi ártalm hatására (trypsin hatására) keletkező epehólyagelhalás megjelölésére az *ulcus simplex* analogiájára »nekrosis simplex vesicae felleae« elnevezés használatát ajánljuk.

Az epehólyagelhalás klinikai megjelenésében utánozza az epekől oliká és epehólyaggyulladás tüneteit. Ha a kiterjedt elhalás miatt a hólyagfal áttersztő lesz, epés hártagyulladás fejlődik ki. Állatkísérleteink szerint ez megfelelő körülmények között, igen rövid idő alatt bekövetkezik.

Biztos diagnózis csak szövettani és bakteriológiai vizsgálattal dönthető el. Még így is igen sokszor zavarhat bakteriumok és gyulladásra jellemző elváltozások jelenléte. Mellékes leletként kő miatt eltávolított epehólyag falában szövettani vizsgálattal elég gyakran észlelhető enyhébb károsodás, mely tapasztalataink szerint epe-trypsin kölcsönhatás rovására irandó. Teljes vagy akár csak részleges elhalás azonban csak igen ritkán fordul elő.

A pepsin physiologiai emésztőhatása sorrendben megelőzi és előkészíti a talajt a trypsin számára. Már most felmerülhet a kérdés, hogy kóros körülmények között általában a fekélyek, de különösen gyomorfekélyek keletkezésében ugyanilyen, vagy ehhez hasonló kölcsönhatás pepsin és trypsin között feltételezhető-e.

E kérdést 200 fekély miatt operált betegen tanulmányoztuk. Az eseteket minden válogatás nélkül a műtét idejének sorrendjében állítottuk össze. Az első 100 betegen fekély miatt resectio történt. 48 esetben a fekély a gyomorban, 52 esetben a patkóbélben foglalt helyet. Közlebbi helyhatározást tekintve, $\frac{2}{3}$ -ad rész a pyloruson, illetve közvetlen szomszédságában és csak $\frac{1}{3}$ -ad rész volt a pylorostól távol, akár a gyomorban, akár a patkóbélben.

Az eltávolított gyomrot minden esetben szövettanilag feldolgoztuk. Histológiai vizsgálattal a fekélyek között olyan különbséget tenni, melyből pepticus vagy trypticus eredetükre felvilágosítást lehetne nyerni, nem sikerül. A fekélyek szöveti képéből egymagában az ártalom minőségére következtetni nem lehet, csak az elváltozás súlyosságára. E tekintetben igen különböző kiterjedésű és szakban lévő fekélyeket észleltünk. De a legsúlyosabb elváltozásokkal együtt járó, az egész falat kergesen megvastagító, a csepleszbe és más szomszédos szervekbe áttérjedő fekélyeket vagy idegentestóriássejtek jelenléte folytán szövettani vizsgálat alapján biztosan megállapítható multibeli átfúródást mondhatjuk kivétel nélkül csak a pylorus környékén és a duodenumban találtunk. Tehát azokon a helyeken, ahol feltételezhetően trypsinhatás is érvényesülhetett.

A másik 100 betegen fekélyátfúródás miatt történt műtét. Itt még határozottabb a megoszlás eltolódása: pylorus környéki átfúródást 85%-ban, duodenum átfúródást 12%-ban, gyomorátfúródást 3%-ban operáltunk. Ha ennek a tapasztalati ténynek az okát keressük, önkénytelenül kínálkozhat az a magyarázat, hogy a pylorus és közvetlen környéke egyetlen olyan része a tápcsatornának, ahol felváltva egyszer lúgos, máskor savi vegyhatás érvényesülhet. Természetesen itt nem egészséges egyénekre kell gondolni, hanem kóros körülmények miatt megváltozott gyomormotilitású és gyomorürülési betegekre, akikben epés duodenum váladék regurgitációja folytán a savi vegyhatás legalább is átmenetileg lúgossá változhat. Tehát nemcsak a sósavas pepsin, hanem az epe által aktivált trypsin is kifejtheti ártalmas hatását, sőt feltehető, hogy a peptikus ártalom a pepsin physiologiás, fehérjebontó tulajdonságának az analogiájára előkészíti, mintegy bevezeti a trypsin hatását. Ez által a pepsin és a trypsin kölcsönhatásának ártalmas következményei mintegy összegeződnek a pyloruson és közvetlen szomszédságában. Az eredmény az, hogy a legtöbb és legsúlyosabb fekély és a legtöbb fekélyátfúródás a pyloruson és környékén fordul elő.

Összefoglalva klinikai megfigyeléseink, bakteriológiai, szövettani és fermentvizsgálataink, továbbá állatkísérleteink eredményét, megállapíthatjuk

1. hogy mindenféle emésztési ártalom keletkezésében az alkatom és hajlamon kívül két főok szerepel. Az egyik, valamilyen ismeretlen és utólag már rendszerint pontosan meg sem határozható ártalom, mely a helyi ellenállóképességet, különösen az önemésztődéssel szemben csökkenti. A másik az emésztőfermentumok hatása, illetve kölcsönhatása;

2. *sosav-pepsin* hatására csak a gyomorban és a duodenumban keletkezhetnek fekélyek ;

3. ezzel szemben *epe-trypsin* kölcsönhatására a pylorus környéken, duodenumban, belekben fekélyek, a hasnyálmirigyben és az epehólyagban részleges és teljes elhalások jöhetnek létre ;

4. feltételezhető, hogy éppen a pylorus környékén leggyakrabban előforduló és legsúlyosabb következményekkel együttjáró fekélyek eredetében *pepticus* és *trypticus* ártalmak kölcsönhatása szerepel ;

5. az epehólyag falában trypticus ártalom, általában véve vegyi behatásra keletkező elhalás megjelölésére, szemben a cholecystitis gangrenosával, *nekrosis simplex vesicae felleae* elnevezés alkalmazását ajánlottuk, az ugyancsak trypticus eredetű *ulcus simplex* intestini kórisme anatómiájára ;

6. állatkísérleteink közül szükségesnek tartjuk kiemelni a *pankreas implantatióját az epehólyagba*, amelynek keresztülvitele steril feltételek mellett több kutyán önméztődés nélkül sikerült.

Irodalom: Bakay: Orvosképzés. 1925. Különfüzet. — Blad: Arch. klin. Chir. 109. 101. 1917. — Brackertz: Dtsch. Z. Chir. 237. 141. 1932. — Bundschuh: Arch. klin. Chir. 161. 1930. — Hofhauser: Orvosi Hetilap 1360. 1928; Arch. f. klin. Chir. 153. 46. 1928. — Jaffé: Ref. Z. O. 66. 461. 1934. — Oppenheimer: Die Fermente. 5. Aufl. 1925—26. — Popper: Wien. klin. Wschr. 1933. 15.; Med. Klin. 1930. 40. — Westphal: Z. klin. Med. 96. 95. 1923.

A Pázmány Péter Tudományegyetem urológiai klinikájának (igazgató: Illyés Géza ny. r. tanár,) és bakteriológiai intézetének (igazgató: Belák Sándor ny. r. tanár) közleménye.

A gonoreactoról.

Írták: Babics Antal dr. és Vargha Ferenc dr.

Az utóbbi években mindig gyakrabban találkozunk a gonorrhoea olyan alakjainak közlésével, melyekben egyrészt gonorrhoeára jellemző tünetek mellett a szokásos módon a gonococcusokat kimutatni nem sikerült, másrészt teljes tünetmentesség mellett pl. a prostata váladékából típusos Gram-negatív diplococcusok tenyésztethők ki. A gonorrhoea viselkedésének ezen sajátságos volta indított bennünket arra, hogy Illyés professor utasítására a már sok szerző által kipróbált complement-kötési reactioval újra foglalkozunk és vele párhuzamosan a gonococcusok viselkedését, morfológiai, biológiai és festődési tulajdonságait pontosan ellenőrizzük.

A gonococcusoknak a szervezetre gyakorolt általános hatását különféle serológiai vizsgáló módszerekkel próbálták kimutatni. Ezek közül az agglutinációs, thermo-precipitációs reactio nem sok eredménnyel járt. Nagyobb sikerük volt azoknak a szerzőknek, akik a complement-kötési reactiot kezdték vizsgálni.

Ezen reactio kezdeményezése már 1901-ben Bordet-Gangeu nevéhez fűződik. Utánuk 1906-ban Wassermann és Bruck, majd Müller, Oppenheim, később 1923-ban Gauran, Bezankon, Dombay, Urban, Zeud és még sok mások foglalkoztak ezzel a kérdéssel. Rubinstein röviden gonoreactionnak nevezi a kankóra jellemző complement-kötési reactiot.

Feltették ugyanis, hogy bár a gonorrhoea helyi betegség, lefolyása alatt mégis kerülnek a vérbe olyan anyagok, melyek specifikusak erre a betegségre. E kérdéssel évek folyamán foglalkozó sok-sok szerző, valamint saját vizsgálataink alapján megállapíthatjuk, hogy a reactionak fajlagossága ma már nem vitás s a reactióval kapcsolatos kisebb eltérések csak egyes részletkérdésekre vonatkozhatnak.

Maga a vizsgálati eljárás az utóbbi évek folyamán annyira kifinomult, hogy mind férfi, mind női rejtett gonorrhoeában az esetek igen nagy százalékában pozitív complement-kötési reactiot adott. Az irodalomban átlag 75—85 %-ban találkozunk pozitív reactiókkal. Így Sawnik, Baumann, Heuck, Cohn, Tulog, Markland, Müller Ferenc, Szép körülbelül hasonló eredménnyel zárták le vizsgálataikat.

Heiner már 1926-ban felhívja a figyelmet arra, hogy a complement-kötési reactio kórhatározó fontosságú lehet, főként olyan esetekben, melyekben a kórelőzmény, az objektív megfigyelés nem nyújt elegendő vagy semmi támpontot kankós fertőzésre. Sőt vannak esetek, mikor a jelenlevő elváltozások gonorrhoea ellen szólnak, ugyanakkor azonban a complement-kötési reactio pozitív.

Nyilvánvaló tehát, hogy a complement-kötési reactio fontossága körjelző szempontból elsődendő. Ismeretes dolog, hogy a kankó kórismézésében, különösen annak makacs alakjaiban, a szövődmények bizonyos százalékánál klinikai vizsgálati eljárásaink nem adnak biztos felvilágosítást.

Alig akad urologus, akinek türelmét ne tette volna próbára nyugtalan beteg, aki bár évekkel előbb esett át a fertőzésen, mégis az állandó gondos kezelés ellenére is filamentumok vannak a vizeletében s húgycsővéből reggelenként híg nyálkás váladékot présel ki. Az ilyen beteg egyik orvostól a másikhoz szaladgál, hogy az általa sokszor túlértékelt kellemetlenségektől megszabaduljon.

A klinikai vizsgálatok legtöbbször igazolják a beteg panaszait, találunk filamentumokat, észlelünk minimális folyást, esetleg a prostata tömöttebb, érzékenyebb, mint a rendes, mégis ha a mikroszkopiai vizsgálatot bármily gondosan is végezzük, sokszor nem akadunk pozitív bakteriológiai leletre.

A complement-kötési reactio közelebb visz a helyes diagnózishoz. Hogy mégsem vált általánossá, annak oka egyrészt talán éppen abban rejlik, hogy előfordultak olyan esetek, melyekben minden kankós tünet és pozitív bakteriológiai lelet észlelése mellett is a complement-kötési reactio negatív eredménnyel járt, ami a reactio megbízhatóságát megingatni látszott, másrészt a reactiohoz szükséges jó antigen előállítása és megkeresése sok nehézségbe ütközik.

Jöttek vizsgálatai után több ízben megerősítették azt a tényt, hogy több gonococcus törzs létezik, melyek biológiailag és következményes serológiai reakciókban is egymástól némi eltérést mutatnak. Erre engednek következtetni Cohn, újabban Müller, továbbá Sodoray—Kovács—Egerváry vizsgálatai, akik vizsgált eseteik bizonyos százalékában ú. n. divergens reactiot kaptak, amennyiben a felhasználót antigenek közül egyikkel több-kevesebb haemolizisztás, a másikkal teljes haemolysis következik be.

Ez a tény indította a vizsgálatokat arra, hogy a reactio beállításakor párhuzamosan két-három antigent vagy polyvalens antigent használjunk fel. Ezen fáradoznak egyes gyárak is különböző antigenek előállításával, amilyenek pl. a Pápay-féle polyvalens gonococcus emulsió, a Hoechst-igyár Gonargin extra starkja, a Schering-gyár Compligonja, a Labopharma polyvalens konyhasós antigenje stb.

Mindezen anyagok előállításakor a hozzájuk adott conserváló szer, a bakteriumok előlési módja, az antigen hosszabb ideig állása olyan elváltozásokat okozhatnak, melyek az egyébként is nagyon érzékeny reactiók kivételét és eredményeit meghamisítják.

Ez okok miatt kísérleteinkhez, mint mások is, frissen magunk állítottuk elő az antigent és hosszas próbálgatás után többféle antigent használtunk fel. Mi is találtunk eltéréseket az egyes antigenekkel kapott reakciókban, ez eltérések azonban bizonyos szabályszerűséget mutatnak, amelyre beteganyagunk felsorolásával kapcsolatosan rátérünk.

Az urológiai klinikán összesen 152 betegen végeztük el a gonoreactiót. Nemcsak a klinikailag is könnyen megállapítható kankós betegeket figyeltük meg, hanem ellenőrzés-képpen olyan betegekkel is elvégeztük a reactiót, akiknek sem az anamnezisében, sem objektív vizsgálataiban gonorrhoea nem szerepel.

Vizsgált betegeink a következőképpen oszlottak meg:

Urethritis gon. acuta.....	21
Urethritis gon. chronica.....	20
Epididymitis gon. acuta.....	19
Epididymitis gon. chronica.....	10
Prostatitis gon. acuta.....	18
Prostatitis gon. chronica.....	22
Arthritis.....	3
Egyéb betegségek.....	22
Urethritis non gonorrhoeica.....	17

A heveny kankós urethritis 21 esete közül ötben a gonoreactio negatív eredményt adott, mert a reactio kivitele a fertőzéstől számítva két héten belül történt. A többi 16 esetben a reactiót a fertőzés után a 3—4. héten végeztük és az mindenesetben pozitív eredménnyel járt. Meg kell jegyeznünk, hogy a reactiókat csak akkor számítottuk pozitívnak, ha erős haemolysis-gátlást találtunk.

Már kezdetben feltűnt, hogy a heveny gonorrhoeás esetekben mindig ugyanazon antigennel kaptunk erősebb haemolysis-gátlást, míg a használt másik antigennel ez gyengébben vagy egyáltalán nem következett be.

Az eltéréseknek ezen szabályszerű ismétlődésén elindulva, további vizsgálatainkban már csak két antigent használtunk, melyeket »N« és »P« típusu jelzéssel illetünk. Ezekkel párhuzamosan *compligont* és a *Wassermann-reactiót* is beállítottuk. Megjegyezni kívánjuk, hogy a *compligonnal* kapott eredmények mindig párhuzamosak voltak az »N« típusu antigennel nyert pozitív reactiókkal.

Azt tapasztaltuk ugyanis, hogy heveny esetekben, amikor a húgycsőből bő folyás mutatkozik s a váladékban nagy mennyiségben vannak gonococcusok, melyek főleg intracellulárisan a genysejtekben phagocitálva foglalnak helyet, csupán az »N« típusu antigennel kaptunk erősen pozitív gonoreactiót, míg a másik »P« típusalig vagy egyáltalán nem jelentkezett haemolysis-gátlás.

A már chronikus 92 esetünk közül 81-ben, azaz 91%-ban kaptunk pozitív reactiót ismét azzal a sajátossággal, hogy ezen chronikus alakokban mindig a »P« típusú antigennel nyertünk erősebb haemolysis-gátlást. A két antigen típus ezen különbségét későbbi vizsgálatainkban a heveny és idült kankó elkülönítésére is felhasználtuk.

A kilenc negatív eset közül hét idült kankós urethritis, kettő heveny kankós epididymitis volt.

Hogy kimutatható gonococcusok ellenére is negatív volt a próba, annak biztos okát kideríteni nem tudtuk.

A heveny mellékherelob két esetében feltehetjük, hogy a mellékhereregnyulladás a fertőzés után oly gyorsan jelentkezett, hogy a szervezetnek immunanyagok képzésére még nem volt elég ideje. A többi öt negatív esetben arra kell támaszkodnunk, hogy itt is, miként a Wassermann-reactio esetén is bizonyos százalékban negatív eredményt kapunk a fertőzés biztos jelenléte mellett is.

A heveny és idült gonorrhoea azon alakjaira, amikor a klinikai tapasztalatok, megfigyelések és vizsgálatok elegendők a kór megállapításához (jellemző folyás, bakteriologiai lelet), nem is vetettünk nagyobb súlyt.

Ilyen esetekben, mint vitathatatlan tényt állapítjuk meg az eddigi szerzők által is kimondott tételt, hogy a serologiai reactio pozitív válsághoz a fertőzés kezdetétől számítva, bizonyos idő elteltére szükség van. A fertőzés 1—2. hetében a gonoreactio negatív annak ellenére, hogy a húgy-

csőváladékból gonococcus mutatható ki. A reactio positivitása a mi tapasztalataink szerint is körülbelül a 2—3. héten következik be. Ennyi időre van ugyanis szükség ahhoz, hogy a szervezetbe került gonococcusok vagy azok termékei a vér- és nyirokerek útján a szervezetet eláraszzák a vérből kimutatható és a gonorrhoeára jellemző anyagokkal. Hogy mik ezek az anyagok, hol termelődnek, biztosan eldöntve nincsen. Vajjon elegendő-e ahhoz egyszerű felület urethritis, avagy a húgycső mélyebb rétegeinek, adnexumoknak is részt kell venni a szervezet áthangelésében, egyelőre kutatás tárgya.

Közölnek eseteket, amikor a beteg semmiféle kankós fertőzésről, húgycsőfolyásról nem tudott, csak a prostata váladékából voltak típusos Gram negatív diplococcusok — pozitív gonoreactio mellett — kimutathatók. Sőt előfordult, hogy ilyen betegeknél a prostata-massatumát a húgycsőből órákig pangani hagyták s még ilyen úton sem sikerült a húgycsövet fertőzni. Nyilvánvaló tehát, hogy ilyen esetben a mentesség létrejöttében a húgycső nem vett részt, sőt azt kell mondanunk, hogy az helyi immunitással bírt.

A 22 különböző betegségben szenvedő betegünk közül három volt pozitív a gonoreactio, bár ezeken semmiféle gonorrhoeára utaló jelet nem találtunk. Természetes, hogy e néhány eset nem elegendő ahhoz, hogy az így nyert %-os eredményt teljesen reálisnak mondhatnók, de a vizsgálati hűség kedvéért jelezzük ezen adatokat is.

Mindazonáltal a reactio megbízhatóságának szempontjából ezzel kapcsolatosan értékesnek kell tartanunk azon megfigyelést, hogy pozitív bakteriologiai lelet mellett a reactio csak 7%-ban negatív, míg negatív anamnesztikus és klinikai tünetek mellett 87% a negativitás.

Minket elsősorban nem is ezek a bakteriologiai bizonyosságok kimutatható esetek érdekelték, hanem a gonorrhoeának lappangó alakjai, melyekben a klinikai tünetek alapján a diagnosis bizonytalan volt, vagy a szokásos vizsgáló-eljárásainkkal a gonococcusok sem a váladékból, sem a vizeletben található filamentumokból, sem a prostata préseléséből nem voltak kimutathatók. Tehát vizsgálatainkat főleg ezen urethritis non gonorrhoeica kórkepe alatt elkönyvelt esetekre terjesztettük ki.

Összesen 17 ilyen beteget vizsgáltunk. A 17 közül hat esetben negatív volt a gonoreactio, 11 esetben pedig erősen pozitív gonoreactiót kaptunk a »P« típusú antigennel. Ez utóbbi 11 közül hat átlag három év előtt pozitív gonorrhoeával kezelés alatt állott, majd provocatiók után gyógyultnak tekintették. Hosszabb ideig teljesen tünetmentesek, ismételt nemi élet után azonban reggelenként szivárgás jelentkezik. A bakteriologiai vizsgálat 1½—2 éve gonorrhoeára mindig negatív úgy a váladékban, mint a filamentumokban és prostata massatumában. A reggeli váladékban és a prostata massatumában 1%-os argenticum nitricummal történt provocatio után is Gram pozitív diplococcusok mutathatók ki. Másik három beteg tud ugyan régebbi húgycsőfolyásról, de kezelésben sohasem részesült s a klinikát is más okból keresték fel. Közülük kettő cystoscopos vizsgálat, egyen katheterezés provokált minimalis fluort, amelyben ugyancsak Gram pozitív diplococcusok vannak. Kettőn a provocatio után negyedik, illetve hatodik napon erősebb folyás megindulása után Gram negatív és vele együtt Gram pozitív diplococcusok voltak kimutathatók.

Önkéntelenül is felmerült a kérdés, vajjon nem rejtett gonorrhoeás góccal állunk-e szemben. Gondos vizsgálataink ellenére sem sikerült Gram negatív diplococcusokat találnunk. Ellenben feltűnt, hogy ilyen esetekben a gonococcusokhoz alakilag nagyon hasonló geny- és hámsejtek között helyet foglaló Gram pozitív diplococcusok vannak.

Miután ezen betegeknél mindig a »P« típusú antigennel kaptunk pozitív gonoreactiót, ez alapon arra gondolunk,

hogyan ez a pozitív react'ó az említett Gram pozitív bakterium-typusnak tulajdonítható.

Hogy milyen összefüggés van a react'ó pozitív volta alapján itélve a két bakterium-typus között, arra nézve előre jelezhetjük, hogy azon esetekben, amikor úgy az »N«, mint a »P«-typussal teljes haemolysigátlást kaptunk, jóval előbb észleljük a beteg gyógyulását, mint akkor, ha csak külön-külön egyikkel, vagy mindkettővel bár, de gyengébb reactiót kapunk.

Hogy adott esetben miért kapunk egyszer az »N«, más-kor a »P«-typussal erősebb kötést ezen alapon milyen összefüggés van ezen egymástól jól elkülöníthető, de mégis rokon immunanyagokat termelő bakterium-typusok között, erre vonatkozólag rövid idő alatt befejezést nyelő vizsgálataink alapján megadjuk a választ.

Végül meg kell még emlékeznünk a react'ó pozitív-sának szélső határáról. A szerzők általában a klinikai tünetek lezajlása után két hónapra teszik a react'ó pozitív-sának határát. Mi e téren, főleg a »P«-typussal vizsgálva, igen nagy eltéréseket találtunk s azért a gonoreactio negatív-vá válásának időpontját nem tartjuk ennyire egységesnek.

Vizsgálataink alapján teljesnek akkor mondható a gyógyulás, ha mindkét antigen-typussal szemben észlelt erős react'ó után annak csökkenését, illetve negatív-vá válását találjuk, ami azonban a klinikai tünetek megszűnése után — szerintünk — éppen az említett okoknál fogva igen tág határok között ingadozik.

Röviden a következőkben foglaljuk össze vizsgálatainkat:

1. A gonoreact'ó fajlagos a gonorrhoeára s kórjelző fontosságú segédeszköz a lappangó kankó felderítésében.

2. A gonoreactio már pozitív a fertőzés második-harmadik hetében; a pozitívítás végső határa a klinikai tünetek megszűnése után tág határok között ingadozik.

3. Kétféle, egymástól jól elkülöníthető, de mégis rokon antigennel szemben találtunk kankóra jellemző immunanyagokat, melyek azonban mindig bizonyos szabályszerűséget mutatnak a gonorrhoea klinikai alakjának megfelelően.

4. A két antigen-fajta-val kapott reactiók alapján a heveny és idült kankó egymástól elkülöníthető.

További vizsgálatainkban, amelyeket később közlünk, ezen ismereteink alapján kidolgozott immuntherapiával próbáljuk alátámasztani megállapításainkat s eddigi kísérleteink eredménye után már előre jelezhetjük, hogy a fertőzés korai időpontjában alkalmazott vacinkezelés a szövdmények kialakulását megakadályozza.

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. női klinikájának közleménye (igazgató: Tóth István ny. r. tanár).

Immunitási kísérletek terhességgel szemben.

Irta: Miklós László dr. tanársegéd.

Már régen ismeretes, hogy terhesség alatt a magzat és annak mellékérszei az anyára nemcsak anyagcseretermékekkel és hormonjaikkal hatnak, hanem immunbiológiai jelenségeket is hoznak létre. Az anyai vérkeringéssel szoros összefüggésben lévő pete szokatlan, idegen fehérjékkal és lipoidokkal árasztja el a szervezetet, annál is inkább, mert a choriális sejtek eredeti helyükről elszakadva a vérpályába is bejutnak. Ezek, mint azt már az *Abderhalden*-féle reactióból is tudjuk, különleges védőanyagok termelésére vezetnek. Felmerült az a gondolat is, hogy ezek a pete ellen irányuló anyagok, ha rendes körülmények között nem veszélyeztetik

is a magzat fejlődését, egyes esetekben meddőséget, más-képpen meg nem magyarázható vetélést idéznek elő, vagy a magzat méhenbelüli elhalását okozhatják.

Az immunanyagok gyakorlati jelentőségének és azok mesterséges előidézhetőségének kutatására már történtek vizsgálatok. A legrégebb és nem is szorosan idevágó kísérletet már *Metschnikoff* végezte, aki intravenás spermajeciókkal asszonyokat hosszabb időre meddővé tett. Ezt az eljárást különféle módosításokkal azóta többen megismételték. Hogy a hatást tényleg immunanyagok termelése idézte elő, azt *De Leslie* kísérletei igazolták, amennyiben a spermával kezelt állatok vérsavója is megakadályozta a fogamzást. Újabban *Baskin* hasonlóan kezelt asszonyok vérsavójában mutatta ki a spermiumokra ártalmas tulajdonságot.

Közelebb hoznak tárgyunkhoz *Kovács* vizsgálatai, aki placéntával végzett sterilisatiós kísérletei alkalmával hormonális hatás mellett már eredetileg immunanyagok termelésére gondolt, ha azt még nem is bizonyíthatta. Kísérleti eredményeinek megfigyelésekor megjegyezte, hogy a lepényszövettel kezelt állatok egy része talán fogamzott is és a látszólagos meddőség egyes esetekben a fiatal peték elhalásának következménye is lehetett.

Ishikawa placentalipoidok befecskendezése után olyan savót nyert, amely az említett lipoidokkal praecipitációs reactiót adott. Ezzel szemben *Moreth* placenta-autolysatummal és terhes-savóval nem tudott komplementkötést előidézni.

Tschairowsky hormonjaitól bonyolult eljárással megtisztított lepényfehérjével nyulakon a magzatok méhenbelüli elhalását és elvetését idézte elő. Ezen eljárással, ha valószínűvé is tette az immunanyagok képződését, nem bizonyíthatta azt be, mert az alkalmazott lepénykivonatban a hormonmentesítés új toxikus anyagok képződésével járó nagyobb elváltozások állhattak be.

Éppen így nem meggyőzőek *Chudarkowsky* kísérletei sem, aki nyúllepény és foetus-darabokat ültetett át egy kutyába. Ennek savójától a nyulak meddők maradtak, vagy pedig a terhesség első hetében levőnek tartott állatokon, amikor a terhességet biztosan még nem is állapíthatta meg, nem észlelte annak továbbfejlődését. Biztosan terhes nyulakon a terhesség előrehaladottabb szakában ezzel szemben nemhogy elhaltak volna a magzatok, hanem még túl-hordást észlelt. Kísérlete a már meglévő terhességgel szemben már csak azért is eredménytelen lehetett, mert így nagyobb darabok beültetésével kifejezettebb immunanyag-termelődés nem is indulhatott meg.

Az eddigi vizsgálatok már határozottan arra mutatnak, hogy a magzati elemek vagy azok alkotórészeinek a szervezetbejutása azok elpusztítását célzó ellenanyagok termelésével jár. Nem bizonyítják azonban azt, hogy képesek-e ezen anyagok a terhes szervezetben a magzatot előltni, illetve a terhességet megszakítani. A lepénykivonatok hatására bekövetkező vetelés nem okvetlenül immunizálás következménye, mert a már meglévő, vagy a kivonat készítése alatt képződő anyagok hatása sem zárható ki. A kérdést csak az tisztázhatja, ha az oltott állatok savója is hasonló hatású, ami pedig az eddigi vizsgálatokból még nem állapítható meg.

Kísérleteimet annak vizsgálatára kezdtem el, hogy lehetőleg minden változtatás nélkül peterészeket juttatva a szervezetbe, milyen mértékben képződnek azokkal szemben immunanyagok és képesek-e azok a szérumnak terhes állatba fecskendezése által a magzatokra káros hatást gyakorolni, illetve a terhességet megszakítani. Azt is vizsgálni akartam, hogy az ily módon létrehozható immunitás csak ugyanazon állat petéire van-e hatással, vagy pedig általában terhességi productumok ellen irányul, tekintet nélkül arra, hogy más állat magzatrészeivel történt-e az immunizálás.

Hogy lehetőleg minden más hatást kizárjak, egészen primitív módon jártam el. Patkányok és egerek különböző korú foetusait és lepényeit hasmetszés útján kivéve, azokat finom daráló segítségével rögtön megőröltem és összezsúztam. Az így nyert sűrű, gyümölcsíz összeállású tömeget physiologiás konyhasó oldattal 2—3-szorosára felhígítva, házinyulakba fecskendeztem be intramuscularisan és intraperitonealisan, 6—7 napos időközökben három ízben. A befecskendezéseket egyelőre azért nem folytathattam tovább, mert a nyúl meglehetősen érzékeny, úgyhogy több állatom idő előtt elpusztult. Az utolsó befecskendezés után 6—7 napra elvéreztettem a nyulakat és különválasztott savójukhoz, egynek kivételével negyedszázaléknyi mennyiségben conserválás céljából carbolsavat adtam. A nyulak az említett anyagból egy-egy alkalommal 2—4 cm³-t kaptak.

Négy nyu'at sikerült három befecskendezés után a kellő ideig életben tartani, ezek közül három hímnyúl patkányfoetust és lepényt kapott intramuscularisan a combjába, egy nőstény pedig egérpetéket intraperitonealisan. Egy nyúlnak a befecskendezést a fulvenájába végeztem, ez azonban néhány perc múlva görcsök kíséretében megdöglött. Kezeltem ezenkívül nyulakat külön lepénnyel és magzattal, minthogy azonban ezek közül eddig egy sem volt befejezhető az állatok elhullása miatt, a kísérlet ezen része későbbre maradt.

Az így nyert vérsavóval 36 biztosan terhes állatot oltottam, ezenkívül 16-ot controlsavóval. Befecskendeztem még több, terhesnek tartott, de később nem annak bizonyult állatnak is, ezeknek ismertetését mellőzöm.

A patkánypetékkal kezelt nyulak savójából két terhes patkány két ízben (egynapos időközökben) 1 cm³-t, tíz terhes egér 1/2—1 cm³-t kapott subcutan és intraperitonealisan. A befecskendezést mind jól tűrték. Valamennyi patkányban és egérben, amelyek a terhesség különböző időszakaiban voltak, elhaltak a magzatok és 1—3 nap alatt vérzés kíséretében megszülettek. Egyik egérben a magzatok bennmaradtak és hat nap múlva boncoláskor a peték felszívódása volt észlelhető, amikor is a méhszarvakban csak folyadékkal telt hólyagok voltak találhatóak. Két további egér, miután egy három hónapja carbol hozzáadása nélkül állott savó hatástalannak látszott, újabb 0.5 cm³ friss savó befecskendezése után elvetélt.

Az egérpetékkal intraperitonealisan kezelt nőstény nyúl savójával 22 egeret és három tengerimalacot oltottam. A nyúlról elvéreztetése után derült ki, hogy a kezelés kezdetén terhes volt, amennyiben méhszarvaiban elhalt és felszívódott peték maradványaként mogorónyi folyadékkal telt hólyagok voltak találhatóak. Az egerekből tíz egy ízben intraperitonealisan adott 0.3—0.5 cm³ serum után elvetélt. Az elhalt peték távozása után négy egér másnapra elpusztult. Öt egér, miután 0.1 cm³ subcutan adagolása hatástalan maradt, két nap múlva megismételt 0.2 cm³ intraperitonealis, illetve 0.3 cm³ subcutan adagtól elvetélt.

Hét egérnek 0.1 cm³-t adtam intravenásan a farkába, ezek másnapra mind elvetéltek.

Két tengerimalac, melyek közül egyik a terhesség közepén, a másik a végén volt, két alkalommal adott 1.5 cm³ savó után 2, illetve 4 nap múlva halott magzatokat ellett. A harmadik, a terhesség első napjaiban lévő malac csak egy ízben kapott injectiót. Ez az adag kevésnek bizonyult, mert az állatot két hét múlva megoperálva, benne még élő petéket találtunk.

Ellenőrzésként egy egészséges és egy beteg, ismeretlen eredetű tályogokkal bíró nyúl savóját és emberi savót használtam, a többinek megfelelő carbol hozzáadása után. Ebből tíz egér kétszer 1 cm³-t kapott intraperitonealisan, négy pedig 0.2 cm³-t érbe, két tengerimalac pedig kétszer 2.0 cm³-t a hasürbe. Ezek az állatok a terhességet mind zavartalanul továbbviselték, annak ellenére, hogy az

egereken a nagyobb mennyiségű savótól hidegrázásszerű jelenség volt észlelhető.

A 36, petékkal kezelt nyúl savójával oltott terhes állatban tehát, az egyetlen kisebb adagot kapott tengerimalac kivételével, a magzatok mindig elhaltak és kilökődtek. Ez a hatás létrejött akkor is, ha nem ugyanazon állatfaj petéjével immunizált nyúl savóját fecskendeztük be. Az eredmény a különféle adagolásmódok közül akkor volt a legszembe-tűnőbb, ha a serumot vérába adtuk, mert már 0.1 cm³ is elegendő volt a terhesség megszakítására. Mérgező hatása csak az egérpetével kezelt nyúl savójának volt nagyobb mennyiségben négy egérre. Az ártalmas hatást a homolog állatokon könnyen megmagyarázhatjuk avval, hogy az immunizálás egészen primitív módon, az anyaállatból származó vér és szövethedv teljes kiküszöbölése nélkül történt. Az ilyen módon keletkező ártalmas anyagok azonban a másfajta állatra már nem voltak ártalmasak, csak a pete pusztulását idézték elő.

A magzatok elhalásának közvetlen okát az eddigi vizsgálatokból nem lehet biztosan megállapítani, bár több lepényt kiürülése után szövettanilag is megvizsgáltam. Ezek egy részében, feltűnően nagy vértartalom mellett, rosszabb magfestődés, sőt elhalás is volt észlelhető. Erről azonban, az így vizsgált anyag kicsinyisége mellett, nem tudhatjuk biztosan, hogy a savó toxikus hatásának következménye, vagy pedig már a magzat elhalása, illetve a lepény leválása után keletkezett elváltozás-e. Legfeljebb annyit láthattunk a készítményekből, hogy haemolysis nincs észrevehető mértékben. Nem specifikus idegen fehérjehatást kizárhatunk, mert a nagyobb mennyiségű controlsavó a terhesség lefolyására semmi befolyást sem gyakorolt. Ugyancsak nem foglalhatunk állást a homolog állat petéjével kezelt savó nagyobb adagjára bekövetkező ártalmas hatás okáról. Ezen állatok szerveiben sem kifejezett haemolysis, sem más jellemző elváltozás nem volt kimutatható.

A magzat és lepénynek más állatba történő parenteralis bevitelével tehát passív immunizálást is sikerült létrehozni. Az így nyert savó már a leírt kezdetleges és rövid ideig tartó kezelés után is annyira hatásosnak bizonyult, hogy aránylag kis mennyisége is a magzatok méhen belüli elhalására vezetett. Valószínű, hogy a pete alkatrészeinek megfelelőbb, hosszabb ideig tartó adagolása még kifejezettebb hatással fog járni. A folyamatban lévő további kísérletek fogják azt tisztázni, hogy az immunanyagok termelésében a pete melyik részének van nagyobb, vagy egyedüli szerepe. Valószínűnek látszik, hogy az antigen a lepény fehérjéi és lipoidjai között keresendő, már csak minden más szervtől eltérő, különleges szerkezete miatt is. Erre mutat talán az is, hogy a savónak nemcsak a befecskendezéshez használt petének megfelelő állatra volt hatása. Úgy ennek, mint annak a kérdésnek vizsgálata, hogy ezen immunanyagoknak milyen szerepe lehet a terhességi pathológiában, további kísérletek feladata.

A budapesti Charité-poliklinika bőrgyógyászati osztályának közleménye (főorvos: Sellei József)

Adatok a dermatitis atrophicans ferment-kezeléséhez.

Irta: Sellei József dr.

Még alig néhány évvel ezelőtt senki sem adott volna hitelt annak az állításnak, hogy a dermatitis atrophicans progressiva vagy másképpen acrodermatitis atrophicans magától meggyógyulhat, még kevésbé hitték volna el azt, hogy kezeléssel befolyásolható, vagyis gyógyítható. Még akadtak szerzők, akik lelkiismeretes és alapos észlelés

alapján a dermatitis atrophicans progr. gyógyult eseteiről számoltak be, akik eseteket közöltek, melyekben a betegség nemcsak javult, hanem teljes gyógyulással végződött.

M. Oppenheim monográfiájában (1931) három általa megfigyelt esetet közöl, ahol a betegség fiatal egyéneken lépett fel, de csak a kezdeti stádiumig jutott el és teljesen gyógyult. F. J. Pick már régebben leírt ehhez hasonló esetet; újabb időkben is közöltek néhányat; Oppenheim ezeket említett munkájában szintén megemlíti.

Ha az atrophisáló dermatitis pathologiai lefolyását tanulmányozzuk, találunk körülményeket, melyekből kitűnik, hogy az ilyen esetek gyógyulása egyáltalában nem lehetetlen. Ilyen elsősorban a zsírszövet magatartása, melyet Kogoj és Oppenheim vizsgálatai szerint olyan helyeken találunk, ahol rendes viszonyok között nem szokott előfordulni és a tönkrement rugalmas rostok helyét foglalta el.

Találunk azonkívül ebben a betegségben körülírt kötőszöveti burjánzásokat (Kyrle), fibromszerű csomókat (Oppenheim), fibromákat, xanthomákat, histiocytomákat, melyek az acrodermatitisszel szervesen összefüggnek s ugyancsak a szöveti aktivitás jelei, melyek gátat vetnek a terjedő elfajulásos folyamatnak.

Az enzym chemia haladásával járt a hydrolytikus fermentek, az oxydatíós katalysatorok jobb megismerése. A sejt fermentatív lebontása oxydatív és hydrolytikus anoxydatív úton történhetik. Ilyképpen érthető, hogy bizonyos fermentek bontó hatást, pl. a sclerodermában, de egyúttal felépítő hatást, pl. az atrophia cutisban válthatnak ki. Régebben (1932) már más helyen közöltem, hogy sikerült fermentkezeléssel, azaz panreas- és duodenum-fermentekkel az acrodermatitis atrophicans néhány esetében jelentős javulást elérni. Volt közöttük: 1. tiszta dermatitis atrophicans; 2. atrophia sclerodermaszerű fibrosus-kötegekkel és 3. dermatitis atrophicans kétségtelen sclerodermával kombinálva, tehát acrodermatitis atrophicans + scleroderma verum. Éppen a sclerodermás jelenségek készítették arra, hogy ebben a betegségben is megkísérleljem a ferment-kezelést, amelynek scleroderma verum számos esetében (de nem acrosclerosis esetében) igen jó eredményeit láttam. A kombinált atrophia + scleroderma esetekben felpuhultak a sclerodermás induratiók, majd felszívódtak és ezzel összefüggésben viszont a sorvadásos bőrelváltozások is lényegesen megjavultak. A sötét- vagy rózsaszínű-ibolyás bőrelszíneződés erősen elhalványodott és az azelőtt még sorvadásos helyek turgora jelentősen megnövekedett. A sclerodermás keménység és a bőrsorvadás egyidejű eltűnése azt a gondolatot ébresztette, hogy mindkét betegséget ugyanaz az ok idézi elő és mutatta, hogy a panreas-fermentek (vagyis az alkalmazott amylase, lipase és trypsin) hatása kettős, azaz bontó és felépítő. Két ellentétes irányú folyamata ugyanannak a noxának jut érvényre a scleroderma és atrophia cutis kombinációjában amint azt más betegségekben is megtalálhatjuk, ahol a produktív és az egyidejű sorvadásos jelenségeket ugyanaz az ok idézi elő, mint pl. az idült gyomorhurutban.

Négy eseten kívül Gougerot esetét találom az irodalomban. Gougerot és Blum egy nagy kiterjedésű atrophia cutis idiopathica esetben (1933) egyidőben belsőleg és parenterálisan adott hasnyálmirigykészítményeket, mire a beteg fej- és végtagfájdalmai javultak, a gyengeség megszűnt, a beteg munkaképes lett és az acrocyanosis és atrophia is lényegesen javult.

Első idevágó közleményem megjelenése óta újabb három esetet észleltem, melyeket hosszú időn át figyeltem meg. Két másik eset most is észlelésem alatt áll.

1. eset. M. L. 38 éves nő, öt éve beteg. Acrodermatitis atrophicans a bal kéz háton ulnaris csikolattal; az olecranon-tájon és a felkar alsó harmadában atrophias bőrelváltozások. Fermentkezelésre az atrophias dermatitis jelentősen javult.

2. eset. I. B. 62 éves nő, 32 éve beteg. A bal lábszár livid, vékony, atrophiasnak látszó bőrén vivőérfonat tűnik át. Atrophias helyek a térd felett és a láb háton. Vérékép normális; belső szervek épek. Több hónapi kezelés után csekély javulás.

3. eset. C. J. 36 éves nő, hat éve beteg. Elöl a Poupart szalagtól, hátul a csípőtaréjtól lefelé egészen a lábujjakig mindkét végtag vékony, atrophias, kékes-ibolyaszínű, fénylő, finoman ráncolt bőrrel fedett. Az igen vékony bőr mint a cigarettapapír, nagy területen összegyűrhető, átetsző. A comb és a lábszár belső oldalán a nagy vivőerek vastag kék kötegek képeiben láthatók. A bőr helyenként száraz, zsírszegény. Ezek a helyeken szőrzet sem található. A térd felett több babnyi, sárgás, kemény csomó, mindkét lábszáron kemény, sárgás telepek tapinthatók. A jobb lábon 4x2 cm méretű indurált góc. A bőratrophia a lábujjakra is kiterjed. A combokon számos anetoderma található. *Diagnosis*: dermatitis atrophicans diffusa progressiva sclerodermás elváltozásokkal. Anetoderma. *Vercalcium*: 12 mg%. *A gyomorsav normális*.

Pancreas funkció vizsgálatakor a lipase-atoxilresistencia: átmeneti értékeket ad. (5½ csepp.) *Vagyis pancreas funkciós zavarok állapíthatók meg.*

A fermentkezelésre (naponta három tablettá pankrin és egy duodenum-tablettá éhgyomorra és két-három pankrin-tablettá a főétkezések előtt; vagyis naponta nyolc-kilenc darab, ezenkívül másodnaponként az izomba pancreas extractum befecskendezésből áll, hónapokon keresztül), négy hónap múlva már feltűnő javulás állott be. *A sclerodermaszerű keményedések lassan egészen visszafejlődtek, a bőr turgora* lassan de folyton nőtt, éppígy a bőr alatti zsírpárna is. *Az atrophias helyek sötét-ibolya színe szemmel láthatóan világosabb lett, a bőrráncok kisimultak, a bőr gyűröttsége is eltűnt.* A javulás tovább folytatódott és egyévi kezelés után még erősebb lett. *A zsírpárna további fejlődése folytán a bőr egyenetlensége mindinkább megszűnt, a ráncok jobban kisimultak, az ibolyaszín gyengült és a vivőérhálózat áttűnése még jobban csökkent.* Egyes helyek azt a benyomást keltették, hogy valami lényeges változás ment végbe a bőrön, de aki nem tudta, hogy előzőleg itt atrophias folyamat volt, aligha állíthatta volna már fel a diagnózist.

A három vázolt eset közül az elsőben a javulás fermentkezelésre közepes volt a másodikban csekély, a harmadikban igen jelentékeny. S hogy legjobb volt az eredmény a nagy kiterjedés ellenére éppen a harmadik esetben, azzal magyarázható, hogy a fiatal egyén aránylag nemrégén fennálló betegségét hosszú időn (egy éven) át megszakítás nélkül kezeltük.

Összefoglalás Az atrophia cutis idiopathicát vagy dermatitis atrophicant a »dysfermentosisok«-hoz sorolom, vagyis felfogásom szerint azokhoz a betegségekhez, melyek valamely fermentképző szerv (gyomor, duodenum, máj) bonctani és élettani szempontból minőségi vagy mennyiségi elváltozása következtében más szervben (bőrben, vérképző szisztémában stb.) fejlődnek s amelyek ellen *ferment-therapiát* alkalmaztam. A régebben ajánlott *pancreast* és készítményeit (sósavas pepsinen, duodenumon kívül) később májjal és készítményeivel felváltva alkalmaztam. Ezt azután még kiegészítettem *vitaminokkal* és *fémkatalysatorokkal*; más helyen (Dermatolog. Wochschr. 1933, 49. és Revue franc. de dermatologie 1933. szept. és 1934. és Klin. Wochschr. 1934, 48.) kifejtettem ezeknek az anyagoknak aktiváló hatását a fermentekre.

A budapesti Országos Társadalombiztosító Intézet közleménye.

Néhány ritkább ipari szemsérülés.*

Irta: Petres József dr. szemész-főorvos.

Az ipari vagy helyesebben foglalkozási szemsérülések kérdését másképpen kell elbírálnunk, ha a már sérülést szenvedett szem további sorsát nézzük és másképpen, ha az ipari szemsérülések elleni védekezésről akarunk beszélni.

Ismeretes, hogy a foglalkozási szemsérülések kérdése az irodalomban régi keletű és ezért könnyen azt hihetnénk, hogy éppen ezen a téren már nem igen nyújt újat a gyakorlat. Ez azonban nem így van. Az igaz, hogy az ipari szemsérülések gyakorisága, de inkább a sérülés fokának a súlyossága az újabb védőintézkedések szigorúbb végrehajtása, a védőberendezések tökéletesedése miatt a régebbi időkhöz képest csökkent, azonban az ipari technika és a kémiai ipar állandó fejlődése mindig újabb és újabb eljárási és gyártási módokat, eddig még iparilag nem használt vegyi anyagokat von a maga körébe, ezért érthető, hogy a szemészetnek ez a fejezete még mindig nincs lezárva. Hogy ez így van, azt a mindennapi élet igazolja, mert olyan anyagok okozhatnak szemsérülést, amelyekről ilyen értelemben eddig nem volt tudomásunk.

A rendelkezésemre álló rövid idő alatt az ipari szemsérülésekre vonatkozó általános megállapításokra részletesen nem térhetek ki. Azonban tekintettel arra, hogy rendelésünkön évi 20.000 új szembeteg jelentkezik, akik többnyire ipari munkások, bőven van alkalmunk az új foglalkozási szemsérülések legkülönbébb formáit észlelnünk, ezen a téren tapasztalatokat szereznünk. A sérülések kor szerinti megoszlása azt mutatja, hogy a fiatalabbak között gyakoribb a szemsérülés. Ha ebből a szempontból 16—30-ig, 30—40-ig és 40—60-ig terjedő három csoportba osztjuk a sérülésből eredő keresőképtelenek számát, azt látjuk, hogy az elsőben 200, a másodikba 135, a harmadikba pedig 58 szemsérült kerül. Vagyis a 16—30-ig terjedő életkorra az összes szemsérülések több mint 50%-a jut.

Ennek többek között két jelentős oka van. Az első, hogy a 16—30 évesek közül kerül ki az ipari munkásság nagyobb része, másik pedig az, hogy a fiatal kornak nem erénye a higgadság, az óvatosság. Szemsérültjeink 91%-a férfi és csak 9%-a nő. Ez azt mutatja, hogy az ipari munka terén aránytalanul több férfit foglalkoztatnak, mint nőt. Másik oka pedig az, hogy a legveszélyesebb iparágak úgyszólván egyáltalában nem veszik hasznát a női munkaerőnek. Az ipari szemsérülések kérdésében igen figyelemreméltó körülmény a két szemnek egymáshoz viszonya. A nagyobb anyagok ilyenirányú feldolgozásának eredményével (*Elschnig*, *Busacca*) megegyezik a mi tapasztalatunk is. Érdekes, hogy a sérülések 55%-a a bal szemet, 31%-a a jobb szemet, 10%-a mindkettőt érte; 4%-a pedig a félszemű munkások sérülésére esett. Az ipari szemsérülések keletkezésében bizonyos törvényszerűséget is megállapíthatunk. Itt első helyen említjük a kijavíthatatlan ametrop és a kancsal, amblyop szemek feltűnően nagy százalékú számát, ami bővebb magyarázatra alig szorul. De még ennél is feltűnőbb, hogy a megismétlődő foglalkozási szemsérülés igen nagy százalékban újra a gyengébb látású szemet éri.

A sérülésfajták megoszlása és helye szempontjából a szaruhártya felszínes sérülését emelhetjük ki mi is, ami felülmulva a többi sérülési nemeket, vezet. Azonban igen

jelentős és a külföldi ilyenirányú megállapításoktól eltérően magas a sérülési arányszáma a maró anyagok okozta foglalkozási szemsérüléseknek. A mi sérültjeink 31%-át ezek teszik, ez pedig igen nagy eltérést mutat, ha akár az *Elschnig* 5%-át, akár a *Schmeichler* 8%-át is tekintjük irányadónak.

Ha a szem és környékének maródásos sérülését okozó anyagokat nézzük, mégpedig előfordulásuk gyakoriságának sorrendjében, akkor a mézshabarcs vagy oltott méz, malter, marószóda, sósav, rézgalic, formalin, terpentín, szalmiákszesz, marónátron, ammoniák következnek. Vagyis olyan anyagok, amelyeket többnyire az építő- és vegyiparban használnak. A sérültek ezen csoportjában igen nagy számmal szerepelnek a segéd munkások, tehát azok, akik nem szakemberek, nem szakmunkások és így a fenti anyagok ártalmas hatásmódjával nincsenek eléggé tisztában s ezért a kellő óvószabályokat sem ismerik jól. Ennek a körülménynek feltétlen szerepe van a viszonylagosan is nagyszámú maródásos szemsérülések keletkezésében. Ehhez társul természetesen az a már előbb említett megállapításunk is, hogy a kémiai ipar mindig több vegyi anyagot állít a maga szolgálatába. Ezért növekszik az ipari vegyi anyagok által okozott foglalkozási szemsérülések száma is.

Ennek a megállapításnak bizonyítására szabadjon megemlítenünk 1933 novemberében az egyik vegyészeti gyárban történt dymethylsulfat mérgezés egyik, azt hiszem legsúlyosabb esetét.

K. J.-né 29 éves gyári munkásnő abban a teremben tartózkodott és résztvett a takarításban, ahol eltörött az előttük akkor ismeretlen anyagot tartalmazó edény.

A beteg a kiömlött folyadék feltörésében segédkezett és így nagyon ki volt téve a dymethylsulfat gőzök közvetlen hatásának, és a *Starkenstein* által leírt dymethylsulfat-mérgezés kezdetének megfelelően azonnali torok-, légcső- és szemégéssről panaszkodott. A szemégés és a könnyezés óráról-órára fokozódott, a fénykerülés a sérülés után hetekig igen feltűnő volt.

A beteg Intézetünk gégeosztályára került, mert a légzőszervi nyálkahártya megbetegedése volt a legsúlyosabb. Egy nappal a sérülés után határozott szemhéjduzzanat, szemhéjgörcs, erős fénykerülés, chemosis és állandó könnyezés uralkodott a körkén. A szemrés széttárásakor a szemtekei kötőhártya tele volt vérzések foltokkal. A cornea szurkáltsága lehetetlenné tette az iris és a mögöttes részek pontos észlelését.

A gyakori meleg borogatás, mydriaticumok és a bulbus felszínét bevonó szerek hatására a súlyos subjectív tünetek csökkentek, de több szokatlan jelenség tette érdemessé az esetet az ismertetésre.

Talán a szemnek a dymethylsulfat gőzökkel történt közvetlenebb és hosszabb ideig tartó érintkezése magyarázza meg, hogy ellentétben a *Starkenstein* és az I. számú szemklinika által közölt három-három esettel, itt ú. n. lappangási idő alig volt és a teljes gyógyulás három hónappal tovább tartott. A betegség lefolyására jellemző volt a cornea érzékenységének nagy csökkenése és a szaruhártya szurkáltságának lassú gyógyulása. A cornea felisztulása a széli részeken második héten indult meg és annak centrumában még a sérülés után egy hónappal is korongszerű felszínes borúságot, hámziláltságot lehetett látni.

Az kétségtelen, hogy ebben az esetben nemcsak a gőzök izgató hatásáról vagy a *Klocke* leírta kénsavas maródásról volt szó, hanem a *Weber* által kísérletileg is beigazolt ép molekulák ártalmas hatását is megfigyelhettük. Úgy látszik, hogy amíg enyhébb mérgezőkor csak hamar a súlyosabb esetekben a cornea érzékenységének csökkentésén kívül, annak minden más szervünkénél gyorsabb megújuló képességét is gyöngíti. Ezzel tudjuk csak magyarázni a cornea szurkáltságának oly lassú, a széli részokről a központ felé haladó feltisztulását.

* A Magyar Szemorvos Társaság 1934. évi nagygyűlésén tartott előadás nyomán.

A másik ismertetésre érdemes ipari szemsérülés *cataracta electrica*, amelyet egy 32 éves *M. P.* nevezetű transzformátor ellenőrön észleltünk.

Ez a munkás 1932 szeptember 21-én a Drégely-utcai transzformátorállomáson ki akarta kapcsolni a transzformatort, amikor jobb könyökével véletlenül hozzáért a 3000 voltos primaer vezetékhez. Ez rövidzárlatot okozott, a vezetékben láng csapott ki. A beteg a fején, a bal karján harmadfokú égést szenvedett, testében erős ütéset érzett. Esméletét csak a sérülés után pár perccel későbbben veszítette el.

Intézetünk baleseti osztályán történt felvételek a szív a tüdő és hasüri szervek kóros elváltozást nem mutattak. Pulsusa 76, testhője 36,7 C volt. Kóros elváltozások a következők: »a bal frontális, temporalis és parietalis lágyrészek elhaltak. Ezen a területen a haj hiányzik, a pillaszőrök lepörkölődtek. A bal alkar alsó harmadán s a kéztő tájékán a bőr sárgás, elhalt, de helyenként az elhalt izmok, inak és szürkés-sárga csontrészek láthatók. Az egész bal alkar duzzadt, az ujjak aktíve nagyon nehezen mozgathatók.«

A fenti sérülésnek megfelelően súlyos következményekkel járt a gyógyulás is. »A bal homlok és halánték tájon 7x4 cm tojásdad területen elpusztult csontfelszín volt szabadon. A bal kéztő megvékonyodott, eltorzult, radialisflexió, a második, harmadik, negyedik és ötödik ujj pedig flexió contracturában maradt.«

A beteg a fenti súlyos sérülése ellenére is csak félévvel a baleset után, 1933 III. 23-án jelentkezett először a bal szemének látásromlása miatt rendelésünkön.

A szemén külső sérülésnek semmi nyomát nem találtuk. Szembaja soha nem volt. Az első vizsgálatkor a bal szemén előrehaladó, jobb szemén kezdődő hályogot találtunk. A visusa ekkor j. sz.: 20/0 + 1,0 D. — 25/0, a b. sz.: 2/0, volt.

A lencsék elszürkülése ezután már elég gyorsan haladt előre úgy, hogy 1933 decemberében a bal teljesen elszürkült, a jobb szemével csak két méterről tudta az ujjakat megolvasni. A lencse elszürkülésének előrehaladásában érdekes volt megfigyelni azt, hogy szabálytalan alakú szürkés foltok többnyire az elülső kéregállományban helyezkedtek el, amit egyébként *Cander* és *Koch* is leírtak. A hátsó kéregállományban pedig a homályok radiális irányúak voltak, ami a *Pelláthy* által ismertetett esethez hasonló. Nem célunk, hogy a *cataracta electrica* kezelésének okait, amelyek ismeretese is, most felsoroljuk. Tudjuk, hogy az ilyen eredetű hályog keletkezésében az áramerősség nem mindig fontos tényező, mert például *Franklin* és *Scott* már 220 voltos áramsérüléstől származó hályogot is írtak le. Fontosabb szerepe lehet az áramhatás idejének, de *Hessberg* az egyéni hajlamot is az ide sorolandó okok közé számítja. Esetünkben az electricus áramerősségen kívül szerepe lehetett a rövidzárlatkor kicsapódó láng hőhatásának is.

LAPSZEMLE

Sebészet.

A felkar töréseinek, különösen a subcapitalisoknak a kezelése. Új extensziós készülék. *H. Schupp.* Marburg. (Zentralblatt f. Chir. 1934. 34. sz.)

Szerző vázolja a használatos gipszkötések és különböző acélsínék hátrányát és ismerteti új extensziós készülékét. Ez forgatható székből és ebből kiinduló kb. 1 és 1/2 m magasba nyúló karból és arra erősített forgó dobból áll. A beteget, felső testére rögzítő kötéssel helyezve, a székre ülteti, majd az ulnár keresztülvezetett dróttal a felkart abducált helyzetben extendálja. Röntgen-ellenőrzés mellett a törésvégeket pontosan reponálja s így teszi fel a karra a gipszkötést. A gipsz megkeményedése után a beteg a készüléket elhagyja. Több esetet ismertet, melyeknél a leírt készülék segítségével tökéletes eredményt sikerült elérnie. *Molnár Jenő dr.*

A peritonitis serum-kezelésének kérdéséhez. *Dr. Vorschütz,* Hamburg. (Zentralblatt f. Chir. 1934. 34. sz.)

Szerző nem használ serumot. A geny kitorlása után rivanollal (1 : 1000) öblít, majd a rivanolt is törőlével gondosan felitatja. A rivanol gyógyító hatását nem annyira desinficiáló képességének, mint inkább reactiót előidéző hyperaemiasól

hatásának tulajdonítja. Eljárásával ugyanolyan kis halálozási százalékot ért el, mint Riemann, aki serumot használt. Riemann kedvező eredménye alapján azonban reméli, hogyha súlyos peritonitises esetekben ő is serumot fog használni, a halálozási százalék még kisebb lesz. *Molnár Jenő dr.*

A sebészi esetekben végzett vérvizsgálatok jelentősége. Adat az agranulocytosis klinikájához. *Eduard Melchior.* Breslau. (Zentralblatt f. Chir. 1934. 34. sz.)

Az ismertetett beteg súlyos sepsis tüneteivel került észlelésre és csak a vérvizsgálat mutatta ki, hogy a septicus tüneteket agranulocytosis okozza. A betegnek 1300 fehérvérsejt száma volt és 2% leucocytája. Besugárzásokkal és transfúziókkal 1 éven belül teljesen meggyógyult. Ennek kapcsán felhívja a figyelmet, hogy lehetőleg minden sebészi megbetegedés esetén végezzünk vérvizsgálatot. Ezzel esetleg a criptogenetikussal jelzett esetek és egyéb ismeretlen kiindulási gyulladások is legtöbbször tisztázódhatnak. És sok emberélet lenne megmenthető, hiszen a szóban forgó beteg is elpusztult volna, ha agranulocytosis helyett a sepsis ellen küzdött volna. *Molnár Jenő dr.*

A mellrákok korai gyógykezeléséről. *Läwen.* (Deutsche Med. Wschr. 1934. 19.)

Nem kell annak fontosságát sokat latolgatni, miért szükséges, hogy a rákbetegek minél hamarabb szakértő kezekbe kerüljenek. Szomorú, hogy Kelet-Porcszországban műtét alá kerülő rákbetegeknek alig 30%-a operálható. Sorozatos vizsgálatot végzett 1227 olyan nőn, kinek tulajdonképpen semmi panasa sem volt, azon célból, hogy hány %-ánál fog mellrákot, mint egyszerű vizsgálattal legtöbbször könnyen felismerhető rákot találni. Vizsgálatait 4 csoportban: faluban, kisvárosban, nagyvárosban és egyetemi női klinikán végezte. A nőket összehívták és kis ismertető előadás után felhívták őket a vizsgálatra. A meghívott nőknek csak egy része jelent meg és ezeknek is egy része engedte magát megvizsgáltatni. Az 1227 eset között talált: 1 mellrákot, 8 operált, de kiújulásmentes, 2 kiújult rákot, 103 idült gyulladást, melyek közül 2 vérző emlő volt, 2-t pedig próbakimetszésre utasítottak. Az idült gyulladás átlagban 8%-ban szerepel a 40—50 év közötti többször szült nőknél, kik gyermekeiket maguk szoptatták. A vizsgálatokból szűrt tapasztalata az, hogy a rák korai gyógykezelésének kérdését csak bizonyos alakban alkalmazható pressióval lehet megoldani. A sorozatos vizsgálatot ismeretével együtt melegen ajánlja, mert ezzel nemcsak felhívja a figyelmet rá, de a feleslegesen aggodókat is megnyugtatja. *Horváth György dr.*

Szülészet.

Két súlyosabb gyermekágyi általános gázbacillus-fertőzés. *Simansitz.* (Zbl. f. Gyn. 40. 1934.)

A méhüre localizált gázbacillus-infectio tünetek nélkül zajlik le. Néha kisebb hőemelkedés, borzongás lép fel. Diagnostizálni csak az uterusból vett bakteriológiai vizsgálattal lehet. Abortusokkal kapcsolatban gyakran találunk bakteriümüket a vérpályában, gázbacillusokat azonban csak nagyon ritkán. A gázbacillus in vitro haemolysist és methaemoglobin képződést idéz elő. Klinikailag általános gázbacillus-infectionál typicus icterust, vérelváltozást, sötétvörös vizeletet és a vérpályában gázbacillust találunk, egyidejű physometra nélkül. Lehmann két gyógyult esetet írt le. Nagyobb a száma a közölt halálos eseteknek. Intézetünk háromévi anyagában négy ízben fordult elő általános gázbacillus-fertőzés. Az első lázas, incomplex abortus, a második lázas szülés volt. Mindkét esetben műszeres befejezés (curettagé, perforatio); egyiknek adtak serumot is, mindkét súlyosan fertőzött 32, illetőleg 41 óra múlva meghalt. A harmadik és negyedik esetben intenzív serumkezelést is alkalmaztak és ezt a két esetet részletesen közli. Az első 19 éves multipara volt, három-négyhónapos imperfect abortussal kereste fel a septicus osztályukat. Az abortust újjal befejezték. Typicus általános gázbacillus-fertőzés képét találták, de az intenzív i. v. serumkezelésre a beteg meggyógyult. A második 25 éves multipara; a harmadik hónapos imperfect abortust eszközzel fejezték be és utána H_2O_2 -vel kimosták a méhet, üvegsóval drainaget csináltak és i. v. serumkezelést indítottak meg. Az általános gázbacillus-fertőzés typicus volt, megfelelő bakt. vizsgálatokkal megerősítve. Az intenzív serumkezelés ellenére a beteg anaemiában halt meg a kilencedik napon. Az általános fertőzés később a vesékre localizálódott, a vesék regenerációja lassú volt és így a gyorsan kifejlődött uraemia végzetes kimenetelűvé vált. *Horváth Zoltán dr.*

A Kielland-féle prolapsus-műtét kritikája. *E. Weinzierl.* (Arch. f. Gyn. 157. 3.)

A prágai német egyetem anyagát dolgozta fel. 1928-ig 39 Kielland-féle műtétet végeztek, azóta azonban egyet sem.

A 39 közül négy volt a climaxon innen; két nullipara s 20-nak volt totalis prolapsusa. Öt asszonyon végeztek már egy- vagy több ízben plastikus műtétet. A typosus műtétől csak néhány-szor tértek el. Kombinálták azt egy ízben a ligamentum rotundumok megrövidítésével, egyszer hólyagfascia-rafollással, egy myomgóc-enucleatióval, egy sphincter-varrattal, egyszer magas collum-amputatióval. Megjegyzése a műtési technikához: a hátsó hüvelybe tett tompan kell felválasztani, hogy a Douglas serosa meg ne sérüljön. Fontos az uterus intramuralis vérzescsillapítása; szerző az interpositiós ágyba való sülyesztése előtt egy-két ccm hypophysis-kivonatot ad. Fontos még az általános vérzescsillapítás is, egyrészt utóvérzés elkerülése céljából, — mely súlyos complicatio — másrészt az esetleges retentiofertőzés kiindulási kapuja lehet. A paraurethralis és paracervicalison kívül hasznosnak tartja a spatium rectovaginale drainézését is. A betegeket 3—4 napig csapolni kell. A 4½—8 évvel ezelőtt operált betegeket kontrollra rendelte be. A jelentkezett betegek közül hét esetben talált recidívát. Érdekes, hogy a prolapsus röviddel a műtét után keletkezett s minden esetben izolált levator-varrás történt. Ezt a 21%-os recidívát soknak tartja, bár nem zárhatja ki ezen esetekben a constitutio szerepét sem.

Kolbe Lajos dr.

Az erlangeni női klinika besugárzási módszerei a női nemzőszervek rákjának röntgenkezelésében. Wittenbeck. (Strahlentherapie. 1934. 50. sz.)

Az erlangeni női klinikán a rák röntgenkezelését Seitz és Wintz módosított eljárása szerint végzik. Ha a daganat fertőzött, úgy először réznek galvanáram által történő bejuttatásával fertőtlenítik, környezetével együtt. A besugárzás méhtest és méhnyakrák esetén két részletben történik; az első kezelés alkalmával magát a daganatot, az ezt nyolc héttel követő második besugárzással annak környezetét és a parametriumokat sugározzák be. Az első besugárzás hat, a második medencefenékent négy elülső és négy hátulsó mezővel, 6 × 8 cm-es normal tubussal, 30 cm-es focus-bőr távolsággal s a HED-nek 90—110, adenocarcinoma esetén 125%-ával történik. A gyors terjedésre hajlamos vulvarákot négy mezőben, 90—100 cm focus-bőr távolsággal s a HED-nek 100%-ával kezelik. Petefészekrák esetén a daganatos tömeg műteti eltávolítása után 12—14 nappal a HED-nek 110%-ával végzik el a röntgenkezelést, amely lehetőleg rövid ideig tartson, mert a nagy testfelületre kiterjedő besugárzás az egész szervezetet megviseli. Az első kezelést itt 8—10 héttel követi a második. A röntgenbesugárzást mindig utókezelés követi, melynek célja a szervezet robórállása mellett a daganat szétesési termékeinek kiválasztását elősegíteni.

Ifj. Mauks Károly dr.

Gyermekgyógyászat.

Vaccinatio után beálló késői reactio és késői encephalitis. Thomas. (Deutsche Med. Wochenschrift. 1934. 1673. oldal.)

Három esetét ismerteti, egyik 13 hónapos, második három éves, harmadik 12 éves: 1. a vaccinatio után korai reactióként erős helyi és általános reactio ami rendes időre lezajlott, 43 nap múlva a helyi reactio kiújul, ugyanakkor encephalitis, felnött vérkezelés; 2. vaccinatio után korai reactio, ez javul, 14. napon újból fellángol + meningencephalitis. Kétszer annyiszor gyógyul; 3. korai reactio, 11 nap múlva kiújuló localis és általános reactio + encephalitis. Exitus. Fontosnak tartja, hogy az első reactio mindhárom esetben már javult, mikor a localis folyamat újból kezdődött s encephalitis társult hozzá.

Kiss Pál dr.

Előzetes csecsemőkori rachitis szempontjából átvizsgált iskolagyermek fogazatáról. M. Eliot, S. Souther, B. Anderson, S. Arnim. (Amer. Journ. of Dis. of Children. 1934. 48. köt.)

Szerzők 451 gyermekből álló anyagon kimutatták, hogy a maradandó fogak zománcállományának hypoplasiája igen gyakran kapcsolatos a csecsemőkorból kiállott rachitissal. Az észlelt zománchyoplasiás esetekben csak 12%-ban nem szerepelt rachitis, míg 25%-ban enyhe, 63%-ban pedig súlyos rachitis szerepel a kórtörténetben. A zománchyoplasiás gyakori következménye a fogcaries, ezért rachitist kiállottakon gyakoribb is a caries. Csecsemőkorból adott csukamájolaj a maradandó fogak későbbi zománchyoplasiáját illetően is preventív értékűnek bizonyult.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

Mumpsmeningitis. Hildegard Matutt. (Kinderärztliche Praxis. 1934. 11. köt.)

A parotitis epidemica idegrendszeri szövödményei között a ritkábban előforduló, rossz prognózisú encephalitis s a kedvezőbb lefolyású meningitis szerepel. Egy irdalmi adat szerint transverzális myelitist is észleltek. Előfordulnak meningoradiculitisek is. A meningitis rendszerint a mumps

5—8. napján kezdődik. Klinikailag tünetszegény s többnyire a megejtett liquor-vizsgálat dönti el a diagnózist. A liquorban a gyulladási tünetek mindig megtalálhatók, a cukor azonban nem szokott csökkenni, inkább magasabb a normálnál. Szerző két ilyen meningitis-esetet közöl, ahol a lumbal punctio nemcsak diagnosztikus, hanem therapiás jelentőségű is volt. A Bessau-féle infectio-toxicus meningopathiák beosztását véve alapul, eseteit a meningitis serosa csoportjába sorolja. Lues, tbc. s az idegrendszer-környéki lobosodások vizsgálataik alapján kizárhatók voltak.

Flesch István dr.

Urologia.

Az urethra posterior radicalis curettage-áról. E. Franceschi. (Journ. d'Urol. 1934. 38. 193.)

A hátsó urethritisek nagy része nem gyógyul a klasszikus kezelési módszerekkel. Ennek oka, hogy az urethritis post. többnyire prostatitissal, spermatoocystitissal szövődött, illetve ezen szervek chronikus gyulladása tartja fenn tulajdonképpen a pars post. idült megbetegedését. A közönséges kezelési módszerek (prostata-massage stb.) eredménytelenségét abban látja, hogy az urethritis post. következtében a colliculus seminalison olyan elváltozások jönnek létre, amelyek a colliculuson nyíló kivezető csöveket szűkítik vagy elzárják és ezzel megakadályozzák azt, hogy a beteg prostata, ill. ondóhólyagok váladéka kiürülhessen. Ezen feltevés alapján a colliculus seminalis, ill. az urethra post. gyökeres «curettage»-át, elektrocoagulációját ajánlja a Mc. Carthy eszközzel. Coagulatio után a colliculus eltűnik és az urethra hátsó falán szabadon nyílnak a mirigy, ill. ondóhólyag kivezető csövei. A műteti beavatkozás előtt a húgycsövet «sterilizálja» desinficienssel való többszöri öblítés, végül a húgycső diathermiája által. Elektrodként Hegar tágitót vezet az urethrába. Műtét után 12 elülső, ill. hátsó húgycső-öblítés, majd prostata-massage-ok, mikor is a váladékoknak már szabad útjuk van kifelé. 100 esetében nagyon jó eredményeket látott ettől az eljárástól.

Bodon Gy. dr.

A vesesérülésekről és azok kezeléséről. R. Redi. (Journ. d'Urol. 1934. 38. 231.)

A műteti beavatkozás szükségességének kérdése és a beavatkozás mikéntje még ma is sokat vitatott probléma. Ennek oka abban rejlik, hogy a rendelkezésre álló vizsgálati módszerekből nem lehet tiszta képet kapni a sérült vese bonctani állapotáról. Legjobb felvilágosítást a chromoskopia és az ascendáló, ill. descendáló pyelographia adják, melyeket minden vesesérülés gyanúja esetén elvégzendőknek tart. A műteti beavatkozást illetően, ha a vese nem teljesen roncsolt vagy nem szakadt le a hilusról, úgy a lehető legkonzervatívabban jár el. Ilyen esetekben a roncsolt részek resectióját ajánlja.

Bodon Gy. dr.

Új műtét a varicokele kezelésére. Z. do Amaral. (Journ. d'Urol. 1934. 38. 249.)

Ferde inguinális bőrmetszés. Az obliquus ext. aponeurosisának átmetszése után a funiculusnál fogva kibuktatja a herét, majd felülről lefelé haladva együttesen praeparálja ki a here ereit. A here visszahelyezése után Bassini-varratok. Majd az obliquus ext. aponeurosisában 3 cm hosszú nyílást ejt, melyen keresztül áthúzza az érkötegeket, melyek ezáltal az aponeurosis felett kacsot képeznek. Az aponeurosis nyílását néhány öltéssel összevarrja. Aponeurosis-varrat. A bőrt kacsokkal egyesíti. A műtét előnyét szerző abban látja, hogy a tágult visszereket a scrotumból eltávolítja a tágult erek resectiója nélkül és hogy ezáltal elkerüli a here arteriáinak esetleges megsértését.

Bodon Gy. dr.

Szemészet.

Intracranialis nyomásemelkedés diagnózisa Bail-lart-próba segítségével. Arnaud és Guillot. (Annal. d'Ocul. 1934 szeptember.)

A koponyasérülést követő liquor-nyomásemelkedés körjelzését a szemtükrü kép csak későn biztosítja; a pangásos papilla, vénás pangás friss esetekben cserben hagy. Nem megbízható a vénás tonoscopia sem. Az arteriális nyomás (diastolés) emelkedése legalább 20 mm-rel — azonban megbízható eljárásnak bizonyult. Az átlagértékek 70—80 mm Hg közt mozognak. 4 sérült vizsgálata magas értékeket adott, a sebész trepanatiót végzett. Egy másik sorozatban (negatív lelet) nem történt beavatkozás. Szerzők — tapasztalataik alapján — hangsúlyozzák a tonoscopiás lelet fontosságát a sebész szempontjából, mely természetesen nem teszi feleslegessé sem a klinikai, sem a liquor manometriai vizsgálatokat.

Grósz István dr.

Adatok a neuroretinitis albuminurica pathológiájához. E. Wölfflin. (Klin. Mon. f. Aug. 1934 okt.)

58 éves, iszákos, chronikus nephritisben szenvedő beteg enucleált szemének pathologiai-anatomiai adatait közli. A beteg mindkét szemfenekén vérzések és retinitis góccok voltak láthatók. A szövettani képből az érfalak megvastagodottak, olykor a lumen obliterált volt. Az érhártyában vérzést nem talált, amit a vastag érfalaknak tulajdonít. Az ideghártyában számos cystát észlelt, melyeket oedema okozott, a hosszasan fennálló arteriális hypertonia következtében. Szembeállítja eme nephriticus hypertoniás oedema képződést a glaucomások hypertoniájával, amikor is a retinában oedematát sose látni. Hangsúlyozza, hogy retinitis albuminuricánál a legritkább esetben fordul elő glaucoma. *Weinstein Pál dr.*

Vak szemén váltható-e ki fénykerülés a másik szem részéről? Comberg. (Zeitschr. f. Augenh. 1934 szept.)

Egyoldali teljesen vak szem és másik ép szem esetében nem ritkán fénykerülés támad a vak szemén. E fénykerülés nem a vak szemet ért közvetlen fényhatás következménye, hanem az egészséges szem részéről kiváltott consensualis pupillamozgás ideji elő a vak szemén fájdalmas iriscontractiók következtek. Tartós pupillatágítók alkalmazása után megszűnik a fénykerülés. Egyoldali absolut glaucoma esetében is alkalmazza a vak szemén a mydriaticumot és sok esetben megszüntette a fájdalmat és elkerülhető lett az enucleatio. *Weinstein Pál dr.*

A pupillakutatás újabb eredményei. C. Behr. (Zentrbl. f. d. ges. Ophthalm. 1934. 241. old.)

Részletesen ismerteti az újabb irodalmat és a pupilla anatómiájáról, physiológiájáról, consensualis reakciókról, pupilla mozgási zavarairól, ritkább pupilla rendellenességekről szóló felfogásokat felsorolja. *Richard* szerint a m. sphincter és dilatator pupillae nem két különálló izom, hanem egységet alkotnak síma, circularisan futó rostokból, melyeknek idege a sympathicus, míg az oculomotorius semmi hatást se gyakorol a pupillára. Sympathicus izgatáskor a pupilla tágul, bénulásakor szűkül. A fényérzést az opticusban külön rostok továbbítják és külön rostok a tárgylátást. Apoplexiás comában a vérzés oldalán tágabb a pupilla. Fejtrauma esetén keletkezhet anisokoria de ez különbözik a tabes anisokoriától, mert ez utóbbinál állandósul a pupilla átmérője és cocain, atropin hatására kiadósabban tágul. *Argyll-Robertson* tünetnél, amikor is a pupilla fényre nem, de alkalmazkodásra szűkül, a bántalom székhelye a sphincter mag előtt van az afferens pálya átkapcsolódása helyén. A metalueticus szemelváltozásokat toxicusnak tartja. *Negro* epilepsziásoknál leírt egy tünetet, mely abban áll, hogy rohammentes szakban megvilágításra a pupilla szűkül, de utána kitágul, majd ismét a hippus jelenségét mutatja, végül is tág marad. A hippust *Herzog* írta le, mint igen korai tünetét a sclerosis multiplexnek. *Weinstein Pál dr.*

Angiomatosis retinae. P. Junius. (Zeitschr. f. Augenh. 1934 okt.)

Az angiomatosis retinae, retinitis exsudativa Coats és Osler-féle vérzéssel járó megbetegedéseket tárgyalja, melyekben közös a teleangiectasia. Az aetiologiában szerepel az embryonális kötőszövetnek örökölt gyengesége, szabálytalan növekedése, mely rendszermegetegedést idéz elő a májban, lépben, bőrön, szemfenéken és agyban teleangiectasiákat okozva. Részletes irodalmi ismertetését adja az idevágó eseteknek. *Weinstein Pál dr.*

Bőrgyógyászat.

Az induratio penis plastica kezelése. Musger. (W. Kl. Wschr. 45. sz. 1934.)

A sokféle gyógyeljárás közül, mellyel induratio penis plastica eseteiben kísérleteztek, az újabb időben a rádiumkezelés adja a legjobb eredményeket. Először *Kumer* közölt 1922-ben 41 esetet, melyek közül 21 résznit gyógyult, résznit lényegesen javult; 1929-ben *Kumer* és *Riehl* sen. 80. esetet közöltek meggyező százaléku statisztikával. A szerző 120 betegről tesz említést, akik közül rádiumbesugárzásra 27 (22,5%) meggyógyult, 30 (25%) lényegesen javult, 24 (20%) befolyásolatlan maradt, míg 39 (32,5%) a kezelést többkevesebb besugárzás után abbahagyta. A besugárzásra eleinte a Kumer-féle rádiumtartót alkalmazta, később a Dominicsövekre tért át. Kezdeti dosisnak 30-40 mg, később pedig 15-20 mg elemi órát tart a legalkalmasabbnak. Több más szerzővel egyetértésben úgy találja, hogy a két-, majd többhetes időközben végzett rádiumkezelés hatásának a tizedik besugárzásig mutatkoznia kell, mert a további besugárzástól már javulást nem várhatunk, sőt inkább a rádiumsugarak által okozott ártalmak lépnek előtérbe. *Nagy Ferenc dr.*

Lymphogranuloma inguinale két atypusos esete. W. Burckhardt. (Arch. f. D. u. Syph. 170 kötet, 1934.)

Két betegének kórtörténetét közli, amelyekből kitűnik, hogy egyik esetben a gluteusok, másik esetben a penis és scrotum bőrén keletkeztek az elváltozások, amelyek bőr és bőr alatti, részben lap szerinti részben, csomós beszűrődésekből és fisztulákból állottak. Első esetében *Koch*-bacillust sem a gennyből, sem a kivágott bőrdarabból nem sikerült kimutatnia, második esetében azonban a tuberkulin-reactio *Mantoux* szerint erősen pozitív eredményt adott. A *Frey*-féle reactio különböző (Breslau, Stockholm, Berlin) törzsekből készült antigénekkel erősen pozitív volt, dacára annak, hogy a klinikai képből a mirigyek nem vettek részt. Mindkét esetben típusos tuberkuloid granulatiós szövetet észlelt. *Preininger Tamás dr.*

A pseudolues papulosa kérdéséről. Höcker, Erlangen. (Derm. Wschr. 45. sz. 1934.)

A megbetegedést 1921-ben *Lipschütz* írta le és létrejöttében a dispositiónak is szerepet juttatott. Az eddig ismert irodalmi esetek száma 12, melyhez szerző még két saját esetét fűzi. Maga az elváltozás élesen körülírt ovalis-, vagy félgömb alakú, normális bőrön, széles alapon ülő, gombostüfej-lencsényi, ép hámmal borított, szürkésfehér, vagy szürkésbarna, közepesen kemény papulákból áll. Egyedül *Hoffmann* esetében szerepel hámfosztottság, fekély és pustula. Szubjektív kellemetlenségeket maga az elváltozás nem okoz, inkább az előidéző okok. Lefolyása nagyon jóindulatú, kezelés nélkül is meggyógyul. Férfi betegén az anális tájékon, nőbetegén pedig a nagy- és kisajkákön voltak az elváltozások. Górcső alatt mérsékelt hyperkeratosis, néhol parakeratosis látható; a tüskés sejtek megnagyobbodottak, vizenyösen duzzadtak, számos sejtes hézagképződéssel. A str. basalebam a retcesapok sok helyen akantothólikusan kiszélesbedtek és a subcutisig hatolnak, a papillaris és subpapillaris rétegben főleg lymphocytás diffúz beszűrődés. Szerző szerint a betegség keletkezése a kiváltó tényezők (vizeletcsorgás, bőséges secretumok stb.) ismertetésével nincs kellőleg megmagyarázva. Éppen ezért fel kell venni egy bizonyos hajlamot is, bár ezzel se jutottunk sokkal előbbre. Kérdéses még az, hogy a kórkép létrejövételében nem játszik-e szerepet a verrucához hasonló fertőzés. *Dóczy Gedeon dr.*

Luessel fertőzött, phthisisben szenvedő beteget kezelhetünk-e salvarsannal? Neosalvarsan helyett alkalmazható-e solusalvarsan, vagy a neojakol? Spirocidtól várható-e gyógyeredmény? Prof. Lydtin, München. (M. M. Wschr. 37. sz. 1934.)

Tbc-s beteg antilueses kezelése attól függ, hogy a tbc-s folyamat milyen intenzitásban áll fenn. Friss, erős gyulladáson jelleggel járó tudófolymatkor energikus antilueses kezelés nem javult, mert a fellépő góc- és általános reactio a tudófolymat rosszabbodásához vezet. Ha azonban a tudófolymat gyógyulásra hajlamos, különösen cirrhotikus proliferatiós elváltozásnál, a neosalvarsan-kezelés aggodalom nélkül bevezethető, sőt olykor az általános állapot befolyásolásával a tudófolymatra is jó hatású lehet. Az intramuscularisan is adagolható salvarsan preparatumoknak az előnye a lassú resorptió folytán megkisebített góc- és általános reactióban keresendő. E tekintetben a myosalvarsan előnyösen ismert; valószínűleg ugyanez áll a solusalvarsanra és a neojakolra is. A spirocidkezelésre vonatkozólag ezideig még megbízható irodalmi adatok nem állanak rendelkezésünkre, bár tekintve a gyermekeken elért jó eredményt, az injectióban adott szerek ellenjavallatai esetén megpróbálkozhatunk vele. *Nagy Ferenc dr.*

A syphilis belső kezelése stovarsollal. (Spirocid). M. Oppenheim. (W. Kl. W. 32. sz. 1934.)

A stovarsol a salvarsannal rokon, öt vegyértékű arsenpreparatum: acetylizált oxydamino phenil arsensav. A lues kezelésében *Lewaditski* állat- és emberkísérlete óta játszik szerepet. Indicatiós területe 1. prophylaxis, 2. újszülöttek, csecsemők és kis gyermekek congenitalis luese, bismuttal, vagy higanyal kombináltan, 3. pharyn és laryn exulcerált gummái, 4. mesaortitis luetica és májlues, 5. mindazon esetek, amelyekben a salvarsannal szemben adagolási nehézségek állanak fenn, 6. malária és salvarsan resistens liquor esetei. Ellenjavallatai megegyeznek a salvarsanével, toxicitása azonban már parenterális alkalmazásánál fogva is sokkal kisebb fokú. Adagolásában a beteg testsúlyát vesszük tekintetbe, amennyiben össz-mennyiségben minden egyes kg-ra egy tablettát adagolunk, olyképpen elosztva, hogy 3-szor naponta 1-3 tablettát nyujtunk, 3 napon keresztül, majd 3 napos szünetet iktatunk be. Újszülötteknél egy ctg-al kezdjük az adagolást. Ritkán a bőrön urtikák, erythemák, vagy más, a salvarsan-mérgezéshez hasonló efflorescentiák keletkeznek, melyeknek kezelésében a salvarsan-ártalommal szemben alkalmazott szereket használjuk. *Nagy Ferenc dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Krebs u. Vererbung Prof. Hans R. Schinz u. Franz Buschke. 280 old. (Thieme, Leipzig. Ára füzve Rm 21, kötve Rm 23.)

A zürichi szerzők az 1934. évi nemzetek közti radiológus-congressus résztvevőinek ajánlják könyvüket, melyet 160 ábra, illetve családfa díszít. Dicséretes törekvésre vállalkoztak: a rák kórszarmazására vonatkozó értékes világirodalmi adatokat kellő kritikai mérlegelés után bokrétaiba kötni. Mint kiemelkedőbb fejezetekre utalhatunk a következőkre: a spontán, — az átoltható és a kísérletileg előidézhető daganatok megeredéséhez szükséges készség örökölhetőségének feltételei és megnyilatkozásai. Ezekben a fejezetekben ugyan a szerzők az összes világirodalmi kutató irányokat ki nem merítik, így többi között a szövettényesztési adatokat sem érintik, — mindazáltal oly gazdag és válogatott kritikai ízléssel készült terítékekkel szolgálnak, ami a legnagyobb elismerésre tarthat számot. Kezdve Percivall Pott-nak, a kéményseprők borék-rákjáról szóló nyomtatásos közlésének (Dublin, 1778) utánnymásától a Morgan—Stark-féle kísérletekig, melyek a daganatosakká váló banánlegyek genmutációit mutatják be, — kénye-kedvére dúskálhat az olvasó a nagy gondnal csoportosított választékos adatanyagban. Igazuk van a szerzőknek, hogy a rák örökölhetőségének problémája oly complex-kérdés, amely csak részeire bontva válaszolható meg. Felfogásuk szerint valamely daganat megeredésének előfeltétele az ehhez szükséges örökölt rátermettség. Emellett azonban az esetek javarészában qualitative és quantitative más és más belső és külső környezeti befolyások fogják megszabni azt, hogy előáll-e valóban a daganat, hol helyezkedik el és hogy milyen lesz a felépülése? A rák származását kutató munka még csak a kezdet kezdetén áll, a célhoz vezető út itt is egyedül az exact természettudományi módszerekkel elért kísérleti adatszolgáltatás lehet. Szórol-szóra aláírható a szerzőknek ez az üres speculációktól mentes józan okfejtése, ami az egész munkán végigvonul. Ezért is biztosan szívesen fogja mindenki ismételtelen is kézbe venni ezt a nyomdatechnikailag is szép és jól megírt könyvet, melyben igen jól összeállított név- és tárgymutató könnyíti meg a gyors tájékozódást.

Balogh Ernő prof.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 12-i ülése

Bemutatók:

Dubóczky B.: *Diagnostikus és differential-diagnostikus colloidképek előállítására alkalmas eljárás.* A bemutatott eljárás azon régi ismereten alapul, hogy az erősebb anorganikus savaknak a vérsavó fehérjével két kicsapódási területük van. A bemutató erre a célra legalkalmasabb sósavval végzett vizsgálatakat. Meghatározta ép és kóros vérsavókon a sósav két kicsapódási területét, majd a kicsapódott fehérje mennyiségek értékeiből a sósavnak a vérfehérjéire vonatkozó két kicsapódási görbét, amelyeket $n/1000$ — $n/100$, 4 — 23% -ok között kapott. Vizsgálatai során azt találta, hogy a különböző kóros elváltozásokban a görbék különböző típusú elváltozásokat mutatnak s így gyakorlati módszer kidolgozására alkalmas. Ennek kivitele a következő: Erre a célra készített Nissl-féle csövekben $n/400$ — $n/100$, 4 — 17 — 20% -os hígításokból, tehát 12 csőben, 1 — 1 ccm-t mér, ezek mindenikéhez 0.2 — 0.2 ccm vérsavót adva, a csöveket gumidugóval bedugva, jól összerázza. Az alsó csoport csöveit ($n/400$ — $n/100$) két óra múlva, a felső csoport csöveit (4 — 7 , 17 — 20%) 24 óra múlva centrifugálja 1500 fordulatszám mellett két percig. A kapott értékeket erre a célra készen álló milliméter-beosztású papírra fölrajzolva, két görbét kap, melyek nemcsak diagnostikus, hanem differential-diagnostikus célra is alkalmasak. Vetített képeken nagyszámú colloidképet mutat be, amelyeken a különböző kóros folyamatokra jellemző görbetypusokat demonstrálja.

Molnár V.: *Darányi Gyula* már 1931-ben olyan kvantitativ mikroanalitikai eljárást közöl, amelynek segítségével négy fehérje fractio határozható meg. Molnár V. 1933-ban Nissl-féle centrifugációs igénybevételével a colloid-labilitás fokát quantitative határozza meg és egyszerű módon a vérsavó fehérjéinek aluminiumsulfatra vonatkoztatott teljes görbét megrajzolja. Dubóczky sósavas eljárásával pedig két fehérjé-görbe határozható meg. Az alsó görbe az isoelektromos pontnál van, a felső görbében a töményebb sósav az összes fehérjét kicsapja. Az alsó görbe megegyezik a colloid-labilitási reakciókkal. Centrifugálással csak akkor kapunk megbízható eredményt, ha azonos fordulatszám mellett, mindig azonos ideig centrifugálunk.

Pólya J.: a) *Acusticus-tumor műtéttel gyógyult esete.* 20 éves leány 1931 augusztusában került Sarbó osztályára, két év óta tartó panaszokkal (rossz hallás, bizonytalan járás, fejfájások). Acusticus-tumor diagnózissal helyezték osztá-

lyára, hol két szakaszban, 1931 szeptember 21-én és november 21-én operálta meg; a jobboldalon fekvő szilványi typosus acusticus-tumort a második műtét alkalmával távolította el Dandy szerint (tumor kikanalizása, tok kihúzása). Síma gyógyulás, csak suboccipitális liquorgyülem képződött, mely miatt húszszor kellett pangálni. A beteg atropháriára hajló papillitissal került műtetre, mindkét szemén rossz látással, balszeme nem javult meg, jobb szemén jelenleg teljes vizusa van. Hallása műtét előtt már jobb fülén elveszett s a balon is igen csekély volt, ez nem javult meg, járása azonban most jó és egyéb panaszja nincs; másfél év óta a liquorgyülemet sem kellett megpangálni.

b) *Decompressiv trepanatiók.* 1. 33 éves nő 1934 októberében került Reusz osztályára hat hónap óta tartó panaszokkal (fejfájás, szédülés, látásromlás). Két D-nyi pangásos papilla mindkét szemén, röntgen általános nyomási tüneteket mutat, encephalographia alkalmával csak a bal agygyomrocs telődik levegővel, neurológiai jelek minimálisak. Mivel a tumor nem localisálható, j. o. subtemporalis decompressiv trepanatio; papillitis három hét alatt visszafejlődött, azonban atropháriába ment át, jelenleg a bal szemén a visus 5/5, a jobbon azonban semmi látás nincs. Agyhernia nincs, fejfájás, szédülés elmúltak, röntgenbesugárzásokat kap.

2. 29 éves férfi 1930-ban került Sarbó osztályára pangásos papillával, mely utóbbi időben romlást mutat (Liebermann), neurológiai tünetek nem jellegzetesek, a járás bizonytalansága dominál; röntgen fokozott agygyomást mutat és sella fölötti tumorra gyanakszik. 1930 december 6-án Dandy-féle homloki feltárás, a jobb optikust és a sella vidékét látjuk, daganatot ott nem találunk, ezért a csontot az osteoplastikus lebenyben megkisebbitve ezt visszahajtuk. Műtét után néhány héttel visszafejlődik a papillitis, nagy agyhernia képződik, mely azonban röntgenezés után egy év alatt visszafejlődik. Jelenleg teljesen panaszmentes, látása mindkét szemén 5/10.

3. 19 éves férfi 1916 márciusában került Hasenföld osztályára, ahol öt hónap óta tartó fejfájásról, gyakori hányásról, növekvő feledékenységről és látásromlásról panaszkodott. Imre J. 4 D-nyire kiemelkedő pangásos papillát talált. Neurologikus tünetek semminemű localisatiót nem engednek. Mivel a betegnek előző évben ulcus molleja volt és inunctiois curát végzett, negatív Wassermann dacára antiluetikus kúrával próbálkoznak. Az állapot állandó romlása miatt azonban április 3-án jobboldali subtemporalis decompressio. Ezután az állapot rohamosan javult, három nappal a műtét után az addig erősen kötött, somnolens beteg ujságot olvas. Eleinte nagy agyhernia fejlődött ki, mely három év múlva visszament, jelenleg a beteg teljesen panaszmentes, munkaképes, látása mindkét szemén 5/5.

Grósz E.: Véleménye szerint az Orvosegyesület hálával tartozhat Pólya Jenőnek, hogy az agygyógyászatot az Egyesület elé hozta, a sebészlet e része nálunk mostoha gyermek, pedig sebészeink semmivel sem állnak a külföldiek mögött. Ennek az az oka, hogy az esetek későn kerülnek a sebészhez, amikor már az eredmények nem lehetnek kedvezők. Ez éppen úgy áll a radicalis műtétekre, mint a decompressiókra. Harvey Cushing eredményei azért jobbak, mint az európai sebészeké, mert egyrészt az agydaganatok operálására specializálódott — sebészi működésének utolsó éveiben csakis agydaganatokat operált — s így kivételes jártasságra tett szert, másrészt, mert minden egyes esetet a szemész, az ideg orvos, az orr-gége orvos és röntgenológussal történt beható tanácskozás után a betegség lehető korai stadiumában operál. Így érthető el, hogy az utolsó tíz év alatt az agydaganatok operálásának halálozása 16%-ról 6.8%-ra csökkent. Az acusticus daganatoké 20 év alatt 25%-ról 4.4%-ra. Nem kevesebb mint 2000 beigazolódott agydaganat operálásáról számolhat be. Postoperatív halálozásnak számít minden halál, mely a kórházi tartózkodás alatt bekövetkezett még akkor is, ha annak távollevő, az alapbántalomtól független oka volt.

A decompressiótól csak korai stadiumban várható jó eredmény. Maga a pangásos papilla megjelenése indicatio a decompressióra, ilyenkor a látás megmentésén kívül a kínzó fejfájások is szűnhetnek s ez még azon esetben is, ha a daganat végzetessé válik, nagyjelentőségű. De vannak olyan esetek is, amidőn a decompressio után a betegek hosszú évekig munkaképesek és egészségesek maradnak.

A korai beavatkozás a halálozási arányt leszállítja, ez az orvosok bizalmát az operációval szemben megerősíti s a különböző szakmák képviselőinek tervszerű együttműködése mellett a mi kintű sebészeink is elérhetik vagy megközelíthetik Harvey Cushing eredményeit.

Hozzászólások a rákcyclus előadásaihoz:

Dollinger Gy.: *Gondolatok a rákbetegség felől és teendőik leküzdésére.* Ismerteti az 1906 november 15—17-ig általa rendezett Országos Rákértekezlet lefolyását, amelyen 273 vidéki és fővárosi orvos vett részt és amelyen 14 előadás és 28 hozzá-

szólás hangzott el. A jegyzőkönyv nyomtatásban is megjelent és alkalmas reá, hogy a 30 év előtti álláspontunkat e kérdésben a maival egybebehangoltsuk. Megállapítja, hogy miután az évtizedek óta folyó keresése egy specifikus rák okozó biológiai tényezőnek eredményre nem vezetett, most számos bűvárnak ismét az a nézete kezd előtérbe lépni, hogy bizonyos életkörülmények között helybeli ingerekre a szervezet hámszejtjei arra válnak képesekké, hogy a mélyebb szövetek közé nőljenek, tömeges szaporodásukkal daganatokat alkossanak és bomlási terményeikkel a szervezetet halálcsan megmérgezik. Ehhez a szervezetnek egy megváltozott általános dispositiójára van szükség, amelyet a kísérleti állatokon a bőrnek kátránnyal vagy arzénrel való ecsetelésével sikerült előidézni. Ezen tapasztalatból azt a következtetést vonja le, hogy a dohányzás nemcsak a dohány nikotintartalmánál fogva veszélyes, hanem az eléggé dohány füstjének kátránytartalmánál fogva is, amelyet a dohányzó nyálával lenyelve vele nap-nap után végigöblíti egész bélhuzamját vagy a tüdején át juttat a szervezetbe, amely ilyenformán hasonlóvá válik azon kísérleti állathoz, melyet hogy benne rákot növevessenek, kátránnyal ecseteltek és ezzel rákdaganat növesztésére hajlamosá tettek. Régóta ismeretes, hogy a kéményseprők a kátránnyal és annak vegytermékeivel dolgozó munkások közül aránytalanul sokan pusztulnak el rákbetegségben és a legújabb *Kenessey-Zalka*-féle rákhalalozási statistika adatai szerint a nagyobb dohányzó kontingenst szolgáltatató férfinem a bélhuzam rákjainál az összes rákot 78%-ával, míg a női nem azoknak csak 49%-ával szerepel. Azonban az ezen tényekből folyó következtetés bármennyire is látszik elfogadhatónak, mégis teljes bizonyító erővel a dohány füstjének rák okozó hatását csak akkor fogja bizonyítani, hogyha megállapítást nyer, hogy a bélhuzam rákjaiban elhalt férfiak dohányzók voltak. De még ha ez a statistika ebben az irányban kiegészítést is nyerne, akkor is meggondolásra tárgyát kell hogy képezze az a tény, hogy igen sok férfi egész hosszú életén át állandóan dohányzik és azért mégsem esik rákbetegségbe. Ezt az ellenvetést nem szabad figyelmen kívül hagynunk, mert esetleg egy produktív gondolatmenetnek képezheti a kiindulópontját, mert hogyha megtudnók, hogy miféle védekező berendezésekkel vannak felruházva azok, akik állandóan öblögetik dohányfüstös nyálukkal bélhuzamjukat és mégsem lesznek rákosakká, ezzel talán egy rést nyitnánk azon az idáig áthatolhatatlan burkon, amely a rákbetegség titkát idáig előttünk elfödte. Továbbá milyen szervezeti berendezés működése védi meg a 20 esztendőn aluliakat majdnem biztosan a rákbetegség ellen, amely a férfinemnél a 60-dik év körül, a nőnemnél már a 40 év körül sokszor megszűnik működni és a szervezetet védelem nélkül hagyva kiteszi a rákbetegség veszélyének. Ezek a kérdések akkor is megoldásra várnak, hogyha mégis kiderülne, hogy a rákbetegségnek van egy specifikus biológiai oki tényezője.

Ezután áttér a rákbetegség elleni küzdelemben jelenleg teendőkre. Ezeket a következő pontokba foglalja össze: I. Működés-képes állapotban kell fenntartanunk azon elméleti kutató intézeteket, amelyek biológiai kérdésekkel foglalkoznak. Annak a nagy haladásnak alapját, amelyet az orvosi tudomány az utolsó 60 esztendő alatt tett, ezeknek az intézeteknek a görnyedt, sápadt bűvárajai rakták le. Nekik köszönhetjük, hogy ma a rákbetegség ellen rendelkezésünkre álló gyógyhatásainkkal a betegek nagy százalékát meggyógyíthatjuk, másoknak legalább a szenvedéseit enyhíthetjük. II. A vidéki kórházakat is saturalnunk kell a rákbetegség gyógyításába begyakorolt orvosokkal. III. A rákbetegség kora gyógykezelése érdekében kifejtendő propagandát állandósítani kell és kívánatos lenne, hogy az egy központi vezetés irányítása mellett tartana előadásokat stb. IV. A rákbetegség felidézésében ismeretes anyagokkal foglalkozó iparokat és ipartepeket az iparfelügyelő mellé kirendelt orvosokkal kellene időnként átvizsgáltatni.

Okolicsányi-Kuthy D.: Reflektálva a rákcyclus során bemutatásra került tüdőrák-röntgenkezelésekre, melyekben a besugárzás hatására a daganatárnyék majdnem teljesen eltűnt, idézi *Chandler, Finzi* és *Maxwell* munkáját (*British Med. J.* 1934. okt.), mely szerint az erős tüneti javulás, sőt a *rákárnyék eltűnése sem biztosítja az élet meghosszabbítását.* 44 eset közül csak háromban lehetett az élet meghosszabbításáról beszélni (24—32 hónap). A radiumkezelés eredményei még sokkal rosszabbak voltak. A kínzó tüneteket azonban a röntgenbesugárzás (az esetek kétharmadában) enyhítheti. Reméli, hogy a technika tökéletesedésével az eredmények javulni fognak. Megemlíti még *Christie* munkáját (*J. of the Am. med. Ass.* 1934 szept.), aki szerint a mirigyek gátjai is a rák terjedésének és a besugárzás igyekezzék a ráksejtek elpusztítása mellett a szűrőkészüléket lehetőleg megkímélni. A tüdőrák diagnosztikájához maga is hozzájárult egy adalékkal. A rendszeren nem tuberculotikus rákos egyénekben a Karyon-Diagnostika phthisist utánzó tünetek esetében jöhet szóba, negatív eredményt ad.

A Közkórházi Orvos Társulat dec. 19-i ülése.

Győry Gy.: *Selyemfonal körül képződött angioma.*

A bemutatott beteg két év előtt cc. portionis uteri miatt hüvelyen át teljes méhkiirtás. A műtét után egy évre a hüvelyhegből polypus angiomaszuszta távolítottak el. Ez után fél évre az ellenőrzésre megjelent asszony nál a hüvelyhegben rákos kiújulást utánzó mandulányi szövettömeget találtak, ami szövettanilag selyemfonal körül képződött, jóindulatú, angiomaszerű burjánzásnak bizonyult.

Katona G.: *Chondrosarcoma.* 56 éves nőbeteg. 15 éve érez hasában daganatot. A j. alsóvégtagján lévő elváltozás öt éve van meg. Egyenletesen vastagodott, kb. 1 éve egy állapotban van. Jelenleg a j. alsó végtag egész terjedelmében megvastagodott, a térdízület különösen, ennek átmérője 76 cm, míg a másik ízület csak 39 cm. A tumor emberfejlénel nagyobb tömött síma képződmény. Nőgyógy., illetve sebészi lelet: Sorvadott portio, mellette a méh nem tapintható. A has jobb felét a májig kitöltő kemény tapintatú, rögzített érzéketlen tömeg. Lelet: Semmi kórost nem mutat. Qual. és quant. vérkép: normalis. Wa. r.: negativ. A próba-excisio szöv. vizsg. eredménye: A bőr és bőr alatti zsírréteg daganatos elváltozást nem mutat. Porcszövetek tömegeit és helyenként csillagalakú nyúlványos kötőszöveti sejtek. A beteg arcán még két kis terjedelmű epithelima. Rgt. kép: A j. femur és a tibia térdízületi vége igen kiterjedt destructiót mutat. A femur distalis végéből a combcsont elülső felszínén igen kiterjedt elcsomósodás indul ki. A femur alsó és középső harmada megvastagodott. A patella nagyfokú dislocatiója és nagy csont destructio.

Katona G.: *Chondrosarcoma femoris.* 34 éves virgő nő, anyja cc. uteri-ben exitált. Tumora három éve kezdődött. Féléve a Bakay-klinikán operálták, utána 16 óra újabb tumora fejlődött az operált területen. Jelenleg az egész combot elfoglaló hatalmas tumor, amely az ingu. hajlatba, sőt a b. medence felére is átnyúlik. Nőgyógy. vizsg.: Semmi különösebb elváltozás. Belgyógy. vizsg.: Ökölnyi máj áttét qual. és quant.: vérkép normalis. Wa. r.: negativ. Rgt. kép. A bal femur felső harmadán a linea intertrochanterica alatt igen kiterjedt csont destructio látható. A femur felső és középső harmada körül a lágyrészes tumornak megfelelően sugaras szerkezetű kiterjedt elcsomósodás látható. A tumor műtétre nem alkalmas.

Réffy F.: *Dyskeratosis follicularis vegetans.* 24 éves nőbeteget mutat be, aki két év óta észleli a bőrön levő elváltozást. Jelenleg a nyak mindkét oldalán sűrűn egymás mellett; az arcon, háton, a has bőrén észlelő gombostüfejni, lencsényi a nivóból kiemelkedő hyperkeratoticus göbök észlelhetők, melynek tetejét sárgásbarna vagy feketés, száraz, szivós tapadó szaruanyagból álló felrakódás borítja. Wa. r.: negativ. Vérkép: normalis. Kórszövettani lelet: A hámszövetek rétegeinek súlyos elfajulását mutatja, corps ronds, grains jelenlétével.

Előadás.

Kaufmann E.: *A hasüregi összenövésokről.* A tünetek három csoportba oszthatók: 1. Általános összenövéses panaszok. 2. Subileus elzáródások és 3. teljes elzáródások. A műti indicatio felállításának nagyfokú conservatismus; csak kifejezett és állandó functio zavarral járó helyi tüneteknél és passage zavaroknál operálnak, aminek eldöntésében nagy szerepe van a röntgennek. Fontos az idegyógyászati vizsgálat. A műtét módját illetően is tartózkodóak, mert főleg beavatkozások megbeszélják magukat. Törekvésük a passage lehető egyszerű helyreállítására és az összenövés elkerülésére irányul. Elvettik mindazon módszereket, amelyek idegen anyagoknak a hasüregbe juttatásával igyekeznek ezt a célt elérni. A védekezés módja a megfelelő műti technikában és a pontos diagnosis felállításában van.

Ádám L.: Kaufmann tagtárs úr nagy gondal összeállított szép és kimerítő előadásához tulajdonképpen semmit hozzátenni nem lehet, csak erősebb hangsúlyozás végett felemlít: 1. három esetet, hol a műtő a feregnyúlványt nem távolította el, a beteg előtt azonban elhallgatta, egy esetben, mert nem találta meg a feregnyúlványt és két esetben, mert altatás közben asphyxia állott elő. Az egyik esetben Röntgen mutatta a benthagyott feregnyúlványt, a másikban újból fellépett egész tipikus acut appendicitis tünetek miatt operálta, a harmadik esetben két évig fennálló sipoly miatt, melyet az átfürdött feregnyúlvány tartott fenn. 2. Nem az összenövés kiterjedtségétől függ a beteg panasa, néha kiterjedt összenövés semmi kellemetlenséggel nem jár, máskor meg egy köteg is okozhat teljes bélelzáródást. Nem helyes, hogy ha műtét után a betegnek panaszai

vannak, mindjárt az összenövéseket okoljuk és annak megszüntetését ajánljuk, annál is inkább, mert semmiféle eljárással az újabb összenövéseket megakadályozni nem tudjuk. Az összenövések szétválasztásának csak akkor van meg a javallata, ha az elzáródást, vagy magyarázható fájdalmat okoz.

Dick E.: *Vérátömlesztésről.* A III. Sebészeti klinikán felnőtteken 320 direkt vérátömlesztést végeztünk a Miller-féle készülékkel. Indicatio szempontjából kiemelendő az acut anaemiák, vérző nyombél és gyomorfekély és elhúzódó sepsis esetén elérhető jó eredmény. A vérátömlesztés hibáinak kútforrásai hibás vércsoportmeghatározás és hibás technika. Ezen hibákat kellő organizatióval és vizsgáló módszerekkel ki lehet küszöbölni. A klinikán testserummal való meghatározás, keresztezett próbát, Oehlecker-féle physiologiás próbát végezzük. Jól végzett csoportmeghatározás után ritkán fellépő haemolyticus shock kifejlődését a O-csoportú vértadó fenntartás nélküli felhasználása, az erős és gyenge A-csoportú kapó, a kapó nagy kivérzettsége, vagy a vörösvérsejtek csökkent resistenciája, az adó serumának magas titere okozza. További fejlődést a conservált vérátömlesztés technikájának és veszélyeinek további javulásában látjuk.

Torday A.: A máj- és a gyomorkészítmények hatásos specifikus gyógymódja a vérátömlesztést nem tette feleslegessé. Még mindig érkezik a gyógyintézetekbe olyan betegek, akiknek vérszegénysége életveszélyes fokú, úgyhogy a rögtöni vérátömlesztés szükséges, mert a májtherápia hatásának beálltáig, amely a legkedvezőbb esetben egy hétre tehető, a beteg nem várhat. Ha bonyodalmak keletkeznek (tüdőgyulladás, lázas bántalmak), akkor szintén a transfúsióhoz kell nyúlni, mert ezen okok az antiperniciosus terápiát kisleltetik és ennek a hatása nem lesz eléggé kiadós. Általában akkor alkalmazzák az átömlesztést, hogyha a v. v. száma egy millió alatt van. Azonban az egyes esetek között különbség teendő egy millió alatt is várni lehet az átömlesztéssel, hogyha az egyén fiatal és tápláltsági állapota jó. Ez azonban csak kórházakban és klinikákon tehető meg, ahol a vérátömlesztés bármikor végezhető, hogyha a beteg állapota válságossá fordulna. Még egy millió felülinél is végezni kell, ha az állapot hirtelen rosszabbra fordul. A familiáris haemolyticus ikterusban a nagyfokú vérszegénység a transfúsiót szükségessé teszi és előkészítheti az állapotot splenectomiára. A typosus haemolyticus anaemiákban a transfúsióval szemben óvatosságnak kell lenni. Alkalmazzák a haemorrhagiás diathesisekben, jó hatású a thrombopeniás purpurában. Angina agranulocytotikában hatástalan.

Pleskó L.: Az előadó által említett anaphylaxiás jelenségek oka abban rejlik, hogy a véradó savója anaphylotoxinokat tartalmaz. Ez anaphylotoxinok keletkezése egyénben a lósavó-oltást követő 8—15 nap alatt történik, olykor korábban, máskor később. Ha az egyénen, aki vért ad, lósavóval bőrpróbát végzünk, megállapíthatjuk, hogy érzékeny a lósavóval szemben. Ez érzékenység azt jelenti, hogy vére, idegbe való átömlesztéskor anaphylaxiás tüneteket okozhat. Közlebből akként győződhetünk meg az adó savójának a kapóra, nézve ártalmas anaphylaxiás tüneteket okozó hatásáról, hogy az adó savójának $\frac{2}{10}$ cm-t a kapó alkarjának bőrébe (intra-cután) fecskendezzük. 15 percen belül a pozitív próba leolvasható. Egyszerre több adó savójával is elvégezhetjük a próbát, de külön jól kifőzött fecskendővel. Az a körülmény, hogy az egyén valaha oltva volt, még nem jelenti azt, hogy savója feltétlenül tartalmaz olyan anyagokat (anaphylotoxin), melyek minden egyénre ártalmasok, ezért a savóval végzett bőrpróba az, amely ha pozitív, arra enged következtetni, hogy anaphylaxiás tünetekre elkészülhetünk. Azonban még az esetben sem biztos, hogy tünetek fognak jelentkezni, de negatív próbát adó savója feltétlenül ártalmatlan arra, akin a próbát végeztük. Ajánlja transfúsió előtt az adó savójának (ha sürgős szükség van jelen, centrifugált savó is jó) a kapó bőrén érzékenységi kivizsgálását, azonkívül, hogy a vércsoport meg van határozva. Állandó adók közül ki kell zárni azokat, kiknek bőrén a lósavóval végzett bőrpróba pozitív. A befecskendezés után 15 percen belül keletkező 20 fillér—5 pengőnyi urtica és élénk pir.

Dick E.: Anaemia perniciosa esetében a vérátömlesztéstől prompt jó hatást láttak. Köszöni Torday hozzászólását, aki a késői gyogyeredményeket illetően megnyugtató eredményekről számolt be. Bossányi csecsemőkön és gyermekeken létrejövő sepsisnél az immun transfúsiókat ajánlja és a vérátömlesztés jó hatását specifikusnak tartja. Az ő általa elért jó eredmények igazolják ezt a feltevést, azonban teljes vérátömlesztés inger hatására is emelkedik a kapó serumának aglutinin-titere, jelölül annak, hogy

a serumban szaporodnak az immun anyagok. A Miller-féle készülék sok előnye mellett egyetlen hátránya a magas százalékban előforduló nem specifikus fehérvérsejtek fellépése, melynek okát a készülék, 5 cm-es fecskendők instrumentálás ártalmában látjuk. Peleskei hozzászólására annyit jegyez meg, hogy a vérátömlesztés sebészi indiciója sürgősséget igényel és anaphylaxiás reakciók vizsgálatára nincs idejük.

ORVOS TÖRTÉNELEM

Az ókori zsidók kosmetikája.

Irta: *Török Lajos dr.,* egyet. rk. tanár.

Az ókori zsidók kosmetikai eljárásai a bőrnek az akkori izlésnek megfelelő díszítését és szépítését és emellett legfeljebb szépséghibáinak leplezését szolgálták. Orvosi értelemben vett kosmetikáról, amely a bőr normális szerkezetének és működésének megóvásával és szépséghibáinak gyógyításával foglalkozik, akkoriban még nem lehetett szó. A Bibliának számos rendelkezése, főleg a tisztaságot szolgáló gyakori mosakodás, mégis a rituális és hygienikus célokon kívül önkéntelenül az ilyen értelemben vett kosmetikának is megfelelt.

Arról, hogy *Ábrahám, Izsák és Jákob* nomád életet élő zsidó pásztoraik ismerték és alkalmazták-e olyan eljárásokat, amelyek a kozmetika körébe vágnak, alig jutott napjainkra valami hír. A Szentírás egyes mondataiból mégis azt a következtetést lehet levonnunk, hogy ilyen eljárások nem voltak előttük teljesen ismeretlenek, sőt hogy bizonyos mértékben még a bőr ápolása is divott náluk. A *Genesis* 36. fejezetének 24. mondatában említés tétetik *Czibbhó* fiáról, *Anah*-ról, aki a sivatagban meleg forrásokat talált, amikor apjának szamarait legeltette. Már pedig ha a traditio olyan fontosnak és külön megemlézésre méltónak tekintette a meleg források megtalálását, amelyeknek vize ivásra és itatásra alig, hanem annál inkább mosakodásra és fürdésre alkalmas, joggal feltehető, hogy a zsidók már ezekben az ősi időkben is szívesen mosakodtak és fürödtek meleg vízben. Lábukat is gyakran mosták és lábmosással vendégeiknek is kedveskedtek. *Ábrahám* a hozzá betérő három férfit, *Lót* a két angyalt kínálja meg lábfürdővel. *Jákob* fiai *Egyiptomba* érkezésük és *József* házába történt belépésük után lábaikat megfürösztik. Hogy az illatszerek és illatos kenőcsök használata sem lehetett idegen a nomád zsidók előtt, kitűnik abból, hogy *Jákob*, amikor beleegyezik, hogy legkisebb fia, *Benjamin*, fivéréivel *Egyiptomba* menjen, meghagyja fiainak, hogy az ismeretlen nagyúrnak (*Józsefnek*) ajándékképpen vigyenek illatszereket (balzsamot, myrrhát, storaxot és therebinthiánát). *Hartmann* nagyon valószínűnek tartja, hogy a nomád zsidó asszonyok a tataualást éppúgy gyakorolták, mint a »sátrak alatt lakó arabs nők« hajdanában és mostanság.

Jákob ivadékai *Egyiptomban* való letelepedésük után kétségen kívül megismerkedtek azokkal a kozmetikai eljárásokkal, amelyek az akkoriban már magas culturának örvendő, gazdag és fényűző országban szokásban voltak. Asszonyaik bizonyára alkalmazták is őket. Nagyrészüknél emléke elhomályosodott, mialatt a zsidók *Egyiptomból* történt kivonulásuk után a sivatagban bolyongtak, de újból feléledt, amikor az ígért földjének elfoglalása után a nomád pásztoréletet a földműveléssel felcserélték, falvakat, városokat építettek és jólétük növekedett. *Palesztina* fokozatos fellendülésével, lakosainak, főleg városi lakosságának, különösen pedig *Salamon* uralkodása alatt pompás fővárossá fejlődött *Jeruzsálem* polgárainak gazdagodásával a fényűzés minden változata, köztük a bőr szépítésének művészete is tekintélyes fokra hágott. Sokat tanul-

hattak a zsidók kosmetikai tekintetben a szomszédos népektől, akikkel élénk kereskedelmi csereviszonyban voltak, az egyiptomiaktól, babyloniaktól, főképpen pedig a phöníciaiaktól. A phöníciaiak karavánjai és hajói *Arábia*, *Kelet-India*, *Szíria* és *Abesszina* kincseit, köztük illatos balzsamokat, gyantákat és egyéb illatos anyagokat halmozta fel *Tyrus* és *Szidon* városában és a zsidók *Palesztina* terményeit, főképpen olaját, gabonáját és borát adták érte cserébe. Hogy a zsidókkal érintkező népek némelyikénél mekkorák voltak az uralkodó körök igényei a bőr kosmetikája tekintetében, kitűnik *Eszter* könyvének második fejezetéből, amelyben arról van szó, hogy az *Ahasverus* (*Xerxes*) háreme számára kiválasztott nőket tizenkét hónapig készítették elő mindenféle kosmetikai eljárással, myrrhának és más illatos kenőcsöknek bekenésével, amíg végre a király színe elé kerülhettek és kegyeiben részesülhettek.

Sába királynője és más uralkodók és törzsfőnökök, akik *Salamont* meglátogatták, sohasem felejtették el, hogy egyéb drágaságon kívül fűszerekkel is ajándékozzák meg a királyt, ami félre nem érthető bizonyítéka, hogy ezek nagy becsben állottak *Palesztinában*. *Salamon* idejében *Palesztinában* »fűszerszámkereskedők« voltak. Az illatos anyagokkal, balzsamokkal és olajokkal kereskedés tehát akkoriban existenciát biztosított *Palesztinában*, ami közvetve amellettszól, hogy ezek használata nagyon el lehetett terjedve. Egyébként a test bekenése illatos olajokkal már a királyok ideje előtt is nagyon divatos lehetett *Palesztinában*. Erre a Biblia egyik-másik mondatából lehet következtetni. Így például *Mózes V. könyvében* (22. f. 40.) átokként szerepel a következő kijelentés: Olajfáid lesznek minden határodban, de nem kened magadat olajjal, mert olajfáidnak gyümölcse lehull. Ugyanezt a következtetést engedik meg *Sámuel* szavai, amelyekkel a népet, amely azt kívánja, hogy királyt adjon az országnak, megfenyegeti. Azt mondja ugyanis, hogy a király leányaitak kenőcskészítőknek fogja elvinni (*Sámuel k. I. 8. 15.*). A kenőcskészítés mestersége ezek szerint már *Saul* királysága előtt ismeretes volt. *Dávid* és *Salamon* idejében a test bekenése illatos olajjal általános szokás lehetett. Erről tanuskodik *Salamon* énekek éneke, amelyben a szerelmesek nem győzik eléggé magasztalni egymás testének (és ruhájának) illatát, amelyet mindenféle fűszerek, balzsamok és kenőcsök, nárdus, tömjén, ciprus, aloe, jóillatú nád, sáfrány, fahéj, balzsamok, az almafa és más jóillatú fák árasztanak. *Amos* próféta (6. 6.) megfenyegeti azokat, »akik a bort serlegekkel isszák és szinólajjal kegyetöznék és nem búsulnak a *József* romlásán«. A test bekenésének elhagyása az önsanyargatás egyik neme volt; gyász és böjt idején, valamint inséges időkben el volt tiltva. *Dániel* próféta (10. 3.) három hétig bánkódik és úgy mondja: sohasem kentem magamat, míg el nem telék az egész három hét.

Palesztina asszonyai jól tudták, hogy a bekenéssel és illatosítással növelik szépségük érzéki hatását és ebből a célból szándékosan is alkalmazták, amint az alábbi két, a Bibliából vett példa is mutatja. *Ruth* anyósának, *Noemi*-nak tanácsára megfürdik és testét beolajozza, mielőtt gazdájának, *Boas*-nak sátrát felkeresi. Ott nem esik ugyan semmi bántódása. De *Noemi* terve mégis sikerül. Mert *Boas* feleségül veszi *Ruth*-ot. A gazdag és szépséges *Judith* is, mielőtt elindul, hogy *Holofernes*-nek fejét vegye, előbb megfürdik és a legfinomabb myrrhával megkeni magát, haját rendezi és legszebb ruháit és drágaságait ölti magára. A Biblia ugyan megjegyzi, hogy ezt nem érzékiségből teszi. De kétségtelenül a *Holofernes* érzékeire való hatás kedvéért. Szépsége valóban általános feltűnést kelt és *Holofernes* első látásra szerelemre lobban iránta. Ismeretes, hogy ezért életével lakolt, anélkül, hogy *Judith*-ot a magáévé tehetné volna.

Igen elterjedt szokás volt a zsidóknál a hajzat beolajozása, még pedig már a bibliai időkben is. Ismeretes, hogy papjaikat, később pedig királyaikat is illatos olajjal kenték fel, valamint hogy a papok felszentelésére szolgáló olaj összetételét a Szentírás előírja. Hasonló összetételű olajnak használata a profán életben meg volt tiltva. De éppen ez a tilalom tanúsítja, hogy illatos olajat nem csupán rituális alkalmakkor öntöttek a hajzatra. A zoltárok könyvének következő mondata is ezt bizonyítja (23. 5.): Asztalt terítesz nekem az én ellenségem előtt és elárasztod fejemet olajjal. Erről tanuskodik *Salamon* prédikátor könyvének alábbi mondata is (9. 10.): A te ruháid mindenkor legyenek fehérek és az olaj a te fejedről el ne fogyatkozzék. Később, a talmudi időkben is gyakorolják ezt a szokást. Különösen ünnepélyek, vendégségek és menyegzők alkalmával bőven öntöttek illatos olajat a hajzat közé.

A lábakat lábfürdő után, a kezeket kézmosás után már a bibliai időkben is kegyetözték illatos olajjal.

A babiloni számkivetés alatt bő alkalom nyílt az elhurcolt zsidóknak, hogy megismerkedjenek a győztes ország fényűzésével és ezzel kapcsolatosan még alaposabban azokkal a sokféle illatszerekkel, balzsamokkal, kenőcsökkel és olajokkal, amelyeket Babilóniában kosmetikai célokra használtak. A bőr szépítésének művészete ennél fogva a zsidóknak visszatérése után *Palesztinában* felleldült. Még jobban virult a kozmetika *Palesztinában*, amikor a görög és különösen amikor a római befolyás érvényesült az országban. Annak, hogy a zsidók a kozmetika terén olyan tehetséges tanítványoknak bizonyultak, jórészt az volt az oka, hogy a nőnek szinte kötelességévé tették testi szépségének ápolását és megóvását. A talmud bölcsei a férjnek azt tanácsolják, hogy feleségének legyen segítségére teste fiatal és friss voltának fenntartásában és erre a célra hozzon áldozatot, lássa el tehát bőven étellel, itallal, ruhával és drágasággal. (Az utóbbihoz az illatszerek és arcfestékek is számítottak.) Az asszony férje kedvéért szépítse és díszítse magát. Erre egyébként különös okai is lehetnek; például, hogy férjét egy vetélytársnővel szemben megtartsa. Ez az ok *Krauss*, a Talmudische Archeologie szerzője szerint úgy látszik elég gyakran fennforgott, mert szerinte a legtöbb válást az okozta, hogy a férj szebb asszonyra bukkant, mint a felesége. *R. Akiba* szerint a férj elválhat feleségétől, ha szebbet talált és a Szentírás szavai szerint is a férj elküldheti a feleségét, ha nem volt kedvére való. (*Mózes V. k. 24. 1.*) A talmud egyik bölcse szerint rossz feleséget nem veréssel, hanem vetélytársnővel kell megbüntetni. Az asszonyoknak tehát megvolt minden okuk, hogy férjeik szerelmét testük szépítésével biztosítsák. A talmudi idők felfogására jellemző az egyik talmudi bölcs alábbi mondata, amelyet *Krauss* könyvéből idézek: Férjes asszony után, akár szépíti magát, akár nem, senkisé néz. Átok reá, ha nem szépíti magát. De mindenki utána néz egy hajadonnak, akár szépíti magát, akár nem. Átok reá, ha nem szépíti magát.

Mik voltak a szépítés művészetének eszközei az ókori zsidóknál?

Mindenekelőtt a víz, amely manapság is a bőr kozmetikájának egyik fontos eszköze. A zsidók egyes testtájak mosására, általános lemosásokra és fürdőkre alkalmazták a vizet. A kézmosást többször napjában végezték: először reggel, a felkelés után hideg vízzel, azután az étkezések előtt és után meleggel; az előbbi a rituális előírásnak engedelmessé, az utóbbit azért, hogy kezüket az ételmaradékoktól megtisztítsák. A kézmosást olyan fontosnak tartották, hogy az étkezés utánit még a hadbavonultaknak sem engedték el. A kézmosást ezenkívül imádkozás előtt, érvágás, haj- és körömnnyírás után is végezték. A talmudi időkben származik az a szokás is, hogy kezeiket akkor is

megmosták, ha fejüket megvakarták, ha cipőjüket csupasz kézzel levetették, vagy mezítelen lábukat megérintették, úgyszintén vizelés és székelés után. (Ugyanebből az időből származik a szájmosság előírása is. A szájnak illatosítása úgy látszik régibb keletű. Az egyiptomi időkből származhatik. Egyiptomban a száj illatosítása *kyphi*-nak nevezett pastillákkal dívott. A szerető lehelletét pedig már az énekek éneke az alma illatához hasonlítja.)

A lábmosásra különös gondot fordítottak. Mezítelen, vagy csupán sarukkal fedett lábaik ugyanis nagyon ki voltak téve a bepiszkolódásnak. Az asszonyoknak még az egyiptomi fogság alatt is az volt a kötelességük, hogy férjeiknek meleg vizet készítsenek lábmosásra.

Az egész test lemosását, illetve a Biblia rituális és bizonyos egészségi vonatkozásokban említi meg. *Mózes Áront* és fiait »megmossa vízzel«, mielőtt papokká felszentelné őket. Ha valaki betegség révén vagy más okból »tisztátalanná« válik, a Biblia rendelete szerint vízzel kell mosakodnia. A rituális célra hideg fürdő volt előírva. A nemi érintkezés után is hideg vízben kellett megfürödni, aminek *R. Jes. ben Levi* idejében az a furcsa következménye lett, hogy *Galilea* asszonyai nem estek teherbe. A férfiak ugyanis tartózkodtak tőlük, mert nem volt ínnyükre a hideg fürdő, különösen hideg időben. Ezeket a fürdőket ugyanis forrásokban, folyókban, tavakban, barlangokban vagy árkokban, vagyis a szabadban vették. Volt ugyan fürdő egyik-másik lakóházban is, mert cisternákban is fürödtek, amelyek városokban rendszerint a ház udvarán vagy kertjében voltak elhelyezve. De ilyen házi fürdőről a Szentírás csak kétszer tesz említést: *Dávid* királyról elmondja, hogy palotája tetején sétálva látja meg a fürdőző *Bethsabet*, *Urias* feleségét. *Bethsabe* tehát háznak udvarában fürödhetett. Ugyancsak otthon (a kert cisternájában) fürdik *Zsuzsanna*, amikor a két vén ember meglesi.

A meleg fürdő rendszeres használata csak a görög és római befolyás idejében válik általánossá, amikor az első közfürdők nyílnak meg *Palesztinában*. Ezeket előbb magánvállalkozók építtetik, később a községek vagy az állam. Számuk csakhamar elég tekintélyes lesz. Minden egyes törzsnek volt vagy 13 közfürdője. Mint meleg fürdők ezenfelül a hőforrások, különösen *Tiberias* forrásai is szerepeltek. Ezeknek a fürdőknek berendezése körülbelül megfelelt a rómaiak fürdőinek, de még a legtökéletesebbek is távol álltak a rómaiak fényétől. Egyik-másiknak elég hiányos volt a berendezése, úgyhogy a talmud szerint a fürdővendég abban a veszedelemben forgott, hogy a kályhán elégeti, vagy a forró vízben leforrázza magát. Sőt megtörtént, hogy a fürdő padlója összedőlt. Óvatos emberek nem is látogattak újonnan megnyílt közfürdőt, hanem addig vártak, amíg kiderült, hogy ilyen veszedelmek nem fenyegetik benne a látogatót.

Szappan helyett természetes szódát (*nitrum*-ot) használtak a zsidók, amelyet ecettel némileg közömbösítettek; használták továbbá gazdag kaliumtartalmú növények hamuját (*borith*-ot), továbbá saponintartalmú növényeket, az utóbbiakat úgylátszik csak a *Misna* idejétől kezdve. Ámbar *Preuss* szerint *Jób* könyvének egyik kitételéből az következik, hogy a szappangyökeret a zsidók már a bibliai időkben is használták. Finom »szappanok« úgy készültek, hogy porrá tört szappangyökeret illatos anyagokkal, például myrrhával vagy ibolyával kevertek össze. Szappan helyett még porrá tört és illatosított sesamseprűt, bors- és tömjénport, téglaport, valamint korpát is használtak, amelyekkel testüket a fürdőben bedörzsölték. Zsíról és hamuból készült keveréket, aminőt a germánok és gallusok szappanként használtak, a zsidók csak a Kr. u. negyedik században kezdtek testük és fehérműjük tisztítására alkalmazni.

Víz helyett egyszer-másszor más folyadékot is használtak: a bűzös verejtéket borecettel mosták le; piszkos gyerekeket borban is mosdattak. *Jób*-ról az a hír járta, hogy tejfelben fürdik, olyan gazdag.

A zsidóknak és más keleti népeknek az a szokása, hogy olajjal és olajjal készült kenőcsökkel kenték be bőrüket, onnét eredhetett, hogy azokon a meleg éghajlatú vidékeken, amelyeken laktak, a víz sokszor nem állott kellő mennyiségben rendelkezésre, mert a források, kutak és cisternák vize nagy szárazság esetén szerfelett megapadt, úgyhogy mosdásra nem igen tellett. Az olajat tartályokban hosszú ideig megőrizhették és szükség esetén víz helyett tisztálkodásra használhatták. Az olajjal bedörzsölést jelentő héber szó: קנין nemcsak bedörzsölést, hanem tisztogatást is jelent (*Krauss*), ami feltevéstünk támogatja. A test bekenésére szolgáló olajba és kenőcsbe pedig valószínűleg azért kevertek illatos anyagot, hogy ezzel a nagy melegben bőven verejtékező és párolgó bőrnek szagát palástolják. A bekenés után a felesleges zsiradékot a bőrről eltávolították. A test bekenése idővel szinte általános szükségletté vált, úgyhogy nem csupán a jómódúak, hanem a szegény sorsúak is gyakorolták, még pedig különösen a mosdás és fürdés után. Kivételt csak az *ezraeusok* sektája alkotott, amely a Kr. e. második században alakult. Az ezraeusok naponta fürödtek hideg vízben, de testüket sohasem kenték be illatos olajjal vagy kenőccsel.

A test bekenésére szolgáló kenőcs alapanyaga többnyire az olivaj volt, amely bőven termelt Palesztinában; ritkábban a mandulaolaj. Az olajba balzsamot, gyantát, néha bort és mézet is kevertek és ily módon a kenőcs consistencyjával bíró keveréket állítottak elő. Leggyakrabban opobalzsamot használtak erre a célra, azonkívül mastixot, myrtusolajat, a datolyapálma és a gránátfa kisajtolt nedvét. A kenőcsöt sokszor a *dracaena* egy fajtájának, vagy az *anchusa*-nak piros nedvével megfestették. A kereslet idővel annyira megnőtt, hogy a kenőcskészítés már a bibliai időkben külön foglalkozássá lett.

Kétséges, hogy az arcnak festékekkel történő kendőzése a bibliai időkben dívott-e a zsidók asszonyainál; a *Misna* idejében azonban a pirosszínű és a fehérszínű arcfesték használata már általánosan el volt terjedve. Az előbbi piros ólomléggel vagy egy tengeri algából (fucusból) nyert festékekkel készítették, a fehéret kréta porral vagy ólomfehérral (cerussával). A menyasszony arcát *saflor*-ral, egy a *carthamus tinctorius* nevű növény leveleiből készült festőanyaggal festették pirosra. A festéket szövetdarab segítségével dörzsölték szét az arcon.

Régóta festették azonban a zsidók asszonyai szempilláikat és a szemöldökeiket. Ezt úgylátszik Egyiptomban szokták meg, ahol ez a művelet általánosan el volt terjedve. Az egyiptomiak *Mestem*-nek, a Biblia *Puch*-nak, a talmud *Kohol*-nak nevezi a szemfestéket. *Jób* egyik leányának *Keren hapuch* volt a neve, ami festéktégelyt jelent. A királyok II. könyvének 9. fejezetében (30.) is szó esik a szemfestésről. Az mondatik itt el, hogy amikor *Jehu* király *Jezebel*-be jött és *Jezebel* ezt meghallotta, bekente szemét festékekkel (Károli Gáspár bibliafordítása szerint: »arcát megékesíté kenettel.«) és felékesítette magát. *Jeremiás* próféta is megemlíti a szemfestést (4. 30.), úgyszintén *Ezekiél* (23. 40.). A szempillák és szemöldökök festésére szolgáló fekete kenőcs némelyek szerint antimont, mások szerint ólomléget vagy ólomkéneget és mangansuperoxidot tartalmazott. Erről a kenőcsről *R. Nachman* azt állította, hogy a látást megjavítja, de jónak látja ezt az állítását azzal az óvatosságra valló kijelentéssel kiegészíteni, hogy csupán negyvenéves életkorig. A szemkenőcsöt egy fából, elefántcsontból vagy ezüsből készült síma, pálcaalakú eszköz, a *makhol* segítségével kenték a szempillákra.

Se szeri, se száma azoknak az illatos anyagoknak, amelyeket akár kenőcsbe, olajba vagy »szappanok«-hoz kevertek, akár illatos vizek és borral készült kivonatok készítésére használtak, vagy tartályokba zárva nyakukon, mellükön, hajuk között vagy ruhájukban hordták, illetőleg illatos füstölésre használtak. Ezeknek csupán egy része termelt Palesztinában. Nagyrészüket Arábiából és Kelet-Indiából importálták phöníciai kereskedők közbenjárásával. A következő illatos anyagok szerepeltek a leggyakrabban: a tömjén, a myrrha, a calmus (egy illatos nád-fajta), a fahéj, a storax, a rózsaoaj, a cistus villosus levelein képződő ladanum-gyanta, a therebintina, a jázmin, a nárcisz, a sáfrány, az aloe. Az illatos növények egyrésze a Libanon-hegységről származott. Azért mondja az énekek énekeinek költője: Színmézet csepegnek a te ajkaid, én jegyem, méz és tej van a te ajkad alatt és a te ruhádnak illatja, mint a Libanonnak illatja.

Az illatszereket, azoknak kivételével, amelyeket a test és a haj bekenésére szolgáló olajba és kenőcsbe kevertek, amelyeket férfiak is használtak, kizárólag az asszonyok alkalmazták testük és ruhájuk illatosítására. Palesztina egyik-másik tájékán azonban az volt a szokás, hogy szombat napján férfiak is vettek igénybe illatszereket.

Jezsajas idejében és később is a palesztinai kokottok cipőtalpuk és lábuk sarka közé tyúk bögyéből készült tartályban myrrhát és balzsamot helyeztek el. Ha férfi közeledett, reáléptek a tartályra, amelyből az illatos tartalom szétfröccsent és tulajdonosnőjére irányította a közeledőnek figyelmét.

A zsidó nők a bibliai és talmudi időkben hosszú haját viseltek, amelyet összefontak. Ritkahajú asszonyok vendég-haját fontak saját hajuk közé; a talmudi időkben ez okból Palesztinában elég tekintélyes kereskedelmet űztek idegen hajjal. Halálraítelt asszony haját leányára testálhatta. A hajfonatokkal fejüket koszorú alakjában körülvették. Gazdagabb asszonyok hajviselete komplikáltabb volt és ezek fésüléskor rabszolgánok vagy fizetett fésülőnők, ritkábban borbélyok segítségét voltak kénytelenek igénybe venni. A zsidók a hosszú haját a női szépség lényeges kellékének tekintették. Olyan nő, akinek haját levágták, ízlésük szerint el volt csúfítva. Ennélfogva csak gyászeset alkalmából vagy büntetésképpen nyírták le az asszonyok haját, amit azok végtelen szerencsétlenségnek tekintettek. Különös tetszés tárgya volt az olyan haj, amely kibontott állapotban szinte teljesen eltakarta tulajdonosnője egész testét. Férjes asszony kibontott hajjal nem mutatkozhatott idegenek előtt és nem jelenhetett meg a nyilvánosság előtt. Ha pedig férfi reányította az ajtót olyan asszonyra, aki kibontott hajjal tartózkodott szobájában, azonnal el kellett távoznia. A férfiak hajviseletében is szépnek tekintették a fürtöket, amelyek a fejről a vállra hullottak alá. De a nőiesen hosszú hajviseletet nem tekintették férfinak valóznak és ilyen hosszú haját csak fogadalom okán hordtak. Hajukat borbélyal nyírták, aki erre a célra sarlóalakú kést, ritkábban ollót használt. Bizonyos hajviseletek el voltak tiltva. El volt tiltva az *emorita*, vagyis a kanaáni-pogány hajviselet, amely abban állott, hogy a hajzatot a fejtetőn megmaradó hajfonat kivételével leborotválták. Ezt a hajviseletet negyven botütéssel büntették. Ez a kínai »copf«-hoz hasonló hajviselet itt-ott a tilalom ellenére mégis előfordult. Az Aggáda szerint Dávid 400 katonája ezt hordta és *Josephus* szerint *Salamon* lovasai is, akik hajfonatukat ezenfelül aranyporral dörzsölték be, úgyhogy fejük a napon fénylett. (L. *Krauss* I. 646.) Az is meg volt tiltva, hogy kizárólag a fejtető és a homloktáják hajzata nyírássék meg és a halánték- és nyakszirtrájék hajzata megkíméltesék. Ez is pogány hajviselet volt (*Krauss*). A bibliai időkben a zsidó férfiak rendszerint födetlen fejjel jártak, a talmudi

időkben hol födött, hol födetlen fejjel. Akkor még nem voltak idevonatkozó rituális előírások. A zsidók, az egyiptomiak szokásától eltérőleg, akik szakállukat és bajuszukat leborotváltatták és alszakállt hordtak, még pedig annál hosszabbat, mennél magasabb volt a rangjuk, szakállt és bajuszt növesztettek, amelyet időről-időre rövidebbre nyírtak. *Hadrian* császár Rómában behozta a szakállviselet divatját. A zsidóknak azonban megparancsolta, hogy szakállukat nyírják le. Palesztinában akkor a szakállrombolókkal szemben, akiket hitetleneknek tekintettek, a hosszú szakállviseletet érdemnek tekintették (*Krauss*). A jobb módúak a szakáll nyírását is borbély által végeztették; úgyszintén a körömnnyírást. Az utóbbit nem ollóval, hanem késsel ejtették meg. A hajápolásra a hajnyírás és fésülésen kívül a haj gyakori beolajozása és a hajmosás tartozott. Az utóbbit szódával, amelyhez esetleg homokot is kevertek, vagy szappangyökérrel végezték. Asszonyoknak legalább egyszer havonként kellett hajukat megmosniok, még pedig a rituális tisztasági fürdő előtt.

A haj eltávolítására bizonyos testtájokról, mint például a hónaljokról és a női fan-tájékról, myrrhát, meszet és egy bizonyos földfajtát használtak. Egyes felesleges hajszálakat csipesz segítségével húztak ki.

Arról, hogy a zsidók asszonyai a hennát (kopher-t) körmeik festésére használták-e, nincsen biztos tudomásunk. De ez nagyon valószínű. A hennát ugyanis Egyiptomban szeltében alkalmazták körömfestésre. Minthogy pedig az egyiptomi arcfesték (szemfesték) használatára a zsidók között nagyon el volt terjedve, nagyon valószínű az a többek által hangoztatott vélemény, hogy a hennát is használták és éppúgy alkalmazták a köröm pirosra festésére, mint az egyiptomiak. A henna-bokor (*Lawsonia inermis*) Palesztinában is otthonos volt, illatos virágait jól ismerték és ruháik illatosítására használták Palesztina hölgyei. A belőle készülő festék előállítására és beszerzése tehát a lehető legkényelmesebben történetelt, ami további érvelt nyújt annak a véleménynek támogatására, hogy a körömök festése hennával Palesztinában is divott.

Irodalom: *Fritsch*: Einleitung in die Kosmetik. (Joseph, Handbuch der Kosmetik. Leipzig, 1912. I. lap.) — *Pagel*: Geschichte der Kosmetik. (Joseph, Handbuch der Kosmetik. Leipzig, 1912. 57. lap.) — *Paschkis*: Kosmetik für Ärzte. Wien, 1890. — *Hartmann*: Die Hebräerin am Putztische. Amsterdam, 1809. — *Kotelmann*: Die Ophthalmologie bei den alten Hebräern. Hamburg, 1910. — *Preuss*: Biblisch-talmudische Medizin. Berlin, 1924. — *Krauss*: Talmudische Archäologie. Leipzig, 1910. — És a Biblia.

Theobald Smith

1859—1934

Mult év december 10-én meghalt *Theobald Smith*, Amerikában az elméleti orvostudomány talán legkiválóbb művelője. Halálát napilapok nálunk nem, orvosi lapok is alig közölték. Halálát is úgy, mint életének munkáit, a zajos sikerek hirdetése nem kísérte.

Albanyban elvégzett orvosi tanulmányai után az Unio földművelésügyi államtitkársága keretében működő Bureau of Animal Industry pathologiai laboratóriumának volt a vezetője. Egyidőben az egyetemen a higiéné és bakteriologia tanára volt. 11 évi működés után ezt a helyét a massachusettsi állami egészségügyi hivatal pathologiai laboratóriumának igazgatói áulásával cserélte fel, ahol 20 évig működött. Itt a Harward-egyetem összehasonlító pathologia tanszékét töltötte be egyidejűleg. 1915 óta 1929-ig, amikor is visszavonult, a Rockefeller Institute for Medical Research állatpathologiai osztályának volt az igazgatója. 1901 óta tagja volt a Rockefeller Institute igazgatói tanácsának (ami

egyik legnagyobb megtiszteltetés Amerikában). Francia, dán, angol, olasz, svéd, stb. különböző tudományos társulatok választották meg tiszteletbeli tagjuknak, azonkívül, hogy Amerikában minden előkelő orvosi tudományos társulat elnökei közt volt hosszú élete alatt. Néhány évvel ezelőtt Amerikában járva, alkalom volt, hogy szemtanuja legyek annak a nagy tiszteletnek és megbecsülésnek, mellyel ezt a kiváló tudóst amerikaiak és a világ minden részéből összesereglett szakemberek elhalmozták, amidőn neki a Trudeau-érmet nyújtották át.

Tudományos munkássága igen változatos és rendkívüli jelentőségű. Legkiválóbb tudományos megállapítása 1898-ban a *bovin typhus tuberculosis bacillus különbözősége az emberi typhustól*. Ebben a felfedezésben *Smith* megelőzte *Koch Róbert*-t, aki csak 1901-ben a londoni orvoscongressuson számolt be erről a tudományos eredményről, mely a congressus legkimagaslóbb eseménye volt. Ennek a felfedezésnek a tuberculosis epidemiológiájában és leküzdésében volt mérhetetlen jelentősége, mert rámutatott és számszerűen tette beigazolhatóvá, hogy nem elsősorban a tuberculotikus tehén teje, hanem beteg embertársaink azok, akik a baj terjesztésében szerepelnek és a tejnek, mint fertőző forrásnak, csak másodrangú jelentősége van. A diphtheria antitoxin standardizálásakor felismerte az elsőként az anaphylaxia jelentőségét. A tengeri malac második serumoltásakor mutatkozó betegségi tüneteket, illetőleg halált, azóta is mint *Theobald Smith-féle* jelenséget (*«Theobald Smith phenomenon»*) említik az irodalomban. Kísérleti kutatásai közt neki sikerült először állatban *«C» avitaminosist*, scorbutot létrehozni. Amint látjuk, *Th. Smith* felismerési gyakran nagyjelentőségű felfedezésekhez vivő kutatásokban igen fontos láncszemeket szolgáltatottak, melyek nélkül azok nem lettek volna elérhetőek. Felismerte a szarvasmarhák *texasi lázának* protozoonos (*pirosoma bigeminum*) eredetét és átviteli módját a *boophilus bovis* nevű kullancs által. Ezen felfedezésnek azért volt nagy a jelentősége, mert a *trypanosomás betegségek és a sárgaláz* átviteli módjainak a kutatására az utat megmutatta. Közléseit szigorú kritika, sőt megállapításait jóformán a csalhatatlanságig emelkedő igazság jellemzi.

Theobald Smith, aki talán még *Pasteur*, *Koch Robert*, *Behring*, *Roux* kortársának is tekinthető, méltán emelkedik exact kutatásai alapján azon tudományos nagyságok és vezéregyéniségek sorába, akik a múlt század utolsó és a jelen század első negyedében az orvostudománynak oly hatalmas léptekkel történő haladását szolgálták és az utolsó évtizedek még nagyobb eredményeinek az útját előkészítették.

Darányi Gyula.

Megjegyzések Vásárhelyi Béla „Egy új bemeneti (Barton) fogóról“ c. cikkéhez. (O. H. 2. sz.)

Az értékes közleményhez csupán két corrigáló megjegyzést óhajtanék fűzni.

1. A cikk szerint »kb. 6 évvel ezelőtt Barton egy minden eddigittől eltérő szerkezetű magasfogót talált ki stb.« Miután a szerző figyelmét így nyilvánvalóan elkerülte (hiszen nem is hivatkozik rám), ezúton hozom tudomására, hogy a Barton-fogót én már a Gynaecologiai Szakosztály 1926 febr. 19-i ülésén amerikai és európai tanulmányutamról tartott beszámoló előadásomban részletesen ismerttettem (megjelent az »Orvosképzés« 1926. évi 2. számában). A fogó gyakorlati alkalmazását tehát már 1925-ben a new-yorki Columbia-egyetem szülészeti klinikáján ismételtel láttam; arról a nyilvánosság előtt először a »New-York Obstetrical Society« 1925 nov. 10-i ülésén számoltak be (megjelent: The American Journal of Obst. et Gyn. Vol. XV. No. 1. 16 old.). Így tehát az eszköz nem hat, de több mint kilenc éves.

Ami a fogó »minden eddigittől eltérő« szerkezetét illeti, utalnék *Farabeny* egészen hasonló szerkezetű eszközére (amelyre különben *Barton*, *Caldwell* és *Studdiford* is hivatkoznak előbb idézett első közleményükben); igaz, hogy ő azt annakidején csupán a medencében levő magzati fej lemerésére ajánlotta.

2. Nem tudom, módosításnak ajánlja-e a cikkíró, vagy a fogó eredeti használati utasításának téves értelmezésén alapszik-e a műtéti alkalmazás leírásának azon része, amely szerint »amint a fej az üregbe jutott, a Barton-fogó azonnal leveendő és a már lehozott fej az üregből bármely üregbe alkalmas fogóval könnyen kihozható«. *Barton*, *Caldwell*, *Studdiford*, *C. Bachmann* (Surgery. Gynec. et Obst. 1927, 805—812. old.) beszámolója szerint a fogót nem vesszük le a fej lehozása után, hanem a fogóval tovább forgatva fejtjük ki. *Studdiford* new-yorki klinikáján magam is meggyőződhettem arról, hogy ez az alkalmazás a legmegfelelőbb és teljesen felesleges az elvi szempontokból annyira hátrányos fogócsere.

Egyébként a *Barton* által ajánlott külön tengelyhúzó-készülék alkalmazása is felesleges, mert megfelelő kéznyomás az helyettesítheti.

Kovács Ferenc dr.

VEGYES HÍREK

Személyi hírek. *Szent-Györgyi Albert dr.*, a szegedi egyetem ny. r. tanárát, a jugoszláv orvosegyesület dísztagjává választotta. — Tolna vármegye tiszteletbeli főorvosaivá ki-nevezték *Treer István dr.* közkórházi igazgatófőorvost, *Sztanó Sándor dr.* közkórházi főorvost és *Novák Miklós dr.* kórházi főorvost. — *Brenner István dr.* csanádpalotai járási tisztiorvos családi nevét *Béri*-re változtatta.

Török Lajos professor ünneplése. A gróf Apponyi Albert Poliklinika orvosi kara *Török Lajos* egyetemi rk. tanárt 70. születésnapja alkalmából december 20-án fényes sikerű bankett keretében ünnepelte. Az ünnepélyen, melyen az orvostársadalom számos kitűnősége jelent meg, *Szterényi József báró*, a Poliklinika elnökének közvetlen és meleg szavai után *Lobmayer Géza* igazgató-főorvos üdvözölte a jubilánst. A Poliklinika főorvosi kara nevében *Fekete Sándor* egyetemi m. tanár mélyszántású beszédében kiemelte, hogy *Török* működése, experimentális intuícója, abszolút igazságra törekvése messze túl vitte őt szakmájának határain. Működése hozzájárult ahhoz, hogy a bőrgyógyászat, mely régebben csak empirikus, adatok tárháza volt, ma az orvosi tudomány integráns részévé lett. Utána *Lehner Imre* főorvos a »Török-iskola« halálját tolmácsolta a mesternek. *Farkas Ignác* főorvos a Lipótvárosi Orvosi Kör, *Temesváry Rezső* egyetemi m. tanár pedig a budapesti Orvosi Kaszinó nevében méltatták *Török* professor emberi és tudományos kvalitásait. *Török* meghatott szavakban mondott köszönetet a meleg ünneplésért és — mint mondta — abban látja legfőbb sikerét, hogy néhány lelkes fiatalemberben fel tudta kelteni az érdeklődést az igazság szeretete és a tudományos vizsgálódások iránt. A vacsora keretében a Poliklinika orvosai az ünnepeltnek művészi értékű emlékérmét nyújtották át, amely *Reményi József* szobrászművész sikerült alkotása.

Reiner Ede dr. kartársunkat arany diplomával tüntette ki a Pázmány Péter Tudomány Egyetem, mit az Orvos Szövetség olvaó termében *Schmidlecher Károly* egyet. magántanár, a BOSZ. elnöke január 11-én adott át a kitüntetettnek, méltatva az egybegyűlteket előtt az orvosi hivatás és a közélet terén szerzett érdemeit. *Reiner Ede* kartársunk félszázados, becsületben töltött orvosi működése közben, mialatt számos fővárosi családnak bírta bizalmát, kartársainak becslését, szegény betegek halálját: — a közélet önzetlen munkájából is bőven kivette részét és mint befolyásos városatya, a főváros közegészségügyét igyekezett szolgálni és előmozdítani. Népszerű felszólalásaival sokszor nagy hasznára volt a laikus nézetekkel küzdő tisztí orvosainknak és kórházigazgatóinknak. De amivel soha el nem múló érdemeket szerzett magának, s aminek sikerét még megadatott megérnie, az az volt, hogy első volt, aki a »Budapest fürdőváros« jelszót kimondta, az eszmének egyre lelkesebb propagálója lett, végül már, ha bármilyen ügyben is szólalt fel, Budapest fürdőváros apotheoosisával fejezte be beszédét — és íme megérte, hogy ezen ma kormány és főváros karöltve működik s a hivatott emberek serege dolgozik a nagy cél elérésén.

Ezt a fáradhatatlan közéleti munkát honorálta a Pázmány Péter Tudomány Egyetem és nem a félszázadot, amit lehetett

volna önző szürkeségben is eltölteni és ez a tiszteltreméltó élet az mi előtt mi is jó szívvel hajtuk meg az elismerés zászlaját *Reiner Ede* kartársunk előtt.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület január 19-én, szombaton délután 6 órakor tartandó ülésének napirendje: Bemutatás. *Fischer István*: Fröschels-Schalit-féle meatopurátor. — Előadások. 1. *Bókay János*: Adatok a régi római időbeli szopodények ismeretéhez magyarországi leletek alapján. 2. *Beznák Aladár*: Az idegingerület autakoid átvitele.

A Budapesti kir. Orvosegyesület otologiai szakosztályának január 25-én d. u. 1/27 órakor, a II. számú beszéleti klinika tantermében tartandó ülésének napirendje: Bemutatás: 1. *Barkó Miklós*: Otogen sepsis operált érdekes esete szokatlan szövődémmel. Előadások: 1. *Rejtő Sándor*: Újabb adatok a cholesteatomás középfülgyulladás gyógyításához. — 2. *Szász Tibor*: Tubaelezárodás kezelése röntgensugárral.

Az Országos Közegészségi Egyesület előadássorozatának január 22-i előadásait délután 6 órai kezdettel a Közegészségtani Intézet tantermében *Szviezsényi Zoltán dr.* »A budapesti központi gyógy- és üdülőhelyi bizottság szervezete és programja«, *Benczur Gyula dr.* »Budapest székesfőváros fürdőinek gyógyító hatása«, *Bánlaky Géza* »Budapest székesfőváros fürdőinek fejlődési lehetőségei« és *Nemes J. György dr.* »A budapesti ivókúrákról« címmel tartják.

A Magyar Röntgentársaság január 21-én este 7 órakor az Apponyi Poliklinika tantermében tartandó ülésének tárgysorozata. Bemutatás. 1. *Polgár Ferenc*: *Ujítások az átvilágításba iktatott felvétélkészítés terén.* — Előadások. 1. *Schulhof*

Kimutatás az 1935 január 6–12-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb) és halálesetekről (Mt)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphtheria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis		Morbilli	Influenza	Malaria	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.	
1. Abaúj-Torna	92.827	2	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	41	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	111.860	3	—	—	—	4	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.131	4	—	—	—	20	—	13	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—
4. Békés	334.130	2	I	2	—	7	—	1	—	—	—	—	—	36	2	—	—	—
5. Bihar	179.115	2	I	—	—	6	—	2	—	—	—	—	—	10	2	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	304.182	6	I	1	—	4	—	15	I	—	—	—	—	7	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.511	1	—	—	—	9	2	3	—	—	—	—	—	1	I	—	—	—
8. Csongrád	148.191	2	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
9. Fejér	230.719	9	I	—	—	14	2	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.241	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11. Hajdú	180.159	—	4	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	14	—	—	—	—
12. Heves	320.921	8	2	—	—	5	2	3	—	—	—	—	—	15	I	—	—	—
13. Szolnok	417.676	6	I	—	—	13	2	14	I	—	—	—	—	—	I	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.173	4	I	—	—	4	—	2	I	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15. Nógrád és Hont	226.557	—	I	—	—	1	—	9	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
16. Pest	1.418.317	23	I	I	—	41	2	54	I	—	—	—	—	82	—	I	—	—
17. Somogy	388.775	1	—	—	—	11	I	10	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—
18. Sopron	143.235	2	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	410.116	12	5	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	33	—	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	154.630	7	2	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
21. Tolna	267.560	10	3	—	—	8	4	24	—	—	—	—	—	100	—	—	—	—
22. Vas	274.227	—	—	—	—	8	2	8	—	—	—	—	—	38	—	—	—	—
23. Veszprém	246.093	—	I	—	—	9	—	6	—	—	—	—	—	51	—	—	—	—
24. Zala	367.564	6	—	—	—	6	—	4	—	—	—	—	—	—	—	I	—	—
25. Zemplén	148.150	2	I	—	—	3	—	4	I	—	—	—	—	1	—	—	—	—
I. Baja	29.329	1	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1.027.106	5	2	5	I	34	2	49	I	I	—	—	—	115	I	—	—	—
III. Debrecen	121.326	18	2	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	26	I	—	—	—
IV. Győr	50.844	1	—	—	—	1	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.825	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	80.729	—	—	—	—	7	I	3	—	—	—	—	—	42	—	—	—	—
VII. Miskolc	62.597	4	—	—	—	5	I	7	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
VIII. Pécs	65.963	1	—	—	—	5	I	3	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—
IX. Sopron	36.022	5	I	—	—	5	I	1	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—
X. Szeged	137.479	—	—	—	—	4	—	9	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.247	1	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen	8.840.527	150	31	11	I	266	23	292	6	I	—	—	—	654	11	2	—	—
Előző évben		66	8	8	—	327	16	327	2	—	—	2	—	258	8	3	—	—

Ödön: A rövidhullámú kezelésről. 2. *Frisch Ernő*: A duodenum mobile.

Törvényszéki orvosi vizsgák. A törvényszéki orvosi vizsgálóbizottság elnöke közzéteszi, hogy a folyó évben *április és október hónapokban* tartatnak törvényszéki orvosi vizsgálatok. A szabályszerűen felszerelt kérvényeket *folyó évi március, illetőleg szeptember hó 15-ig* kell a m. kir. igazságügyminisztérium (V., Markó-utca 16. szám) iktatóhivatalában benyújtani.

Tanulmányi értekezletet tartott január 15-én a budapesti orvosi facultas a Dékán elnöklete alatt, melyen csaknem az összes rendes tanárok és a rendkívüli és magántanárok igen nagy számmal vettek részt. A felszólalók az utóbbiak voltak, kik a hivatalos program szerint kizárólag az orvosképzés terén külföldön tett tapasztalataikról számoltak be. Felszólalásaikat írásban is benyújtották és így az elhangzottakat nagy figyelemmel kísérő facultas rendes tagjai igen értékes adatok birtokába jutottak, miket a közeli tanulmányi reform kidolgozásában fognak értékesíteni.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számához Richter Gedeon vegyészeti gyár rt. Budapest, *Acitophosan*-ról szóló ismertetését csatoltuk.

ORVOSI HETILAP

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

MEGJELENIK SZOMBATON

Hirdetések kizárólagos felvétele

Előfizetések postautalvánvon vagy
csekkklapon küldendők. A feladóvevényt
nyugtául ismerjük el

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

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

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

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

TOFAMID



KALMOPYRIN

HYDROPYRIN



Minden esetben biztos, egyenletes hatású és kitűnő lázcsillapítószer és antirheumaticum amely egyben a gyulladásos jelenségek lefolyását is megrövidíti.

10 és 20 tablettát tartalmazó fiolákban.

Az acetylsalicylsav calciumsója.

Az acetylsalicylsav lithiumsója. Vízben könnyen oldható, gyermekeknek is kényelmesen adagolható
antipyreticumok, analgeticumok, antirheumaticumok és sedativumok.

MINDENNEMŰ FERTŐZŐ ÉS MEGHŪLÉSES MEGBETEGEDÉSEK ELLEN.

Porban, 10 és 20 tablettát tartalmazó csomagolásban

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR RT., BUDAPEST X.

**Az epilepsia kezelését
reformálja a**



A rohamok mini-
málisra csökken-
nek vagy teljesen
megszűnnek. A
betegek kábult-
ság és levertség
nélkül akadály-
talanul folytathat-
ják foglalkozásu-
kat

**Typikus luminalhatás
altató hatás nélkül**

»Bayer«

LEVERKUSEN I. G. WERK

**E. MERCK
DARMSTADT**

Eredeti csomagolás:
Cső 10 és üveg 50
tablettával à 0,2 g.

MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU R. T.
BUDAPEST, V., AKADÉMIA-UTCA 3.

Magyarországi vezérképviselőt:

WIRTH KÁROLY
BUDAPEST, V., BÁTHORY-U. 16

Dr. Egger

a megbízhatóság pontos adagolás
és hatékonyság biztosítója.

Kérjük a „Sec. EGGER” kiírását
készítményeink rendelésénél.

Magyar phenylchinolincarbonsav készítmények:

TOPHIN „sec. Egger”

Phenylchinolincarbonsav **dragée**
formájában.

MYOTOPHIN „sec. Egger”

Phenylchinolincarbonsavas aethylen-
diamin vizes oldata

TOPHACETYL „sec. Egger”

Phenylchinolincarbonsav és acid
acetylo salic. kombinációja.

A fenti készítmények gyárunkban előállított, gyógyszerkönyvi követelményeknek
megfelelő magyar gyártmányok.

Pályázat.

Jászdózsa községben megüresedett községi orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat, valamint erkölcsi megbízhatóságukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmüket hozzám 1935. évi január hó 28-án déli 12 óráig annál is inkább adják be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

Az állás javadalma a 62.000/1926. sz. B. M. rendeletben előírt illetmények.

Hadirokkantak, vitézek stb. a vonatkozó törvényes rendeletek szerint előnyben részesítendőek.

A választás napjának kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Jászberény, 1934 december hó 28.

Dr. Véniss Pál, szolgabíró.

Pályázat.

A Zemplén vármegyei (sátoraljaújhelyi) »Erzsébet«-közkórháznál, lemondás folytán megüresedett segédorvosi állásra, a Vármegyei Ügyviteli Szabályzat 2. §-a alapján pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állás javadalmozása a XI. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, a természetbeni lakás és ellátásnál engedélyezett kedvezmények.

Felhívom mindazokat, akik erre az állásra pályázni óhajtának, hogy az 1883. évi I. t.-c-ben előírt elméleti képesítésüket, a forradalom és kommunizmus ideje alatti magaviseletüket s esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt és a vármegye főispánjához, méltóságos Kozma György dr. úrhoz címzett kérvényüket hozzám, 1935. évi február hó 12. napjáig bezárólag mutassák be, illetve »Alispáni Hivatalnak, Sátoraljaújhely« címre küldjék be, mert a később érkező kérvényeket nem veszem figyelembe.

Sátoraljaújhely, 1935. évi január hó 11-én.

Bernáth Aladár s. k.,
alispán.

TABLETTAE FERRI PROTOXALATI Dr. DEÉR SINE ET CUM ARSENO

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

A vasat mint gyorsan felszívódó ferrooxalot, az arsenat a legacionálisabb formában tartalmazza. Adagolása kényelmes. Zavaró melléktünetek hiányzanak

Kipróbált

**Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum**

LYSALGIN

8 kapszula ára P 1.60

Gyártja:

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

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

BIROBIN

DRAGÉE

„CHINOIN“

**ROBORANS, HIZLALÓSZER, HAEMOPOETICUM
ORGANOTHERAPIÁS ALAPON!**

Javallt: secundaer, toxikus és rákos anaemiánál, reconvalescentiában, alkati soványságnál, gyermekek fejlődési visszamaradottságánál, stb.

Hatása gyors, biztos, mellékhatása nincs!

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SÁNDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

TARTALOM:

Guszmann József: A világrahozott syphilis prophylaxisa. (87—92. oldal)
Boros József: A szív táji fájdalomról. (92—95. oldal)
Kárpáti József: Rövid és fájdalomtalan tágulási szak sómentes étrend hatására. (95—97. oldal)
Dubóczky Béla: Új eljárás diagnosztikus kolloidgörbék előállítására a vérsavóból. (97—99. oldal)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (13—16. oldal)
Bónis István: A jódanyagcsere és a pajzsmirigyműködés. (90—100. oldal)
Kleiner és Frenreisz: Vörösvérsejt vizsgálatok hyperthyreosisban. (101—102. oldal)

Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Gyermekgyógyászat. — Szemészet. — Bőrgyógyászat. (102—103. oldal)

Könyvismertetés (104—105. oldal).

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei (105—106. oldal).

Bókay János: Adatok a régi római-időbeli szopodények ismeretéhez magyarországi leletek alapján. (106—108. oldal)

Kubányi Endre: A stockholmi »Rádiumhemmet«. (108—109. oldal)

Vegyes hírek (109—110. és borítólapon 3. oldalán).

A világrahozott syphilis prophylaxisa.

Irta: *Guszman József dr.*, egyetemi c. rk. tanár.

(Semmelweis ünnepi előadás).*

Sajátságos és a távolabb álló előtt talán érthetetlennek látszik, hogy a nemibetegségek elleni küzdelem szükségessége mindenütt oly későn került a közfigyelem gócpontjába. Hiszen tudjuk, hogy a heveny fertőző betegségek ellen, ha azok súlyos epidemia alakjában pusztítottak, már ősidők óta — a megfelelő korszak ismerete szerint ugyan — mindenkor állam és társadalom tüzzel-vassal hadakozott. A pestis-, typhus-, később kolera-járványok mindenkor felrázták az egész lakosságot és gyors cselekvésre készítették azt. Mindez azért történt, mert e betegségek romboló, halálhozó hatása gyors és így megdöbbentő. Érdekes, hogy társadalom és állam a régi időkben még a lassú halálhoz vezető lepra ellenében is hallatlan energiával, sőt kíméletlenséggel tudott védekezni földrészünkön és így el is érte célját, mert sikerült azt kipusztítania. Ezzel szemben a nemi bajoknak — elsősorban a syphilisnek — sokáig egyáltalán nem ismerték horderejét és még az utóbbiról is csak lassan derült ki, hogy nagyon is halálhoz vezethet, csakhogy majdnem kivétel nélkül csak hosszú évek, sőt évtizedek után, amikor a halálok más, enyhébb hangzású betegség nevében van elkönyvelve és a beteg szervezet mintegy idegen lobogó alatt száll a sírba. Pedig a syphilis hallatlan pusztítást végez az emberek között és ma már sok helyütt a gümőkór pusztításait is túlszárnyalja. A ma ismert minden napos heveny fertőző betegségek, melyek ellen aránylag jóval többet áldoznak, a syphilishez képest ártatlan, csak kevés áldozatot szedő bántalmak. A Franciaországra vonatkozó újabb *Leredde*-féle becslés szerint a syphilis évenként 140.000 francia életet olt ki! Ez azt jelentené, hogy az összmortalitás 17%-a syphilisre vezethető vissza. E hallatlan számból a szerzett syphilisre mintegy 80.000

esik. A syphilisnek mint fertőző népbetegségnek azonban egyik legnagyobb átka az is, hogy világrahozott syphilis alakjában az ártatlan utódokra is átszállhat és mennyiségileg és minőségileg a legsúlyosabb ártalmakra lehet. Quantitative oly módon, hogy a fejlődő életet már a méhen belül előlheti, de azáltal is, hogy a betegen világrajótt csecsemők között fölötte nagy a halálozási arány. Qualitative oly értelemben súlyos az ártalom, hogy a világrahozott syphilisben szenvedő gyermekek legtöbbször testileg fogyatékosak, silányabbak, amihez nem ritkán szellemi defectusok is járulhatnak. Mindennek csak nyomorúság, szenvedés a következménye a beteg egyénre és a sujtott családra nézve egyaránt.

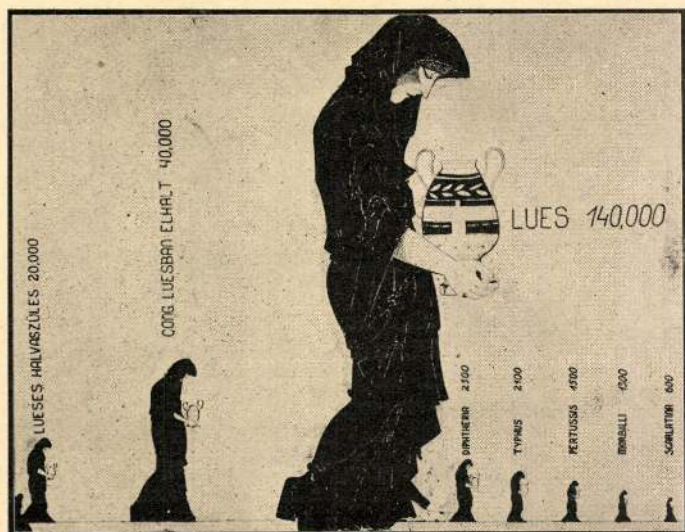
Az imént említett statisztika szerint már most a 140.000-ból hiányzó 60.000 emberélet ez utóbbi kategoria, a világrahozott — rosszul »öröklöttnek« nevezett — syphilis terhére esik és pedig olyképpen, hogy az egész Franciaországra eső és a syphilisre visszavezethető halott magzatok száma kb. 20.000-re rúg, míg a gyermekkorban a világrahozott syphilis halálozási száma megközelítően 40.000 (*Couvelaire*). Ehhez képest a heveny fertőző betegségek évi mortalitása aránylag csekély, amint azt a mellékelt ábra jól érzékíti. Ez utóbbiak száma a syphiliséhez képest szinte eltölpül. Így a hivatalos francia statisztika szerint ugyanakkor pl. a diphtheria 2500, a typhus 2100 áldozatot szedett egy év alatt (I. ábra.)

A világrahozott lues qualitativ és quantitativ pusztítását legjobban a különböző statisztikák világítják meg, melyekből csak néhány adatot ragadok ki. Így pl. *Cassel* statisztikájában egy syphilis anyának 10 terhességéből egyetlen gyermeke sem maradt meg, amennyiben hét újszülött világrahozott luesben pusztult el, két terhesség halott magzattal, illetve közvetlen születés utáni halállal, egy pedig abortussal végződött. *Sprinz* nagyobb statisztikájában kimutatta, hogy 1234 lueses nő 4175 terhessége közül 2171 (52%) abortussal, halott magzattal, illetve közvetlenül a születés utáni halállal végződött. *Seitz* szerint a syphilissel szövődött terhesség 71.6%-ban a méhmagzat halálával végződik. Nem kevésbé rossz eredményeket találunk az időre megszületett lueses csecsemők között is. *Füester* kimutatta, hogy a lueses csecsemők 70—80%-a

* Előadta a Közkórházi Orvos-Társulat 1935. jan. 16-án tartott évrőrlésén.

elpusztul az első évben. Nem szabad azonban elfelejteni, hogy e szörnyű számok megállapítása kórházi beteganyagot történt, amelyben a hospitalismus rossz hatását nem lehet számon kívüli hagyni. E. Müller szerint a cong. syphilises gyermekeknek csak egyharmada normalis intelligentiájú. Ki kell azonban jelentenem, hogy a modern intensiv kezelés következtében e borzalmas számok a legutóbbi időkben már is jelentékenyen csökkentek. Legújabb Tommasi azt találta, hogy az általa vizsgált siketnémák 35 %-ában a syphilis volt megállapítható, illet. a gyanúja igen erősnek bizonyult.

A veleszületett syphilis tünettanával e helyütt nem foglalkozhatom és azért csak néhány rövid megjegyzésre szorítkozom. A syphilis sok ártalmas hatása között kétségkívül a legsúlyosabb, amikor az a méhmagzatot előli, ami az 5. holdhónap előtt nem szokott bekövetkezni



A méhből ez a korán elhalt méhmagzat előbb-utóbb távozik, de rajta igazi lueses jelenségeket még nem lehet találni; felvesszük, hogy a syphilis toxinjai ölték meg. A 7—8. holdhónapban elhalt lueses magzatokon, melyek elég hamar is löketnek ki, máris jelentős lueses elváltozások állapíthatók meg, a legkülönbözőbb szerveken pedig a spirocheata pallida hallatlan tömegeit lehet kimutatni. Ezekben a foetalis syphilises magzatokon a legsúlyosabb elváltozások a belső szervekben és a csontokon találhatók.

Itt óhajtom tisztázni a korai habitualis abortusokról elterjedt tévhitet, mely szerint azokért a luest tesz felelőssé. Jeannin-nak is még az a felfogása, hogy a korai abortusokat legnagyobb részben a lues idézi elő. Ez az álláspont megdőlt, mert a különböző szerzők nagy anyagon azt a megállapítást tették, hogy a korai abortusokért legfeljebb csak mintegy 20 %-ban lehetne a luest felelőssé tenni. (Thaler, Seitz, Matusovszky, Scipiadés.) De még tovább megyek és fölemlítem, hogy a syphilis okozta abortus kérdésével foglalkozott néhány év előtt a Deutsche Derm. Ges. Kongressusa is Königsbergben, ahol különösen E. Hoffmann és Zangenmeister adataiból kiderült, hogy a syphilises anyák között sem fordul elő gyakrabban a korai abortus, mint más nőknél. Ezzel szemben igen jellemzők a syphilisre a terhesség második felében előforduló halott magzatok és koraszülések.

A lueses gyermekek bizonyos része elég jó erőben jön a világra s bajuknak igazi képe is csak hetek múltán alakul ki. Ezek szakszerű gondozással és kezeléssel legtöbbször életben maradnak és felnevelhetők.

A veleszületett syphilisnek egy másik alakja a későn, vagy elkészen jelentkező ún. n. késői világrahozott

syphilis — syphilis cong. tarda —, amikor a syphilises nő látszólag egészséges gyermekén csak 8—10—15 éves korában, sőt még későbbben jelentkezik a betegség, mégpedig legtöbbször súlyos folyamatok alakjában. Ez az elkésztett syphilis ilyenkor katastróphalis ártalmat okozhat. A tünetek ugyanis, melyek legtöbbször a szemre, belső fülre, továbbá a lágyrészeken kívül a csontokra, sajnos, elsősorban az arccsontokra szorítkoznak, általában súlyos, többé-kevésbé helyrehozhatatlan ártalmat idéznek elő. A világrahozott késői syphilis azáltal, hogy az arckoponya csontjait elpusztítja, oly enormis torzítást, elcsúfultást hozhat létre, hogy az ily módon megvert egyén örökre a társadalom száműzöttje, páriája, akinek socialis elhelyezkedése a társadalomban lehetetlen; még a legjobb reája nézve, ha egy megfelelő kórházi osztályon talál hajlékra.

Ennyi baj láttára kérdeznünk kell, megelőzhető-e a világrahozott syphilis? Erre leghatározottabb és bátor igennel felelhetek, mert valóban alig van az orvoslás terén hálásabb és eredményében hatásosabb beavatkozás, mint éppen ezen a téren és ha egy szép napon mai tudásunk alapján a szükséges intézkedések és gyógybeavatkozások dictatoricus úton, egy csapásra szigorú végrehajtást nyerének, bizonyos, hogy a világrahozott syphilisnek hamarosan irmagja is alig maradna meg. Ezt felelősségem teljes tudatában állítom.

A baj megelőzése több irányban mehet végbe. A prophylaxisos cselekvések elsősorban időpont dolgában különböznek egymástól. A lehetőségek a következők: 1. A szülők szerzett syphilises fertőzésének minél korábbi kezelése. 2. Óvatosság az orvos részéről a házassági engedély megadásakor, tehát csakis akkor, ha fertőzés veszélye már nem forog fenn. 3. A syphilises nőknek terhességük folyamán való gyógyítása és 4. az újszülöttnél megfigyelése, esetleg szükség szerint prophylaxisos kezelése, ha az előző feltételek elmaradtak. E négy postulatumból a legfontosabb kétségtelenül a harmadik, mely a terhes nők kezelését szorgalmazza, mert egyedül ez fogja meg a kérdést gyökerében. A legfontosabb harmadik ponttól eltekintve, melynek feltárására elsősorban szorítkozik előadásom, a többivel e helyütt hamar végezhetek. Az első ponthoz csak az a megjegyzésem, hogy minél korábban és erélyesebben kezeljük a frissen szerzett syphilist, annál gyorsabban, biztosabban és véglegesen gyógyíthatjuk meg a betegséget. Ilyen esetekben a gyors egyéni kezelés egyben biztosítékot nyújt a későbbi utód épségére nézve.

A második igen fontos momentum a házassági engedély kérdése, melyről már többször nyilatkoztam. Erre a felette fontos kérdésre itt nem terjeszkedem ki részletesen. Bizonyos, hogy a syphilis fertőzőképessége idővel kialszik, anélkül, hogy azért a betegnek magának gyógyulnia kell lennie. De ha ez átlag 4—5 év után — néha még kezelés nélkül is — be is következik, az csakis a férfinemre áll, mert a női nemnél a fertőzőképesség még jóval tovább is fennmaradhat, nem ugyan nemi érintkezés útján, hanem az esetleges terhesség esetén a születendő gyermekre nézve és itt úgyszólván a physiologiai lehetőség határáig. Hiszen Brun Pedersen 16 év, Boas 20 év, Marcus 24, illet. 26 év után, sőt Boeck állítólag 37 év után is látta az anya syphilisét az utódra átmenni. Mindezekre a felmerülő kérdésekre természetesen csak a szakképzett orvos adhat felvilágosítást. Éppen azért ma az az általános kívánság, hogy a házassulandók házasságkötésük előtt egészségi állapotukra nézve vizsgálattassák meg magukat. E vizsgálatnak kötelező, vagy csak facultativ volta körül a nézetek a különböző államokban még nem egyeznek. A nemi bajoknak és így a syphilisnek a házasságba hurcolása ellen törvényhozási úton is eljártak. E mozgalom élén haladt

és általában e küzdelemben irányt szabott elsősorban Norvégia (1918), Svédország (1918) és Dánia (1922). Kétségtelen, hogy minden országban szükség van egy jól átgondolt *lex veneris-re*, melynek keretében e most említett kívánalmak is kielégítést nyerhetnek.

A 4. pontban kiemeltük a megszületett gyermeknek vizsgálatát, évekre húzódo ellenőrzését, illetve annak kezelését. Előbbi eset akkor jön szóba, ha a syphilitikus anyának megszületett gyermeke tökéletesen egészségesnek látszik és csak gyanúval kísérjük. A második akkor, amikor a gyermek anyjának baját nem kerülte el. Ilyenkor már persze gyógyításról, nem pedig prophylaxisról van szó.

Már kiemeltém, hogy a világrahozott lues megelőzésének legfontosabb tényezője a syphilitikus anyának erélyes és hosszas, csaknem állandó kezelése a terhessége idején. Ha már megessett az anyával az a baj, hogy syphilissel fertőződött, a legfontosabb, hogy a születendő gyermeke a betegséget elkerülje. Itt van az az archimedesi pont, ahol a legnagyobb sikert érjük el a világrahozott syphilis elleni küzdelemben. Ma úgy áll a helyzet a cong. syphilis prophylaxisában, hogy a beteg anyának terhessége folyamán történő erélyes kezelésével, vagy nem kezelésével áll, vagy bukik a siker. A legbiztosabb prophylaxisos eljárást itt találjuk meg, mert kellően és idejében felismerve a terhes nő syphilisét, *eloben* minden esetben gátat vetünk a syphilisnek az utódra történő átmenetében. A többi elhárítási módok távolról sem oly hatásosak, mert nem a forrásnál kezdik a küzdelmet. Hiába ügyelünk pl. arra, hogy házasságra fertőző syphilitikus egyén ne lépjen, ha utóbb, házasságkötés után valamilyen módon mégis behatol a syphilitikus fertőzés a családba. Végtelenül fontosak ezek az óvintézkedések, de a közvetlen és minden egyes esetre külön-külön kiterjedő megelőző intézkedés mégis csak a lueses terhesnek szakszerű antilueses kezelése.

A megelőzés sikere a terhesek kezelésével azóta van biztosítva, amióta az újabb észlelések és tapasztalások véglegesen megállapították 1. a syphilisnek átviteli módját az utódra, 2. az átvitel időszakát, 3. az arsenobenzol vegyületeknek különleges nagy gyógyértékét. *E három alappilléren nyugszik a világrahozott syphilis prophylaxisának legfőbb sikere.* Ahol a mai ismereteink alapján a küzdelem a cong. lues ellen megindult és a szükséges tennivalók széles mederben végrehajtásra kerültek, ott a világrahozott syphilis-esetek száma erősen csökken. Ez az örvendetes csökkenés általában nálunk is tapasztalható és ezt rövid idővel halála előtt b. e. nagy barátom, *Heim* prof. is saját klinikai tapasztalásából örömmel közölte velem. Itt hozom fel, hogy *Ábrahám Johnston* véleménye szerint a mai ismereteink szigorú alkalmazásával a lehetőség megvan, hogy a cong. lues teljesen megszűnjön. De a kórbonctani tapasztalások is e mellett szólnak. Így *Schridde* dortmundi boncolási anyagán 1924 óta a cong. lues esetek száma erősen csökken, 1928 óta pedig már alig kerülnek ilyenek boncolásra. Közél állnak ezekhez az adatokhoz a Szent István-kórházi csoportban tett tapasztalások is. *Zalka* prof. mint boncnok-főorvos megerősíti a veleszületett syphilis-esetek feltűnő csökkenését. Ugyanazt tapasztalja leghatározottabban gyermekosztályán *Faludi* főorvos collegám is.

Vegyük most sorra az alappilléreként szereplő három tényezőt. Sokáig nem ismerték a syphilis átvitelének lényegét. Ma már kétségtelen bizonyossággal tudjuk, hogy a syphilis mindenkor a placentán át megy a gyermekre. Ma tételenként állíthatjuk fel *Matzenauer* szavait, hogy syphilitikus gyermek nincsen syphilitikus anya nélkül. 33 év előtt jelentette ki *Matzenauer* ezt az igazságot, amit azóta a vizsgálatok sokasága továbbra is igazolt. Csak éppen

megemlítem, hogy sokáig az volt a feltevés, hogy a syphilitikus virus germinalis úton, tehát a petesejt, illetve az ondósejt által jut a magzatba. Amióta ismerjük a kórokozót, könnyen lehet e főlvetel ellenében azt a tényt felhozni, hogy a spirochaeta jóval nagyobb, mint az ondósejt teje. De különben sem tartható valószínűnek, hogy a spirochaetával megterhelt csirasejt termékenyítőképes legyen, avagy hogy ha a kórokozó egy petesejtben foglal helyet, az alkalmas volna a megtermékenyülésre és továbbfejlődésre. Ami *Hochsinger* elméleti felvételére vonatkozik, mely szerint a lues kórokozójának egy szemcsés alakja is létezik, mely a petében vagy ondósejtben lappangva élhet, csak azt mondhatom, hogy arra semmi bizonyítékunk nincsen. Mindazonáltal van még *Hochsinger*-en kívül is néhány szerző, aki a germinalis átvitel lehetőségét felveszi (*Almkvist*, *R. Fischl*, *S. Golay*). Fényesen bizonyítja ellenben a diaplacentaris — placenta és köldökzsinóron át — fertőzés útját az ú. n. postconceptionalis syphilitikus fertőzéses eset, amikor tehát az egészséges nő egészséges férfitől jut teherbe és csak utóbb, a terhesség folyamán szerevén luest, a gyermeke is luesessé vált. Itt tehát másról, mint diaplacentaris átvitelről nem lehet szó. De igen erős érvként szól a diaplacentaris út mellett az a tény is, hogy tudomásom szerint valamennyi fertőző betegség csakis a placentán keresztül jut az utódra; éppen a syphilis lenne tehát a kivétel? Az említettekől következik, hogy egyenesen az apáról sohasem ugorhat át a lues a gyermekre, annak feltétele mindenkor az anyának syphilitikus betegsége. De nemcsak a megdönthetetlen világos postconceptionalis syphilis bizonyítja a diaplacentaris átvitelt. Bizonyítja azt az anyák védett volta a gyermekük syphilitikusával szemben is. Sokáig éppen ez utóbbi észlelés volt az ellentábor legerősebb fegyvere, hiszen számos esetben éppen azt látták, hogy az apa biztosan lueses, a megszületett gyermek is lueses és az anyán syphilitikus tünetek mégsem voltak találhatóak. Ezt úgy magyarázták, hogy az apától közvetlenül — *ex patre* — syphilitussá vált gyermek az egészségesen maradt terhessége közben immunissá teszi a syphilissel szemben. Itt kapcsolom be azt, hogy a nagy ír sebész, *Ábrahám Colles* 1837-ben egyik munkájában csak éppen megemlíti, hogy ő sohasem látta, hogy a világrahozott lueses gyermek megfertőzte volna az anyját, még akkor sem, ha a gyermeknek lueses szájtünetei voltak. Ezt a megfigyelést *Baumès* vizsgálataival tovább fejlesztette és valószínűsítő törvénnyé emelte, ami a mai nap is mint *Colles—Baumès-törvény* ismeretes. Ma már azonban a törvénynek egészen más értelmezése van, mert vérvizsgálatokból tudjuk, hogy a teljesen tünetmentes, egészségesnek látszó anyák, akiknek syphilitikus gyermekük születik, csaknem 100 %-ban pozitív reactiót adnak. Ha tehát immunitásról van szó, az csakis ú. n. fertőzéses immunitás lehet, másszóval az anya maga is syphilitikus.

Pár szóval kell hogy kitérjek arra a tévhitre, mely szerint az anyai syphilis korával a fertőzői képesség a gyermekre vonatkozóan arányosan csökkenne, illetve a fertőzés foka idővel enyhülne. Ez a *Diday—Kassowitz-féle «regula»*, némelyek szerint »törvény« ily értelemben hibás, pedig évtizedek óta szeltében citálják. Eszerint a syphilitikus nő eleinte abortál, később halott magzatot szül, még később időre szül, de a gyermek még syphilitikus, míg végül egészséges gyermek születik. A valóság pedig az, hogy a betegség átvitele gyakran egészen rendszertelen (*Boas* és *Gammeltoft*, *Boas* és *Rönne*). *Boas* statisztikájában azt is látjuk, hogy a 4. és 20. év között egész tervszerűtlenül megy át a baj a kezeletlen anyáról az utódra.

Már említettem, hogy a korai szokványos abortushoz voltaképpen kevés köze van a luesnek. Tudjuk, hogy még ma is sok orvos, mihelyt habitualis korai abortusról hall, azonnal syphilisre gyanakodva felfigyel. Szerencsére azonban — mert a prophylaxisra nézve nagy horderejű —

minden jel az újabb kutatások szerint arra mutat, hogy a syphilis a méhgyümölcsre az 5. terhességi hónap előtt nem megy át. Az újabb irodalomban nem akadunk adatra, mely a korai abortus okát a syphilitikus fertőzésre tudná visszavezetni. *Thomsen* alapos vizsgálatai (foetus és placenta) kimutatták, hogy világrahozott syphilis esetén kórbonctani elváltozások általában csak a 7. hó után találhatók, syphilitikus folyamat mindenesetre az 5. hó előtti abortusnál soha meg nem állapítható. Nagyjában erre az eredményre jutott később *Trinchese* és *Baisch*. A legtöbb újabb vizsgálat, valamint *E. Hoffmann* széleskörű ezirányú körkérdéseire jött valamennyi válasz azt állapítja meg, hogy a terhesség első felében *Spirochaeta pall.*-át nem sikerül a méhgyümölcsön kimutatni és azon makro- és mikroszkopiai elváltozások sem találhatók. Egy időben ennek megcáfolására sokat idézték a *Gräfenberg* híres esetét, hogy hiszen e szerző már egy a negyedik hónapra eső abortuson állapíthatta meg biztosan a *Spirochaeta* leletet. Nos, *E. Hoffmann* ennek az adatnak utánajárva, magától a szerzőtől tudta meg, hogy ez esetben is a méhmagzat kora a 4. hó végére esett. Úgy látszik, hogy az emberi pete az első hónapokban a külső burkát alkotó sejtekben lezajló élénk biológiai fermentatív folyamatok által jól védett (*E. Hoffmann*). Újabb *Döring* is egyedül a diaplacentaris átvitelt veszi fel, a magzat legkorábbi fertőzését pedig csak a 4. hó közepétől kezdve tartja lehetségesnek, de rendszerint az átvitel csak a terhesség második felében megy végbe.

Érdekesek a placentára vonatkozó adatok is. A placentának bizonyos elváltozásai, mint pl. az oedéma, sejtburjánzás, beszűrődések, tályogok a bolyhokban, továbbá a köldökzsinóron található gócos folyamatok (phlebitis, arteriitis, stb.) egymagukban még nem bizonyítók luesre, hanem csak gyanújelek. Az igazi bizonyíték a *Spirochaeta pall.* kimutatása a placentában. A placentában a *Spirochaeta* általában a magzati részben (bolyhok) vannak bővebben jelen, a placenta maternában kisebb számban vagy egyáltalán nem (*Ménétrier* és *Rubens Duval*, *Mohn* és mások) található. A legnagyobb syphilitikus placentaanyagot dolgozó *Trinchese* és *Baisch* azonban mindenkori a placenta maternában is találtak *Spirochaeta*-t. A legfontosabb, hogy e két utóbbi szerző pos. *Spirochaeta*-leletet adó vizsgálati anyagában oly placenta is voltak, melyek ú. n. »Colles anyáktól« — tehát tünetmentes anyáktól — származtak. Ez tehát ugyancsak bizonyíték annak, hogy a Colles-anyák is bizonyosan syphilitikusok. Azt a jelenséget, hogy a foetalis placenta jóval több kórokozó található fel, *Ritschel*-lél úgy magyarázzuk, hogy az anyai szövet nem oly jó táptalaj a *Spirochaeta*-t számára, mint a magzati.

Az átvitel mindenkori a luesesen megbetegedett placenta keresztül megy végbe. Ha a lueses terhes nő placenta-ja épségben marad, akkor ez maga oly hatalmas védőgát, melyen a kórokozó nem mehet át a magzatra. A placenta syphilitikus éppoly tünetnek tartjuk, mint más lueses tünetet és tudnunk kell, hogy mihelyt a placenta megbetegedett, akkor az, mint a romlott szűrő a kórokozót nem képes többé visszatartani. A foetalis megbetegedés annál korábbi és annál súlyosabb, minél korábban betegszik meg az anyai és ezzel kapcsolatban a foetalis placenta.

A cong. lues prophylaxisa szempontjából végtelenül fontos annak megismerése, hogy az anya syphilitikus terhességének első felében még nem megy át a magzatra, hanem csak a másodikban. Ezáltal sokkal könnyebb a küzdelmünk, hiszen a gyakorlatban az első hónapokban álló terhesek legtöbbször nem is kerülnek az intézetek és intézmények megfigyelése alá, tehát vizsgálat hiányában esetleges betegségük sem állapítható meg. A most említett adatok birtokában tehát megtudjuk, hogy a luesnek későbbi könnyebb felismerésével a szükséges megelőző praenatalis kezelés igen gyakran még nem készt el, csak hogy azután minél

erélyesebben menjen is az végbe. A leírtakból következik, hogy a cong. syphilis leghatásosabb prophylaxisa az anya gyógykezelésével kezdődik és a legfontosabb, hogy az éppen a terhesség folyamán menjen végbe. Egyedül a syphilitikus apának gyógyítása, még ha az anya látszólag egészséges is, tudománytalan eljárás, sőt egyenesen műhiba!

Fölmerül még a kérdés, hogy a syphilitikus férjnek egészségesnek talált feleségét kell-e megelőzés céljából kezelni? A nézetek igen eltérők s a Párizsban tartott IV. francia nyelvű gyermekorvosi congressuson (1924) pl. *Tixier* határozottan a terhes asszony prophyl. kezelését követelte. Én teljesen elhibázottnak tartom ezt a követelményt, mert amíg nem tudjuk, syphilitikus-e valaki, azt fölöslegesen nem szabad kezelni, hiszen a kezeléssel stigmatizáljuk az illetőt. E nézetben van *Boas*, meg *Carle* is.

A cong. syphilisnek a terhes nők kezelésén alapuló prophylaxisa az arsenobenzol készítmények (salvarsan, revival stb.) felfedezése óta jár a legnagyobb sikerrel. Tudjuk, hogy már a régi kénes kezelés is igen jó eredményeket adott, *Boas* és *Gammeltoft* adataiból tudjuk azonban, hogy az arsenobenzollal kezelt syphilitikus gravidák gyermekein háromszor olyan jó eredményt lehet megállapítani, mintha az anyákat csak kénesóval kezelték volna. Legjobb eredményt a kombinált kezeléssel érhetünk el, amikor az arsenobenzol készítményen kívül egyidejűleg valamilyen bismut- v. kénesópraeparátumot is adunk. Ne felejtsük el azonban azt, hogy kombinált kezelés esetén is mindenkori az arsenobenzolon van a hangsúly. Az arsenobenzol nagyserű prophylaktikus hatását számtalan tapasztalat igazolja. Így *Almkvist* Stockholmban megfigyelte, hogy míg 28 kezeletlen syphilitikus anyának 27 lueses gyermeke született (96%), addig viszont egy másik csoport vizsgálatánál azt találta, hogy 26 lueses nő csaknem az egész terhessége folyamán kizárólag arsenobenzollal kezelve, azok 26 jól fejlett, egészségesnek látszó gyermeket hoztak a világra. Az eredmény tehát száz százalékban volt kedvező. A két csoport között levő különbség oly szembeűnő, hogy nincsen hozzátennivaló. Éppen ilyen meggyőzők *Findlay* tapasztalásai Glasgowban. 50 syphilitikus nőt terhessége folyamán salvarsannal kezelt és az eredmény az volt, hogy az 50 terhesség 47 egészséges gyermek születésével végződött (94%). A gyermekek egészségi állapota több esetben a 10. életévig állt ellenőrzés alatt. Kopenhágában *Jersild* és *Kristjansen* 100 lueses terhest kezelt kénesóval v. bismuttal kombinált salvarsannal és az eredmény oly jó volt, hogy megszületett 100 gyermek közül 94 egészséges volt. A négy halott magzat közül is tulajdonképpen csak egyre lehetett a syphilitikus reá bizonyítani. *Laurent* tapasztalása szerint a syphilitikus anyák gyermekei közül a mortalitás 12% akkor, ha a graviditas idején kezelés történik, ellenben 75%-os a halálozás, ha a syphilitikus anya terhessége kezelés hiányában folyt le.

Saját vizsgálataim is ugyanezt az eredményt mutatják. 140 syphilitikus terhes nőbeteg, aki terhessége alatt kezelésben állott, 124 (88,6%) egészségesnek látszó gyermeket szült és csak 16 (11,4%) hozott syphilitikus gyermeket a világra. Ezzel szemben ugyancsak osztályomon azt tapasztaltam, hogy 46 kezeletlen syphilitikus terhes nő 40 syphilitikus magzatot hozott a világra és csak 6 ízben olyan gyermeket, aki a luesnek semmi jelét nem mutatta. A syphilitikus utódok számaránya tehát 86,9% volt. Ez éppen fordítottja, tükörképe annak, amit a kezelt lueses nők esetében láttunk. Hasonló eredményt mutatott fel nálunk *Matusovszky* egy érdemes munkájában, a külföldön *Rasch*, *Seitz* és mások.

Az antenatalis kezelésnek hatása kettős, mert az egyfelől meggátolja a fertőzés átvitelét a foetusra, másfelől, ha ez a célkitűzés nem sikerült és a méhmagzat mégis megkapta a syphilitikus, már a méhen belül gyógyítja a beteg foetust. Ez utóbbi eset magyarázatára felemlítem, hogy *Kraul* és *Bodnár* az antilueses kezelésnek a foetusra gyakorolt hatására

vonatkozó vizsgálataiból tudjuk, hogy arsen és bismut a magzat szerveiben, vérében és a magzatvízben is kimutatható s így e szerek gyógyhatása könnyen érthető. Fontos tudnunk, hogy az arsenobenzol és a bismutnak a foetusra történő átmenetele a placenta sejtjeinek activ működésével megy végbe, nem pedig talán osmosis vagy diffusio útján.

A cong. syphilis megelőzése céljából tehát legfontosabb, hogy az anya terhessége folyamán kapjon antilueses kezelést, mindenképp egy jó arsenobenzol készítményt és pedig még akkor is, ha latens luese régi eredetű. Ezt annál is inkább kell követelnünk, mert mint láttuk 20 éves, sőt még régibb lues esetén is átmehet a fertőzés anyáról gyermekre, pedig időközben az anyának esetleg már egészséges gyermeke is születhetett. Szerencsére azonban az ilyen késői átvitel nagyon ritka.

A praenatalis kezelés nagyszerű eredményeit látva, nyugodt lelkiismerettel mondhatjuk, hogy lues miatt a terhesség megszakítását nem tartjuk indokoltnak és megengedhetőnek. *Buschke* és *Gumpert* bizonyos megszorítással ugyan némely esetben (socialis nyomor, idegbetegsége való hajlam) megengedhetőnek tartja a terhesség megszakítását. E nézetet elvetem és *Kahl*-nak egyedül helyes felfogását vallva, csakis a szigorú *orvosi indiciót* (az anya megmentése, életveszély elhárítása) fogadom el a terhesség megszakítására. Nem fogadható el *Zumbusch* véleménye sem, aki pedig nem tagadja a prophylaxisos kuráknak nagy sikerét, hogy a fogamzást meg kell akadályozni, mert ez a legbiztosabb prophylacticum. Fényes eredményeink birtokában természetesen elvetendő *W. Nonnenbruch* tanácsa is, mely szerint syphilises nők ne lépjenek házasságra, ill. ha házasságot mégis kötnek, az első terhességeiket meg kell szakítani. Nyilvánvaló, hogy ez nemcsak fölösleges, de különben is a büntetőtörvénybe ütköző cselekvés volna.

Ezek után természetesen felmerül a jogos kérdés, hogy valóban egészségeseknek tartjuk-e ezeket a klinikailag és serologialag teljesen tünetmentes és egyébként is jókarban levő csecsemőket? A hosszú tapasztalás visszatart engem attól, hogy minden habozás és fenntartás nélkül valamennyi ilyen gyermeket bizonyosan egészségesnek nyilvánítsak. De igen sok kedvező adat szól amellett, hogy azok a gyermekek, akiknek anyja a terhesség folyamán erőlyesen és elsősorban arsenobenzollal kezeltetett, jórészen valóban luesmentesek. Ezt leginkább a hosszas, évekre terjedő megfigyelések egész sora látszik bizonyítani. Ezt mutatja *Ahman* tapasztalása is, akinek megfigyelései 2—7½ évre terjednek, továbbá *K. Marcus* megfigyelése a stockholmi *Welandér-Otthonban* (*Lilla Hemmet*).

A praenatalis kezelés a veleszületett lues felismerését természetesen megnehezítheti. Az erőlyes chemiai gyógyszerek átmenve a placentán, a foetus esetleges luesét vagy csirájában elpusztítja, vagy legalább is latenssé teheti, amiért is az a megszületés után felismerhetetlenné válhatik. Ez a zavart keltő lehetőség bizony el nem utasítható. Érdekes, hogy *Erwin Mayer* állatkísérletekkel ki tudta mutatni, hogy míg az ép placenta nem engedi keresztül az arsenobenzolt, addig a syphilises átterjeszti azt. Mivelhogy tehát az egészségesen maradt gyermek a csak tünetmentestől néha bizony bajosan, illetve egyáltalán nem különböztethető meg, a döntést a hosszabb megfigyelésekre kell bízunk. Ez azonban legalább is egy fél, illetve egy évig tartson. Néhány hónapos megfigyelés nem elegendő. Nyilvánvaló, hogy e megállapításból azt a következményt is le kell vonni, hogy ilyen teljesen egészségesnek látszó gyermekeket idegen dajka nem szoptathat. Mivel azonban a nagy gyakorlatban kórházakban és általában a szegénysorsú néprétegekben a kívánt hosszúságú megfigyelés alig hajtható végre, illetőleg nem biztosítható, biztonság okából leghelyesebb

mindjárt a szülés után az anyával együtt a gyermeket is kezelésbe venni. E nézetet vallom már régen, mely különben egyezik *Ehlers, E. Hoffmann, Klasten, Fischl, Opitz, Marcus, Rossivanszky* és *Pelewina* felfogásával. *Klasten* szerint a praeventive kezelt gyermekek között ritkább a szellemileg gyöngébben fejlett. Az egészségesnek mutatózó gyermek praeventiv kezelése főként akkor volna szükséges, ha az anya a terhesség idején aránylag kevésbé vagy sehogy sem volt kezelve. Más helyzet azonban, ha a teljesen tünetmentesen született és egészségesnek látszó gyermekek *állandó szakszerű ellenőrzése* hónapokon, sőt éveken keresztül *biztosítva van*. Ilyenkor teljesen jogosult, ha az orvos a gondos megfigyelés eredményétől teszi függővé, hogy kell-e egyáltalán kezelés. Praenatalis kezelésünk nagy értéke éppen a hosszas észlelések negativuma által válik bizonyítottnak. Ilyen, de csakis ilyen körülmények között a tisztán megfigyelő eljárást ajánlom, amint azt igen sok, ezzel a kérdéssel behatóan foglalkozó szerző is teszi. (*Almqvist, Ahman, Boas és Gammeltoft, Bang és Dorf-Kjeldsen, Jersild és Kristjansen, Neugarten.*) Látnivaló, hogy ebben a kérdésben is milyen fontos a kellő mérlegelés.

A gyermekek, ha anyjuk luesével nem fertőződtek, éppen oly értékűek, mint az egészséges szülőktől származottak. Ama szerzők nézetét, hogy a syphilises apa gyermeke anélkül, hogy az anyja vagy ő maga lueses volna, bizonyos degeneratiós bajokra hajlamos, határozottan elvetjük, mert vagy átmentek a spirochaeták a magzatra s akkor a gyermek lueses, annak minden eshetőségével, vagy elkerülte a gyermek a cong. luest és akkor semmiben sem különbözik más egészséges gyermektől. A degeneratiós jelek és bajok függetlenül jelentkeznek és luesre nem jellemzők.

Mindezen ismeretek alapján legfőbb törekvésünk a prophylaxis kérdésében oda kell hogy irányuljon, hogy lehetőleg minden terhes nő idejében megvizsgáltassék és a köztük talált luesesek a terhességi idő legnagyobb részében antilueses kezelésben részesüljenek. Tekintve, hogy a lueses anyák legtöbbje tünetmentes állapotban kerül az orvos elé, mindenkor feltétlenül szükséges, hogy a serologiai reakciókat is igénybe vegyük. De itt fontos az óvatosság. Terhesség alatt ugyanis megváltozik a vér chemismusa, elsősorban annak lipoidtartalma, aminek következtében nemfajlagos komplementkötések terheseken, vajúdoikon és gyermekágyasokon gyakrabban észlelhetők, ami pedig téves diagnosishoz vezethet. Magam részéről ezért, ha klinikai tünetet nem találok, az anamnesis pedig negatív, egyetlen pozitív vérvizsgálati eredmény alapján sohasem állítom fel a syphilis diagnózisát és csak ismételt pozitív seroreactio alapján veszem fel azt, mert viszont tudjuk, hogy e nemfajlagos kötések nem állandóak. Mindezek figyelembevételével bizonyos, hogy a serologiai vizsgálatok éppen a lueses terhesek felkutatásában viselik a legfontosabb szerepet, hiszen említettem, hogy a lueses terhesek nagy része egyébként tünetmentes. Szerencsére e nemfajlagos reakciók, melyek zavart kelthetnek, nem oly gyakoriak (5—10%).

Tekintve azt, hogy a syphilis mindig súlyos ártalmat jelent az utódokra, másrészt figyelembe véve azt, hogy a praenatalis kezeléssel milyen kiváló eredményt lehet elérni, a cong. syphilis modern prophylaxisa a következő intézkedéseket követeli. 1. Minden áron rajta kell lennünk, hogy a terhes nők közül a syphilisesekeket felkutassuk. 2. Ebben a munkában minden orvosnak részt kell vennie, legtöbbet azonban az intézetek, kórházak, klinikák érhetnek el. Nagy feladat hárul itt a nagy országos egészségügyi intézetekre és intézményekre, aminő az Országos Stefánia Szövetség, az Országos Társadalombiztosító Intézet, az Országos Közegészségügyi Intézet, az Egészségvédő Intézetek hálózata stb. A világrahozott syphilis prophylaxisának nagy sikerét jelenti, hogy mindezek az említett hatalmas szervek és

egyéb egészségügyi intézetek ezt a feladatot a legnagyobb körültekintéssel és gondossággal oldják meg. E helyütt kiemelem, hogy törekvéseink, melyekkel a cong. lues prophylaxisát propaganda útján kívántuk szolgáltni, e nagy országos szervezetek részéről a legteljesebb visszhangra találtak. Midőn ezt a kérdést három év előtt az Orsz. Közegészs. Egyesület Antiveneriás Bizottságába tárgyalás alá vittem, nagy elégtétellel láttam, hogy mily melegen és szakavatott megértéssel karolták fel ezt a végtelenül fontos kérdést. És ezt azóta is minduntalan tapasztalom. De a lényeges az volt, hogy e nagy intézmények a prophylaxis kérdését a legalaposabban és nagy sikerrel a gyakorlatba is átültették. Tíz éve annak, hogy e kérdést először vittem az Orvos-Egyesület elé, miután *Matusovszky* és később magam a valóban jó eredményeinket már előbb nyilvánosságra hoztuk. És ma már annyira átment az orvosok vérébe ez a prophylaxisos követelmény, hogy alig képzelhető el intézet és intézmény, ahol terhesek megfordulnak, hogy nyomban a legáltalánosabban a gravid nők esetleges syphillise után ne kutatódnának. De az eredmény nem is maradt el, mert javulást az egész vonalon tapasztaltunk. A praenatalis kezelés áldásos eredményének legszebb elismerését kitűnő professorunk, *Tóth István* szájából hallottam, amikor azt mondta, hogy klinikáján a legnagyobb örömet már nem is egyes egyes, virtuózus műtét sikere okozza, hanem az a sok-sok egészségesen megszületett csecsemő, akik azért, hogy syphillises anyjuk a terhesség folyamán kezelés alatt állott, anyjuk betegségét elkerülték. Tudjuk, hogy a terhesek között a syphillis előfordulása társadalmi réteg, város és országrész szerint változik. Európai kulturállamokban a terhesek között a syphillis előfordulási arányszáma 5—10% között mozog. Általában azonban úglátszik, hogy a lueses anyák száma az utóbbi időben csökkenőben van, megállapította ezt pl. Moszkvára nézve *Rossivanszky* és *Pellewina*. Érdekes e tekintetben *E. Hoffmann* tapasztalása is, aki 1909-ben Halle-ban a terhesek 20%-ban, 1910-ben Bonnban 10%-ban talált luest, viszont mostanában ez utóbbi városban a lueses anyák számát már csak 5—6%-ra teszik. *Spiegler* a frankfurti női klinikán megforduló terhesek közül 1924-ben még 7.3%-ban talált luessel fertőzöttet, 1930-ban már csak 3.3%-ban. 3. A lues prophylaxisában nagy szerepet játszik a felvilágosítás és ezért minden beteget figyelmeztető lappal kell ellátni. 4. Felismerés esetén a lueses anya valamennyi terhessége folyamán lehetőleg két kombinált arsenobenzolos kurát végezzen.

Amikor és ahol ezeket az irányelveket a legnagyobb következetességgel és a lesgigorúbban végrehajtják, a cong. lues-esetek száma a minimumra fog csökkenni, sőt teljesen azon szerzők nézetén vagyok, hogy minden lehetőség meg van arra nézve, hogy a cong. syphillis teljesen megszűnhet.

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

A szív-tájéi fájdalomról.

(Klinikai előadás.)

Irta: *Boros József dr.*, egyetemi rk. tanár, adjunctus.

(Folytatás.)

Mindaz, amit az anginás fájdalomról eddig mondtam, sok tekintetben vonatkozik arra a fájdalomra is, amit a coronariahálózat egyik ágának elzáródása okoz, mégis jellemző különbségekre kell a figyelmet felhívnom. A szívinfarctust kísérő fájdalom minden tekintetben a legnagyobb, a legsúlyosabb szokott lenni. Jellege általában az anginás fájással azonos. Helye közönségesen a sternum, de igen gyakran annak alsó része, akár a gyomorgödör tájéka, szemben az anginás fájdalom kissé magasabb localisatió-

jával. Kezdeté legtöbbször hirtelen, váratlan, bár gyakran mintegy figyelmeztetésképpen kisebb prodromalis fájdalom vagy szorongás előzheti meg órákkal, de napokkal is előbb. Keletkezésének körülményei is különböznek, mert nem testi megerőltetéshez, izgalomhoz stb. kötött; keletkezéséhez külső ok nem kell, bármikor, bármely körülmények között támadhat, gyakran éjjel, alvás közben is. A fájdalom rendszerint rendkívül erős, nagyon gyöttrő és úgyszólván mindig nagy szorongás és kínzó halálfélelem kíséri: a betegek tudják, hogy halálos betegek és biztosra veszik, hogy meg fognak halni. A fájdalom tartama rendszerint hosszú, órákig, sőt napokig tart, lassanként csökken, nem múlik el hirtelen, mint az az anginában gyakori. A kisértés hasonló, mint az anginás fájdalomnak, de a jobb vállba és mindkét karba egyszerre történő irradiatio gyakoribb, mint anginában. Atypusos localisatiót is többször látunk; abdominalis typus gyakori és a téves diagnózis ezért sokkal többször fordul elő. Mivel előadásom tárgya csakis a fájdalom, azért egyéb tünetekre, melyek az egyszerű anginától való elkülönítésre alkalmasak, nem térhetek ki, de meg kell említenem, hogy az esetek nagy részében a fájdalmat súlyos shok kíséri, ami a kórképnek ijesztően súlyos jelleget ad és élesen elkülöníti az anginától. Az egyéb kísérő jelenségek közül, melyek szintén jellemző különbséget tesznek, legyen megemlítve, hogy míg az anginás beteg roham után ismét munkaképes, addig a restitutio a coronariathrombosis okozta fájdalomroham után szerencsés esetben is csak sokára következik be. Az ilyen beteg a fájdalom szüntével továbbra is betegnek érzi magát, legtöbbször ideiglenesen vagy véglegesen munkaképtelen marad vagy munkaképessége maradandóan csökken.

A baj természetéből következik, hogy szívinfarctus fájdalomrohama nem ismétlődhet meg sokszor, mint az anginás fájdalom. Az első »nagy roham« sok esetben — legalább az esetek felében — halálos, de ha szerencsésen túléli is a beteg, a második vagy harmadik rohamnak rendszerint áldozatul esik. A coronariathrombosis kórképének központjában — mint az anginának is — kétségkívül a nagy fájdalom áll, és mégis előfordul súlyos, sőt halálos coronariathrombosis, amidőn a fájdalom teljesen hiányzik. Magam is észleltem ilyen nagyon súlyos, lassan gyógyuló esetet, amidőn szív-tájéi fájdalom nem volt. Fontos, hogy ilyen esetekben a halálfélelem mindig és a shok legtöbbször megvan. Az ilyen esetek diagnosisa nagyon nehéz lehet; ne felejtjük azonban, hogy a halálfélelem a betegség szíveredetét jelenti, mert — mint említettem — ahhoz kötött jelenség. Az elektrokardiografia döntő fontossága ilyen esetben ma már közismert tény.

Bár a tapasztalati és kísérleti tények egész sora áll rendelkezésünkre, melyek alkalmasak lehetnek arra, hogy az anginás fájdalom okát, létrejöttének módját magyarázzák, mégis azt kell mondanunk, hogy az anginás fájás mechanizmusát magyarázó valamennyi felfogás — a nézetek még ma is sokban eltérők — alig nevezhető többnek, mint hypothesisnek. Az a nézet, mely szerint a fájdalom valamiképpen a koszorús erek betegségével függ össze, a legrégebb (*Jenner, Parry*) és úglátszik, ma is a legáltalánosabb. A sok érv közül, mellyel a coronariahypothesis hívei igazukat bizonyítani igyekeznek, legyen szabad néhányat megemlíteni. Az anginás és a coronariathrombosis (szívinfarctus) kísérő fájdalom nagyon hasonló és ez a hasonlóság az anginás fájás coronariaeredete mellett nyomós érv; nyilván a két fájdalom lényegében azonos. Az anginás betegek koszorús erei úgyszólván mindig betegek voltak azon esetekben, melyekben ez a boncolással ellenőrizhető volt. Legvalószínűbb az, hogy a szív vérkeringésének elégtelensége a fájdalom oka, a szívizom anoxaemiája (*Resnick, Mackenzie*), mely felfogást bőségesen támasztják alá klinikai tapasztalatok és kísérletek. Az intermittáló

sántítás nagy hasonlósága az »effort anginával« olyan szembetűnő, hogy *Bittorf* »dispragia cordis intermittens«-ról beszél. *Lewis* nagyon alapos kísérletei, melyekben a végtagizomzat működésében való ischaemiássá tételével ilyen izomfájdalmat hozott létre, bizonyítják, hogy a működő ischaemiás, anoxaemiás izom fáj, nagyon megerősítik ezt a felfogást. A szív vérellátásának zavara vezet tehát a fájdalomhoz és a szűkült koszorús erek mellett ez mindenkor létrejöhet, ha a szív fokozott működésre kényszerül: az effort angina észszerű magyarázata. Az újabb idők tapasztalatai szerint az anginás rohamban az Ekg. kamrakomplexuma is megváltozik, ami a fájdalom szívizomeredetét bizonyítja.

Ilyen felfogás mellett és az említett tények birtokában, sok szív táji fájdalomra kaphatunk magyarázatot akkor is, amikor a koszorús erek organikus betegségére egyébként támpontunk nincsen. A sportemberek anginaszerű szív táji fájdalma, különösen nagy sportteljesítmények (hosszútáv futás, evezés) kapcsán magyarázható volna, tisztán úgy, hogy a túlságos munkateljesítményhez a coronariakeringés — még ép coronariahálózat mellett — sem tud alkalmazkodni. Kétségtelen, hogy a hypertrophiás szívhez a coronariahálózat bizonyos fokig alkalmazkodik; az erek tágulnak, az anastomosisok fejlődnek és mégis úgylátszik, ennek az alkalmazkodásnak határai vannak. De a vasomotorrendszer, végeredményben a vegetatív idegrendszer állapota, a vasomotorreflexek hiánytalan működése elsőrangú fontosságú valamely szerv vérellátásának zavartalan biztosításában. A fiatakorúak angináját, ahol a coronariabetegség legtöbbször nagy valószínűséggel kizárható, a vasomotorok rendellenes működése következtében létrejövő keringési zavarral, izomanoxaemiával szokás magyarázni (*Lewis*). Az »angina pectoris vasomotoria« ez a körkép és sokan úgy vélik, hogy a koszorús erek múló görcse okozza a fájdalmat, akár azért, mert az ilyen görcs maga is fájhat, akár a következményes ischaemia által; újabbban nem kisebb tekintély, mint *Edens*, hangsúlyozza a coronariagörcs fontosságát. A coronariagörcs által okozott vagy anélkül is beálló ischaemia éppen úgy halált okozhat, mint a coronariathrombosis, ha nem csak pillanatokig, hanem percekig tart; a halál oka valószínűleg a kamrák fibrillálása.

A szívizom vérellátásának zavarával igyekszik magyarázni *Hochrein* a bal vénás szájadék szűkületében szenvedő betegek szív fájását is; a billentyű és a rostos gyűrű zsugorodása a bal coronariaszájadék vongálása révén okozná annak szűkületét. Vitiumos betegeknek egyébként alig van szív fájásuk; az említetten kívül talán csak az aorta vitiumos betegek egyike-másika panaszkodik fájdalomról, amelynek lehetséges okairól később még lesz szó.

A fentiekben tehát sok olyan momentumot említettem meg, mely a coronariahypothesis helytálló voltát támogatja, bár az említettek ezen felfogást támogató érveknek csak kis részét teszik. Magam is azt hiszem, hogy a szív vérellátásának zavarában kell keresnünk a fájdalom okát; ilyen módon lehetségessé válik a legkülönbözőbb körülmények között keletkező, de azonos jellegű szív fájást is közös nevezőre hozni, holott ezen felfogás nélkül ezekre magyarázatot találnunk gyakran nem sikerül. A súlyosan anaemiás beteg szorongó szív fájdalma, az egészséges ember túleröltetésekor támadó dyspnoeával társuló szorongó érzése, sőt sternum táji fájdalma, a hypertrophiás atlétaszív korán bekövetkező anginás fájdalma éppen úgy magyarázatot kapott, mint a coronariasclerosisban, aortaluesben szenvedő beteg súlyos anginája — utóbbiban a coronariaszájadék szűkületé az ok — valamint a coronariathrombosisal járó nagy fájdalom. A szívizom anoxaemiája mindezen esetben több, mint valószínű, akár a vér haemoglobinszegénysége, akár a coronariarendszer viszonylagos

vagy abszolút szűk volta, akár a koszorús ér valamelyik ágának elzáródása okozza is azt.

Mindazonáltal igen tekintélyes cardiologusok nincsenek ezzel a magyarázattal egészen kielégítve és igyekeztek a fájdalom keletkezésének más magyarázatát is adni speciálisan a gyakran visszatérő, gyorsan múló anginás rohamokban. *Albutt* teoriája szerint, melyet *Wenckebach* fejlesztett tovább, a fájdalom helye nem a szívizomban, nem a koszorús erekben, hanem az aortában, főképpen pedig annak kezdeti részén keresendő. Az »aortalgia« lehetősége nem tagadható; aortaluesben szenvedő betegek gyakran panaszkodnak nyomásról, fájdalomról, oppressióról és a fájdalmat a sternum, legtöbbször a manubrium sterni mögött érzik. Mert az aorta falában érő idegvégződések és *Pacini*-testek is vannak, kézenfekvő a feltevés, hogy a fájdalom aortaeredetű is lehet. Kétségtelenül van sok érv, ami az aortahypothesist támogathatja, de ezek viszont nem szólhatnak a coronariaelmélet ellen. *Wenckebach* azt gondolja, hogy az effort anginának postulatuma a vérnyomás fokozódása rohamközben; a vérnyomás krízisszerű extramelkedése az aorta falának feszítése útján vezetne fájdalomhoz. *Wenckebach* úgy véli, hogy roham alatt az aorta acut és múló tágulását ki is tudja mutatni egyszerűen kopogtatással, de röntgenátvilágítással is; meg kell említenem, hogy ez nekem gyakori utánvizsgálás dacára egyszer sem sikerült, úgy, hogy bizonyos kétségeim vannak ezen lelet helyességét tekintetében. A vérnyomás extramelkedése anginás roham alatt csakugyan nagyon gyakori, ámde korántsem állandó jelenség; magyarázata azonban másképpen is lehetséges és valószínű, hogy a fájdalom azt reflexes úton váltja ki. Hogy ez a feltevés valóban jogos, azt egy saját észlelésem kapcsán is láttam; szívinfarctus kapcsán jelentős extramelkedést észleltem, 150 Hgmm-ről a systolés nyomás 190-re szökött fel és néhány óra hosszat ezen a nívón maradt. A beteg nyolc nappal később a kamraseptum rupturája következtében hirtelen halt meg. Ezen esetben a fájdalmat biztosan a coronaria elzáródása okozta; a vérnyomás extramelkedésének magyarázatára nem marad más lehetőség, mint a fájdalom okozta reflexes úton támadt vegetatív idegrendszeri, vasomotoros izgalom.

Az aortalgia kérdése tehát ma korántsem tisztázott. Aortitis syphilitica esetében csakugyan van fájdalom, de erre vonatkozólag is eltérők a vélemények. *Grau* szerint csak akkor fáj, ha a tágult aorta a szomszédságot nyomja, *Huchard* pedig periaortitisre gondol. De aortitisos beteg gyakran csak állandó, ritkán szünetelő nyomó fájdalomról panaszkodik a manubrium sterni mögött, mely ritkán heves, nagyobb fájdalom, ami nagyon gyakran nehéz légzéssel vagy annak érzésével jár együtt, különösen munkavégzéskor, lépcsőjáráskor. A fájdalom később hasonlóná válhat az effort anginához és gyakran a fájdalom helye is más lehet, az mélyebben, a sternum alsó fele mögött is támadhat. *Schlesinger* szerint halálfelelem érzésével az ilyen aortalgia rendszerint nem jár és ez egyik oka annak, hogy számos szerző ezt a stenocardiás fájástól, az anginától elvileg különválasztja (*Romberg*, *R. Schmidt*, *Wenckebach* stb.); mindazonáltal igen gyakran fordulnak elő rohamok, melyek e tekintetben sem különböznek az anginától, mert kifejezett halálfelelemmel járnak. A fájdalom kisugárzása nagyobb fájdalomkor egyezik az anginás rohamban szokással.

Mindebből látjuk, hogy az ú. n. aortalgia és az angina (stenocardiás) fájdalom között sokban nagy hasonlóság van és számos kevert alakot, átmeneti képet észlelhetünk; éles, principialis különbség felállítása erőltetett és szerintem nem jogosult, mert lehetetlen. Annál inkább hiábavaló igyekezni ez, mert hiszen a lueses aortitis az esetek túlnyomó részében az aorta kezdeti részén támad

és legtöbbször a coronariák szájadékat is szűkíti, sőt gyakran azoknak teljes heges záródásához vezet. Valóban úgy van, hogy lueses aortitis mellett az anginás fájdalom legyszerűbb magyarázata a szívizomnak szűkületokozta rossz vérellátása és nyilván az esetek túlnyomó részében ez így is van. Az aortahypothesis lába alatt tehát alig marad talaj; kiegészítő hypothesisnek tekintendő azon kevés eset számára, ahol a coronariák betegsége mellett támpontot nem találunk, bár ez esetek is, mint arról szó volt, más módon is — a szív vérellátásának zavarával — magyarázhatók. Mai tudásunk szerint mindenesetre az aortahypothesis az, amelyik legkevesebb elfogadható érvel rendelkezik.

Mivel jelen előadásom a szívtáji fájdalommal, tehát csak egy tünettől foglalkozik, azért a gyógyításról szólva elsősorban a tüneti therapiát kell tárgyalnom, tehát a fájdalomcsillapítással kell foglalkoznom. Természetesen a fájdalomcsillapításnak sok módja van és ezek között az oki therapia, a fájdalom okának megszüntetése lényegesen fontos tényező, amiért is nem szorítkozhatunk teljesen a tüneti kezelésre, ha eredményes munkát akarunk végezni.

Minden fájdalom legjobb gyógyszere, a morphiium, a szívtáji fájdalom ellen is sokszorosan használatos és azt sokszor nem is nélkülözhetjük. E gyógyszer adásának bizonyos szabályai vannak, amit éppen esetünkben nem szabad figyelmen kívül hagyni. Morphiium a tartós fájdalom gyógyszere és éppen azért csak olyan szívtáji fájdalom esetén szabad adnunk, mely egyrészt túlságosan heves ahhoz, semminthogy más enyhébb analgeticum eredményes lehetne, és egyúttal tartós is, nem rövid idő alatt múló. A színinfarctussal járó kínzó, tartós fájdalom követeli a morphiiumot, adásának elmulasztása legtöbbször orvosi műhibának számít. E fájdalom oly kínzó, olyan tartós lehet, hogy gyakran a morphiium sem elegendő és amerikai szerzők kezdeményezésére a morphiium mellett jogosan valamely barbitursavkészítmény együttes adása is szokásos (luminal- v. sevenalatrium-injectio); Levine súlyos esetben narcosist (aether) is szükségesnek tart és intravenás evipanra is kerülhet sor. Szükséges a fájdalom megszüntetése ilyen esetben azért is, mert bizonyos, hogy a gyakran végzetes sokk előidézésében a nagy fájdalomnak is része van.

Morphium egyébként a szívtáji fájdalom csillapítására más esetben alig jön szóba; talán az acut pericarditis fájdalmát kell egyéb therapia mellett adott esetben vele csillapítani addig, míg — mint az rendszeren lenni szokott — az exsudatio növekedésével a fájdalom amúgyis megszűnik.

Az angina pectoris múló fájdalomrohamai ellen nem helyes morphiiumot adni; a fájdalom rendszeren szűnik, mielőtt a morphiium hatását kifejtheti, prophylacticus morphiium adásának pedig semmi létjogosultsága sincsen, csak arra való, hogy anginás betegünk morphinistává váljon. Nézetem szerint anginás betegnek, kinek múló, rövid ideig tartó rohamai vannak, bármilyen gyakran támadjanak azok és bármily heves fájdalommal járjanak is, morphiiumot akár injectioban, vagy per os adni kevés kivételtől eltekintve műhibával egyenértékű.

Az anginás fájdalom csillapítása, sőt megszüntetése is nagyon sokszor valamely nitrit-készítménnyel nagyon jól sikerül. A nitrit hatása (amyl-nitrit, nitroglycerin tabl., nitrolingual capsula, vagy egyszerűen 1%-os nitroglycerin-alkoholos oldat néhány cseppje a nyelvre cseppentve) legtöbbször frappáns, a fájdalmat szinte másodpercek alatt szünteti úgy, hogy szokásos a prompt hatásnak differentia-diagnostikai értéket tulajdonítani. Feltűnő az, hogy ha olyan betegnek adjuk, akinek csakugyan anginája van, kellemetlen kísérő tünetet nem szokott okozni, holott nem anginás beteg attól kellemetlen közérzettel járó vértolu-

lást, fejfájást stb. kap. Ismételen tapasztaltam, hogy anginás betegek eleinte ilyen kísérő kellemetlenségről nem panaszkodtak és később, midőn betegségük lényegesen javult, rohamaik enyhébbek lettek és ritkábban jelentkeztek, mindinkább előtérbe kerültek az említett kísérő kellemetlen érzések. E jelenségnek magyarázatát adni nem tudom, de előidézésében mindenesetre valamely vasomotoros reflexmechanizmusnak kell szerepelnie. Tény az, hogy a nitritek kitűnő hatását senki sem tagadhatja és mégis vannak bizonyos fokig ellenzői is, azért is, mert hatása néha nem kielégítő és nagyobb, súlyosabb rohamban sokszor cserbenhagy. Legutóbb Hochrein is felhívta erre a figyelmet és ismeretes előadásában kissé túlságosan kiemelte a nitroglycerin adott esetben tapasztalt hatástalan voltát, bár erről nemrég megjelent monographiájában még nincsen szó. Magam azt hiszem, hogy nagyobb fájdalom esetén adott esetben a nitrit hatástalanságának oka az lehet, hogy tulajdonképpen nem angináról, hanem szívinfarctusról van igen gyakran szó. Tény az, hogy anginás betegek között gyakori a nitroglycerinnel való abusus; az ilyen betegek, különösen az egyébként neurasthéniasok, határozott nitroglycerin evökké válnak és óriási mennyiségű gyógyszert fogyasztanak el nemcsak fájdalom esetén, de a fájdalomtól való félelmükben is. Sajnos azonban a nitroglycerin nem nélkülözhető; a fájdalom sokkal kínzóbb, semhogy annak adása elkerülhető lenne, mert az egyetlen szer, amivel csakugyan és momentán segíteni lehet. Tapasztalataink szerint a nitroglycerinevők leszoktatása nem nehéz feladat és legtöbbször egyéb therapia mellett — elsősorban a neurasthéniaának gyógyítása jön itt szóba — úgyis sikerül. A nitroglycerin mindegyképpen indokolt és olyan gyógyszer, amelynek hatásmechanizmusa is ismert, hatása jól magyarázható; akár a coronariahypothesis alapján állunk is, vagy az aortahypothesis hívei vagyunk, hatását egyaránt jól magyarázhatjuk.

Szívinfarctus fájdalma ellen nitritkészítmény hatástalan és mert a shock következtében a vérnyomás kicsiny, ellenjavalt is. Az ilyen betegnek fájdalomcsillapítás céljából morphiiumot kell adni, a keringést pedig tonogennal, euphyllinnel, coffeinnal, camphorral, esetleg intravenás strophantinnal igyekszünk javítani.

A szívfájdalmat okozó betegségek gyógyításával a fájdalom kóroki kezelését üzzük. A szívneurosis tüneteinek megszüntetésében tulajdonképpen mindig kóroki gyógyításról van szó, mert azt az általános ideges ingerlékenység, a neurasthenia gyógyításával érhetjük csak el. Az ilyenkor szokásos hydrotherapiás, gyógyszeres és suggestiv therapia számos eszköze között választhatunk és erre e helyen nem is térhetek bővebben ki. A gyógyszeres kezelésben bróm, luminal, esetleg arhythmias, vagy tachycardiás esetekben chinin és chinidin gyakran lesz szükséges, de azt hiszem, hogy ilyen betegnek bármely szert adni, amelyről köztudomású, hogy szívbajos vagy anginás betegnek szokásos adni, helytelen.

Aortitises beteg fájdalma antilueses kúrára gyakran gyorsan és igen lényegesen javul, nem egyszer teljesen megszűnik. Sokszoros tapasztalat, hogy salvarsan anginás rohamot válthat ki, sőt attól haláleset is fordult elő, amiért mi e szert csak nagyon óvatosan adjuk és csak olyan esetekben, ahol biztosan anginás rohamok, melyek a coronariaszájadékat szűkületét jelentik, nem szerepelnek a beteg panaszai között. Az antilueses kúra tehát elsősorban jóddal, bismuttal, kénesóval történjen, és csak ilyen előkészítés után nyúljunk adott esetben a salvarsanhoz, 0.05 gr-os kicsiny adaggal kezdve és óvatosan folytatva. Sajnos, kedvező eredményre nem mindig számíthatunk és nem ritka az sem, hogy betegünk fájdalma fokozódik, vagy gyakrabban támad a kezelés folyamán. Könnyen lehetséges, hogy

ennek oka a lueses folyamat *Herxheimer*-reakciószerű fellobbanása, avagy a gyógyulás okozta zsugorodása a coronariák szájadéka körül; mindez nagy körütekintésre és óvatosságra int.

Az angina pectoris és szívinfarctus kóroki gyógyításának célja a szív vérrellátásának javítása kell hogy legyen. Egészen biztos az, hogy a gyógyulás lehetősége e szempontból is megvan, mert a coronariahálózat bőséges anastomosisokkal rendelkezik és ezek lehetővé teszik, hogy a rossz vérrellátású területek kerülő úton elég vérhez juthassanak. Az anginás, szívinfarctusos beteg sorsa anastomosisainak milyenségétől függ; ezek az anastomosisok a korral fejlődnek, valószínűleg azért, mert a korral a coronariahálózat egyes ágai szűkülnek, merevebbek lesznek és a vérrellátás romlik. Az anastomosisok ugyanakkor tágulnak és az esetek túlnyomó részében a keringés zavartalan menetéről hosszú ideig gondoskodnak. Ugyanígy van ez hypertrophiás szíven; nemcsak az erek törzse és nagyobb ágai, hanem az anastomosisok gazdag hálózata is tágul, ezért a hypertrophiás szív keringése is ideig-óráig kielégítő marad. Az anginás beteg szűkülte ereinek pótlására tehát az anastomosisok fejlesztése lesz alkalmas therapiás törekvés és ezért mindazok a szerek, melyek a szív saját keringését javítják, indokoltak lesznek úgy anginás, valamint szívinfarctust kiállott beteg gyógykezelésében. Véleményem szerint az ilyen therapia sine qua non-ja, hogy hosszú időn keresztül történjék, mert az erek, anastomosisok tágulásához, a collateralis keringés kifejlődéséhez hosszú idő szükséges. Erre alkalmas szereink az értágítók és *Hochrein* szerint az *Erich Meyer* ajánlotta intravénás, hypertoniás szőlőcukor, melynek jó hatása közismert, ugyanígy hat. Amerikai szerzők a cukor mellett elsősorban az euphyllint (metaphyllin, ugyancsak intravénásan, cukorral együtt) szeretik (glycophyllin Richter). *Hochrein* dacára annak, hogy értágító hatásuk kétségtelen, a purin-származékokat nem tanácsolja, mert szerinte a szív munkát erősen fokozzák; a szív munka fokozása sok vért kíván, többet, mint amennyivel a szer a vérrellátást fokozza és ezáltal a szívben relativ vérkeringési elégtelenség támadhat. Azt hiszem, hogy *Hochrein* ezen aggodalma túlzott; szívesen adjuk a theobromin-készítményeket, gyakran kevés nitrittel együtt; rosszat tőlük soha, de jót gyakran láttunk.

Meg kell említenem még a lacarnolt, myofort, ami nem más, mint izomkivonat. Hosszas adása után kétségtelen javulást észleltünk ismételt is, bár hatásmechanizmusának megnyugtató magyarázata nincsen. Nyilván ez a szer is a coronariakeringést javítja.

Hosszantartó hasonló kezelés mellett gyakran láthatjuk az anginás rohamok ritkábbá válását, sőt azoknak teljes elmaradását is és ez biztosan a collateralis keringés kifejlődésének a következménye. Ugyanez magyarázza azt, hogy szívinfarctust kiállott beteg keringése többé-kevésbé helyreállhat és ismét munkaképessé válhat.

Edens legutóbb kiválóan jó hatást ért el intravénás strophantin-kezeléssel. Szerinte a coronariák görcse elsőrendű oka az anginás rohamnak, a szívizom ischaemiájának és szembehelyezkedve *Wenckebach*-al azt hiszi, hogy a görcshajlandóságot a vérkeringés elégtelensége nagymértékben növeli. Strophantint elsősorban azért használ, mert a szív munkát fokozza, a keringést javítja, ami, szerinte, nem ártalmas, hanem hasznos, mert a görcskészségcsökkenéséhez, az anginás rohamok ritkulásához, megszüntetéséhez vezethet. *Edens* eredményei alapján úgy nyilatkozik, hogy számára — hála a strophantin-therapiának — az angina pectoris és a szívinfarctus már nem olyan ijesztő betegség, mint volt annakelőtte. Hangsúlyozni kívánom azonban, hogy csak *Edens* véleményét közlöm; biztos, hogy még sok ezirányú tapasztalat kell hogy eldöntse állításainak helyességét.

Anginás beteg idegrendszerének karbantartását, neurastheniájának gyógyítását *Hochrein* elsőrendű fontosságúnak tartja. Szó volt arról, hogy psychés momentumoknak anginás rohamok kiváltásában nagyon lényeges szerepe van és az anginás betegek között csakugyan feltűnő sok a neurastheniás, márcsak azért is, mert az ismétlődő fájdalomrohamok okozta szenvedés őket azzá teszi. Ilyen betegeknek említett szerző nem szívesen ad nitroglycerint, mert az abusus elkerülhetetlenné szokott válni. Luminal, bróm, valeriana, physico és hydrotherapia, suggestiv therapia és minden, ami a beteg életmódját rendezi, idegrendszerének nyugalomát biztosítja, neurastheniáját csökkenti, jó eredményhez vezethet. Valóban úgy van, hogy hasonló therapiával sokat érhetünk el; de ha az angina biztos és nemcsak ideges jelenségekről van szó, akkor a koszorús erek tágítását elérni igyekvő therapiától eltekinteni, véleményem szerint, nagy hiba volna.

Az elmondottak csak egy kis részét teszik annak, amit a szívtáji fájdalomról el lehet és el érdemes mondani. Az összefoglalás célja az volt, hogy rövid összefoglalásban az szerepeljen, ami talán ezen téma legfontosabb része és amelynek gyakorlati jelentősége is legnagyobb.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. női klinikájának közleménye (igazgató: Tóth István ny. r. tanár).

Rövid és fájdalomtalan tágulási szak sómentes étrend hatására.*

Irta: Kárpáti József dr.

1932-ben azzal a kérdéssel foglalkoztam, hogy a tágulási szak időtartama és az alkat között van-e valami összefüggés. Megfigyeléseim folyamán egy érdekes jelenség tűnt fel: azon nők esetében, akik közvetlenül a szülés előtt a klinikán feküdtek és a nőosztályról kerültek a szülőszobába, a tágulási szak meglepő rövid volt, fájdalommal alig járt s a szülők rendszerint csak a tágulási szak végén, vagy már a kitolási szakban jelentkeztek a szülőszobán. Három ilyen esetet volt alkalmam rövid idő alatt a szülőszobán közvetlenül megfigyelni. Az egyik eset (462—1932. szül. fejeletszám): 34 éves III. P. Nephropathia gravidarum miatt 15 napig klinikai kezelés. Felvételtkor: vérnyomás 205—120 Hgmm, vizeletben fehérje 170/00, 24 órai vizeletmennyiség 700 ccm, az alsó végtagokon nagyfokú vizenyő. A szülés előtt közvetlenül: vérnyomás 165—110 Hgmm, vizeletben fehérje 3/40/00, 24 órai vizeletmennyiség 1700 ccm, a vizenyő teljesen eltűnt. D. u. négy órakor nagyon renyhe fájások kezdődtek, 5 óra 15 perckor megrepedt a burok; ekkor jelentkezett a szülőosztályon. Hat óra 15 perckor tolófájások kezdődtek és 25 perc múlva megszületett az élő 2400 gr-os magzat koponyafekvésben. A tágulási szak időtartama 2 óra 15 perc volt, a szülő nő a tágulási szakban semmi fájdalmat nem érzett, a renyhe méhösszehúzóadásoknak jelentőséget nem is tulajdonított, csak a burokrepedés figyelmeztette arra, hogy a szülés már folyamatban van. Előző szülei hosszú ideig tartottak és fájdalmasak voltak.

Ennek a jelenségnek okát és magyarázatát keresve, összeállítottam visszamenőleg azoknak a szülő nőknek eseteit, akik közvetlenül a szülés előtt a klinikán feküdtek, másrészt megfigyeltem azokat, akik 1932-től kezdve kerültek észlelés alá. Azt láttam, hogy ezek a szülő nők mind sómentes étrenden éltek (mind nephropathiások voltak) és

* Előadta a Magyar Nőorvosok Társasága V. nagygyűlésén 1934 június 2.-án.

így közeli volt az a gondolat, hogy a rövid, fájdalomtalan tágulási szak és a sómentes étrend között oki kapcsolat van. Ebben a feltevésben megerősített egy időközben olvastott francia közlemény, melyben a strasbourgri női klinika két orvosa, *Hofstein* és *Petrequin* teljesen azonos megfigyelésről számolnak be. Az ő elgondolásuk alapján azóta a strasbourgri női klinikán a sómentes étrendet rendszeresen alkalmazzák. Két év múlva a klinika igazgatója, *Reeb* számolt be tapasztalataikról, melyeknek alapján az a nézete, hogy a sómentes étrend a szülészeti egyik újabb gyógyeszköze lesz, mellyel a szülést jelentékenyen megrövidíthetjük és fájdalmait enyhíthetjük.

Ma már minden terhessőt, aki terhessége utolsó heteiben bármilyen okból is a klinikán fekszik, sómentes étrenden tartunk; azonkívül a terhes ambulantián jelentkező kellő értelmességű nőnek azt ajánljuk, hogy a szülés előtti hetekben sómentes étrenden éljen. Eddig 50 esetet gyűjtöttem össze; ezek között 35 volt előszörszülő és 15 ismételteszülő. Az 50 eset között 28 nephropathia, 9 hydrops, 6 pyelitis, 1 cystitis, 2 vitium és 4 rendes terhesség szerepel.

Az eredeti feltevés, hogy minden esetben rövid-fájdalmatlan tágulási szakot fogok találni, nem vált valóra: az 50 eset közül 33-ban volt a tágulási szak rövid-fájdalmatlan, míg 17 esetben nem. Az esetek tanulmányozásakor azt láttam, hogy ha a sómentes étrendnek klinikailag kimutatható eredménye volt (a vérnyomás, albuminuria, pyuria, oedema, diuresis javulása), akkor a tágulási szak is rövid-fájdalmatlan volt, ellenben azokban az esetekben, ahol a beteg állapota nem javult, nem találtam ilyen eredményt. Minél gyorsabban és minél jobban javultak a klinikai tünetek a sómentes étrend hatására, annál határozottabb volt a tágulási szak megrövidülése és fájdalomtansága, különösen azokban az esetekben, ahol a vizenyő teljesen visszafejlődött. A 17 eredménytelen eset közül 16 volt súlyos nephropathia és egy volt nagyfokú hydrops — mind a 17 esetben változatlan maradt a vizenyő. A strasbourgri női klinika közleményei nem említik ezt az összefüggést, aminek az a magyarázata, hogy az ő anyagukban túlnyomórészt egészséges terhessők és olyanok szerepelnek, akiknek nem volt nagyfokú vizenyőjük.

A méhszáj tágulása két tényező együtműködésének eredménye: a méh aktív szakasza összehúzódik, passív szakasza tágul, ennek folytán a méhszáj mint locus minoris resistentiae útát enged az előlfekvő résznek. Rendes körülmények között minél erőteljesebbek a méhösszehúzódások, annál gyorsabb a passív szakasz tágulása. Vannak esetek, mikor a méhösszehúzódások erélyesek, a tágulási szak mégis elhúzódik a méhnyak merevsége vagy görcsös volta miatt; ilyenkor a tágulási szakban a szülő tühretetlen derékfájásról panaszkodik, a passív szakasz érintése rendkívül fájdalmas. Sómentes étrend után ennek éppen az ellenkezőjét láttam: a méhösszehúzódások nem voltak erélyesek, a tágulás mégis gyorsan és fájdalom nélkül folyt le, — nyilván azért, mert a passív szakasz tágulékonysága fokozódott. Többször volt alkalmam megfigyelni, hogy a tágulás már előrehaladott szakban volt, a szülő azonban még semmi fájást nem érzelt. Érdekes a következő eset (497—1934. szül. fejlapszám): 31 éves II. P. jelentkezett a terhes rendelésen terhessége utolsó hónapjában. Az alsó végtagokon, nagyajkakon és hasfalon nagyfokú vizenyő. Szigorú sómentes étrendre egy hét múlva az oedemák teljesen eltűntek. Az ekkor végzett belsővizsgálat lelete: álló burok, bőven ujjnyi méhszáj, teljesen kifejtett portio és nyakcsatorna, vékony méhszájperem. Az asszony fájást ezideig még nem érzelt. Következő éjjel hirtelen fájásai támadtak, azonnal a klinikára szállíttatta magát, ahol az előkészítőben megszült.

A sómentes étrendre reagáló szülőnök tágulási szakában az egyik feltűnő jelenség az, hogy a tágulás időtartama

szokatlanul rövid. Gyakran láttam 3—4 órás tágulási szakot előszörszülőnök, 1—1,5 órás tágulási szakot ismételteszülőnök esetében. Általában a tágulás időtartama jóval rövidebb volt az átlagidőnél. Sokszor azonban nem lehetett eldönteni, hogy mikor kezdődött a tágulási szak, mert a szülőnök nem érezte a fájásokat. Sómentes étrend nélkül is látunk gyors tágulási szakot, ez azonban a sómentes étrend értékéből nem von le semmit.

A másik meglepő jelenség a tágulási szak fájdalomtansága, különösen a tágulás elején volt ez feltűnő, pedig rendszerint ez a legfájdalmasabb szak a szülésnek. A szülőnök sokszor nem is vette észre, hogy a szülés már folyamatban van, a szülést észlelő orvost is gyakran megtévesztette ez a fájdalomtanság s meglepődve látta, hogy a szülőnöknek, aki eddig nyugodtan feküdt s akinek méhösszehúzódásait külső tapintással renyhének találta, egész váratlanul már tolófájásai jelentkeztek. Gyakran láttam olyan esetet, hogy a sorozatos belsővizsgálat a méhszáj fokozatos tágulását állapította meg, a szülőnök azonban ezideig egyetlen fájást sem jelzett. Feltűnő volt az is, hogy a szülőnök sohasem panaszkodtak derékfájásról s fájászünetek alatt az állandó feszülő érzés az alhasban hiányzott. A méhösszehúzódások renyhék, rövid ideig tartanak, a fájászünetek hosszúak voltak. Észleltem olyan eseteket is, ahol a belsővizsgálat fetűnően merev méhszaját állapított meg, a tágulás — bár elég hosszú — mégis alig volt fájdalmas.

A passív szakasz tágulékonyságának következménye volt az a gyakran észlelt jelenség is, hogy a fej már a tágulási szak elején szokatlanul mélyen a medencében volt és ismételteszülőök esetében már a szülés megindulása előtt a portio és a nyakcsatorna teljesen kifejtett volt.

Reeb megemlíti, hogy sómentes étrend után az egyébként ideges, nyugtalan nők a szülés alatt meglepő nyugodtan viselkedtek; ezt saját észlelésem alapján megerősíthetem.

Reeb nem tartja feltétlenül szükségesnek a teljes sómentességet, az ő tapasztalatai szerint a sószűkes étrend is kifejtette hatását, ha megfelelő ideig (1—2 hónap) alkalmazták. Megfigyeléseim szerint annál jobb volt az eredmény, minél hosszabb ideig tartott a diéta, de 1—2 hét is elegendő volt. A konyhasón kívül kerülendő minden olyan étel, melynek nagy sótartalma van.

A sómentes étrend természetesen nem szüntet meg olyan szövödményeket, melyek a tágulási szakot rendes körülmények között is ártalmasan befolyásolják (heges vagy merev méhszáj, a nemzőszervek satnyasága stb.).

Külön figyelmet érdemelnek azok a súlyos nephropathiás és hydropsos esetek, melyek sómentes étrendre nem javulnak. Ezekben az esetekben olyan terhességi elváltozások szerepelnek, melyek a sómentes étrenden kívül egyéb kezelésre is rászorulnak. Ezeknek tisztázására széleskörű laboratóriumi vizsgálatok szükségesek.

Miben áll a sómentes étrend tágulásgyorsító és fájdalomcsökkentő hatása?

Hogy a sómentes étrend megrövidíti a tágulási szakot, azt a leírt klinikai megfigyelések igazolják. Megfigyeltem azt is, hogy azoknak a szülőnöknek tágulási szakja, akiknek nincs kimutatható vizenyőjük, rövidebb szokott lenni, mint azoké, akiknek nagyfokú oedemájuk van. Ennek alapján feltételezhető, hogy a tágulási szak időtartama és a szervezet só-, illetve víztartalma között egyenes arány van.

Ezt a feltevést *Hofstein* és *Petrequin* laboratóriumi vizsgálatai nem erősítették meg: ők a vér chlortartalma és a tágulási szak ideje között nem találtak párhuzamot, — ami érthető is, mert a vér vegyi összetételét minden körülmények között igyekszik megtartani. A terhes szervezet só- és vízretentioja nem a vérben, hanem a szövetekben van, aminek vizsgálatára a vizelet és verejték chlortartalmának meghatározása látszik a legalkalmasabbnak. *Tarlo* vizsgálatai kimutatták, hogy a vizelet és verejték

chlortartalma a terhesség előrehaladtával fokozatosan csökken, nephropathia és hydrops esetében a legalacsonyabb; ugyanakkor a vér chlortartalma szabályos lehet. A terhesség végén tehát már physiologikus viszonyok mellett is fokozott a szövetek só- és víztartalma, mely nephropathia és hydrops esetében éri el a legmagasabb fokot. Amint az újabb vizsgálatok kimutatták, a szervezet vízraktára a kötőszövet. A kötőszövetnek ezen működéséről ma még keveset tudunk.

A terhes szervezet vízanyagcseréje rendkívül bonyolult folyamat, melynek összes tényezőit még nem ismerjük; éppen ezért a sómentes étrend hatását sem tudjuk egyelőre megmagyarázni, csak feltevésekre vagyunk utalva. Ez a mechanizmus úgy képzelhető el, hogy a sómegvonás következtében csökken a kötőszövetnek terhesség alatt fokozódott só- és ezzel együtt megnövekedett víztartalma, — ahogy Hofstein mondja: »csökken a szövetek hydratisatioja«. A méh passiv szakasza jórészt kötőszövetből áll s így könnyen elképzelhető, hogy a vizenyős méhnyak nehezebben tágul, mint az olyan méhnyak, melynek működését nem akadályozza a vizenyő.

A tágulási szak fájdalmatlansága Reeb szerint a szervezet sómentes étrendre bekövetkező chlorszegénységének következménye. Ismeretes, hogy a chlortöbblet fokozza a központi idegrendszer ingerlékenységét (Dufour és Barré szerint tabeses betegeken a már régóta eltűnt patelláris reflex sódús étrend után újból kiváltható), míg a chlorszegénység csökkenti azt (sómegvonás megakadályozhatja az eklampsiás és uraemiás görcsök kifejlődését). A központi idegrendszer ingerlékenységének csökkenése folytán a szülő nő nem érzi, illetve alig érzi a méhösszehúzóerőt és a tágulás okozta fájdalmat.

Bármi legyen is a sómentes étrend hatásának lényege, bizonyos, hogy vele a tágulás szakát megrövidíthetjük s a fájdalmakat enyhíthetjük, — és ez oly nagy eredmény a szülő nőre és az orvosra nézve egyaránt, hogy e kérdéssel érdemes tovább foglalkozni.

Nyomatékosan hangsúlyozom, hogy első megfigyeléseim a strasbourg-i női klinika közleményeitől teljesen függetlenül történtek.

Irodalom: *Abruzzese*: Rivista ital. ginecol. 1929. 77. — *Barbanti*: Monitore. 1932. 190. — *Batisweiler*: Arch. Gyn. 1928. (134) 62. — *Boeck*: Klin. Wschrift 1927. 663. — *Cohen*: Klin. Wschrift 1932. 1913. — *Daly—Armstrong*: Lancet. 1932. 1328. — *Delbet*: Bulletin de l'académ. méd. 1929. — *Gasparri*: Arch. Ostetr. e Ginecol. 1933. (40) 429. — *Halban—Seitz*: V. Bd. 4. T. 823, 843; VI. Bd. 2. T. 692, 825; VII. Bd. 1. T. 747. — *Hofstein—Petrequin*: Gynécologie et Obstétrique. 1931. (24) 133. — *Leyton*: British med. Journal. 1932. 880. — *Plass*: Amer. Journal Obst. Gyn. 1923. (6) 427. — *Reeb—Israel*: Gynécologie et Obstétrique. 1933. (27) 193. — *Sellheim*: Therapie d. Gegenwart. 1932. 337. — *Tarlo*: Zbl. Gyn. 1930. 797. — *Zangemeister*: Zeitschr. Geb. u. Gyn. 1919. (81) 491. — *Zondek S. G.*: Zbl. Gyn. 1932. 2625. — *U. a.*: Klin. Wschrift 1923. 382.

A pestujhelyi »Dr. Vass József« Tüdőbeteg-kórház közleménye (igazgató: Pekanovich István egyet. magántanár).

Új eljárás diagnostikus kolloid-görbék előállítására a vérsavóból

Irta: Dubóczky Béla dr.

A. Fahreusnak a vérsejtsüllyedésre vonatkozó fölfedezésével kapcsolatosan megindult vizsgálatok (Linzenmayer, Plaut, Runge, Fritsch-Starlinger, Hirschfeld, Darányi, stb.) eredményei alapján tudjuk, hogy a szervezet kóros állapotában a vér fehérje frakcióinak egymáshoz való viszonya eltolódást szenved. Ezen eltolódás érzékeltetésén alapulnak a kolloidlabilitási reakciók (Sachs-Oettingen, Darányi, Mátéffy, Gerlóczy, Costa, stb.), amelyek ismert formáikban

is különösen betegségmegállapító osztályokon, tüdőambulanciákon, gümőkóros osztályokon, mint kórhatározó és kórjósító segédeszközök értékes szolgálatokat tesznek. A kolloidlabilitási reakciók igen nagy hibája azonban, hogy a vérsavó kolloidképének csak egy pontján, mégpedig egyik leglabilisabb pontján létrejött eltolódásokat jelzik és innen van az, hogy nem teljesen megbízhatók, csak mintegy 80%-ban egyeznek a folyamat súlyosságával, sőt nagyon súlyos esetekben, pl. agoniás állapotban sokszor negatív eredményt adnak.

Ezen utóbbi körülmények indítottak főleg arra, hogy néhány évvel ezelőtt, Pekanovich vezetésével, behatóbban kezdünk foglalkozni a vérkolloidok viselkedésével. Vizsgálatainkban akkor jutottunk értékebb tapasztalatokhoz, amidőn a legkülönbélebb fehérjekicsapó szerekből külön-külön hígítási sorozatot készítettünk s ezekből csősorozatban egységes alapon (0.2 ccm savóhoz mindig 1 ccm reagent mérve) meghatároztuk a különféle fehérjekicsapó szerekek a vérsavó fehérjeire vonatkozó kicsapódási terét s a kicsapódási tér csapadékmennyiségeiből megrajzoltuk az egyes kicsapószer kolloidgörbéit. Ezen vizsgálatokat ép és kóros vérsavókon elvégezve, azt láttuk, hogy minden fehérje-kicsapószernek a vérsavó fehérjével egy, vagy két kicsapó tere van, ennek megfelelően a kicsapószer fiziko-chemiai tulajdonságaira jellegzetes egy, vagy két kolloid-görbét kapunk, melyek a vérsavó kóros elváltozásaikor teljes egészükben, de különösen egyes pontjaikon jellegzetes eltéréseket mutatnak. A különböző chemiai természetű kicsapószer kolloidgörbéinek elemzéséből és összehasonlításából származó tapasztalatainkról más helyen fogunk beszámolni, e közleményemben a vérkolloid-görbék egyik legjellegzetesebb és legtanulságosabb alakjáról, a sósav-kolloidgörbékről számolok be, amely aránylag egyszerű kivitelénél továbbá megkülönböztető diagnostikus értékénél fogva méltán megérdemli, hogy mint új diagnostikus módszert ismertessék.

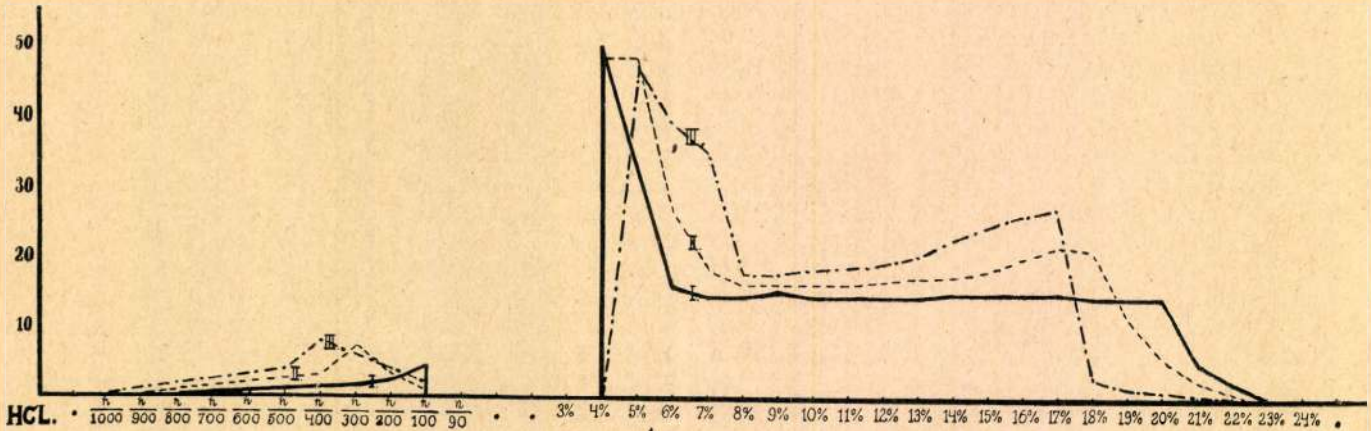
Régóta ismeretes, hogy az erősebb szerves savaknak a vérsavó fehérjével két kicsapódási terük van. Az egyik a század normálhígítás alatt, a másik az 5%-os töménység fölött. Erről könnyen meggyőződhetünk, ha pl. kevés vérsavóhoz előbb $n/10$ sósavat adunk cseppenként, amikor azt fogjuk látni, hogy a sav hozzáadásakor lassan erősbödő csapadék képződik, majd ismét eltűnik s ha 30%-os sósavval folytatjuk tovább a kísérletet, újból kapunk az előbbinél sokkal erősebb csapadékot, amely bizonyos mennyiségű sav hozzáadására szintén eltűnik.

Pontosabban kapjuk meg a két kicsapódási tér határait, ha a sósavból hígítási sorozatot készítünk ezrednormáltól tizednormálig és 1—25% töménységig s csősorozatban 0.2 ccm savóhoz 1 ccm-t mérünk a sósav hígítási sorozat minden oldatából. Így járva el, azt találtuk, hogy $n/1000$ és $n/100$, továbbá 4—23% között kapunk csapadékot, tehát a sósav két kicsapódási tere ezzel az eljárással ezen határok között van.

Amidőn egészséges és kóros vérsavókon is elvégeztük ezen kísérletet, láttuk, hogy ép és kóros vérsavó csapadéka között különbségek vannak. Ezen különbségek szemléltetőbbé tételére hosszú időn át végeztünk kísérleteket, figyelve a csapadékképződés idejét, erősségét, a csapadék leülepedésének gyorsaságát, a 24 óra alatt leülepedett csapadékmennyiségeknek összehasonlítását stb., egyelőre azonban a legalkalmasabbnak a vizeletfehérje-meghatározásokból is általánosan ismeretes Nissl-féle csövekben való centrifugálási módszert találtuk. Evégből a két kicsapódási tér csapadékmennyiségeinek leolvasására alkalmas centrifugacsöveket készítettünk, mégpedig az alsó kicsapódási tere részére olyanokat, amelyeknél a centrifugacső vékonyra kihúzott része $1/4$ -ed ccm ürtartalmú és 25 részre van beosztva, tehát századccm beosztású, a felső kicsapódási tér

részére pedig, amelyeknél a centrifugacső kihúzott része 1 ccm ürtartalmú és 50 részre van beosztva, ötvenedecm beosztású. Mivel a két kicsapódási tér pelyhesedési ideje is különböző, az alsó kicsapódási tér csöveit két óra mulva, a felső kicsapódási tér csöveit 24 óra mulva centrifugáltuk. A centrifugálást 1500 fordulatszám mellett, két percig végeztük. A leülepedett csapadékmennyiségeket leolvassa és milliméter-beosztású papíron koordináta rendszerbe rajzolva föl, két, egymástól különálló görbét kaptunk, amelyeket az 1. ábra szemléltet.

Az I-gyel jelzett görbe az ép vérsavó görbéjének típusát mutatja, melyen azt látjuk, hogy a csapadék n/800 sósavhígításnál kezdődik és n/300-ig alig emelkedik valamit,



1. ÁBRA.

innen hirtelen emelkedik s legmagasabb pontját n/100-nál éri el, ahol átmenet nélkül megszűnik. Innen kezdve egész 4 %-ig semmiféle csapadékot nem kapunk, 4 %-nál átmenet nélkül nagy csapadékot kapunk, mely hirtelen esik 7 %-ig egész a 15-ös beosztás alá, ettől kezdve egyenesen halad 20 %-ig, ahol hirtelen esik és 23 %-nál teljesen megszűnik. 23 % fölött nem kapunk már csapadékot, de ha az itt lévő csövek egyikét pl. a 24 %-ost desztillált vízzel főlhígítjuk, akkor ebben a csőben is azonnal megjelenik a csapadék, tehát a hígítással mintegy visszatoltuk a csövet a sósav kicsapódási területébe. A III-mal jelzett görbe súlyosan elváltozott vérsavó görbéje, amelyben látjuk, hogy az alsó görbe n/1000-tól kezdődik, n/500-ig keveset emelkedik, n/500-tól hirtelen emelkedést mutat, legmagasabb pontja n/400-nál van, innen fokozatosan esik n/100-ig, ahol megszűnik, a felső görbe csak 5 %-nál kezdődik, 8 %-ig elhúzódva esik, de a csapadék mennyisége a 15-ös beosztás fölött marad, 12 %-tól ismét emelkedik, a 17 %-nál éri el legmagasabb pontját, itt hirtelen leesik s 22 %-nál megszűnik. A kóros görbét szembeállítva az ép vérsavó görbéjével azt látjuk, hogy az alsó görbe magasabb és a kicsapódás maximuma balra erősen eltolt, míg a felső görbe magasabb koncentrációban kezdődik, tehát kezdő része jobbra eltolt, viszont a görbe végső része magasabb mint a negatív és balra eltolt, azaz a felső görbe kóros vérsavónál magasabb, de szűkebb területű. A pontozott II-gyel jelzett görbe kisebb mértékben elváltozott vérsavó görbéjének típusát mutatja.

Midőn nagyszámú vizsgálat után láttuk, hogy a sósavgörbék diagnosztikus célra használhatók föl, gyakorlati célú eljárást dolgoztunk ki. A legjellegzetesebb elváltozásokat az n/400, n/100, a 4-8 és a 17-20 %-os csövek adják, tehát a kolloidgörbék előállításához elegendő ennek a 12 csőnek a beállítása, melyet a következőképpen végzünk.

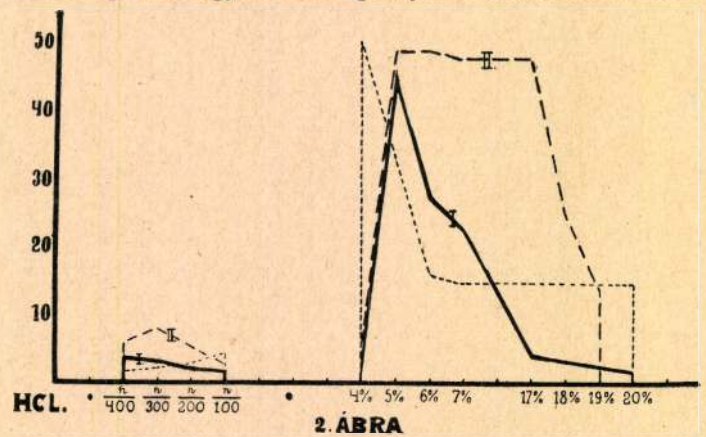
Éhgyomorra 10 ccm vért veszünk, megalvadás után a vérleplenyt az üveg faláról leválasztjuk, majd néhány órát állani hagyjuk, amíg a savó kiválik. A savót a vérleplenyről óvatosan leszívjuk s a tiszta savóból az előre elkészített, fentebb említett négy kisebb és nyolc nagyobb centrifugacsőből álló sorozat mindenikébe századbeosztású pipettával

0,2 ccm-t mérünk. Ezután az alsó csoport négy csövébe az n/400, n/300, n/200 és n/100 sósavból, a felső csoport nyolc csövébe a 4, 5, 6, 7 és 17, 18, 19, 20 %-os sósavakból egy-egy ccm-t mérünk. A csöveket gumidugóval bedugjuk és összerázzuk. Az összerázást úgy végezzük, hogy a bedugott centrifugacsövet lefelé fordítva és a kihúzott részénél megfogva, lendítő mozdulatot végzünk vele, mire a folyadék a keskenyebb részből is a szélesebb részbe kerül, most így lefelé fordított helyzetben összerázzuk, majd visszafordítva a szélesebb részét fogjuk meg és most így végzünk vele lendítő mozdulatot, amely által az összerázott folyadék a vékonyabb részbe kerül. Az összerázást a leg-töményebb sósavnál kezdjük, mert itt a sósav és vérsavó

érintkezési határán gyorsan képződik összeálló csapadékgyűrű, mely később nehezen rázható szét. Az összerázott csöveket állani hagyjuk, az alsó csoport négy csövet két óra mulva, a felső csoport nyolc csövet 24 óra mulva centrifugáljuk 1500 fordulatszám mellett két percig. A csapadékokat a centrifugálás után azonnal leolvassuk és milliméter-beosztású papírra fölrajzoljuk.

A 2. ábra így előállított görbéket ábrázol, amelyen a pontozott vonal a negatív görbe típusát jelzi, az I-gyel jelzett súlyos cukorbeteg, a II-gyel jelzett pneumonia crouposus beteg görbéje.

A kóros eltérés megítélése ezzel az eljárással a vérsavókolloidkép nem egyik labilis pontjának eltolódásából tör-



2. ÁBRA

ténik, mint az eddigi kolloidlabilitási reakcióknál, mert a sósavgörbe aránylag egyszerű eljárással a vérsavó egész kolloidképének elváltozását szemünk elé tárja, tehát sokkal messzebbmenő következtetések levonására nyújt módot. Ennélfogva a görbe minden egyes részletét külön-külön elemezni kell.

Az alsó görbénél figyelembe kell venni a görbe magasságát, továbbá legmagasabb pontjának helyzetét. A negatív vérsavónál alacsony görbét kapunk, melynek legmagasabb pontja jobboldalt van. A kóros folyamat súlyosságával, ha

a szervezet ellenállása jó, a görbe magassága emelkedik, legmagasabb pontja balra tolódik el. Igen súlyos folyamatokban a görbe ismét alacsony, de legmagasabb pontja erősen balratolt, ez sokszor a szervezet kimerültségének a jele.

A felső görbe kezdő részénél a 4 %-nál magasan kezdődik és a 6 %-ig ferdén, de egyenes vonalban alacsonyra leeső a negatív vérsavó görbéje. A közepsúlyos folyamatokban két csőben találunk magas csapadékot, tehát ilyenkor a görbe magasan vízszintes vonallal kezdődik, mely azonban 7 %-ig hirtelen esik le. A súlyosabb folyamatokban a 4 %-os csőben nem kapunk csapadékot, csak opalescenciát, a csapadék az 5 %-os csőben magasan kezdődik és elnyúlva száll le és a rendesnél jóval magasabban marad. Igen kiterjedt szövetszéteséssel járó folyamatokban, ahol azonban a szervezet ellenállása jó (pl. a pneumonia crouposás görbéje a 2. ábrán), sokszor három, sőt négy csőben magas csapadékot kapunk, s ilyenkor a görbe ezen része nem is száll le, hanem mind a négy csőben magasan marad.

A felső görbe végső részénél negatív vérsavóban a görbe alacsony és végig vízszintes vonalat képez és a 20 %-os csőben is a centrifugátum fölött lévő folyadék kristálytiszta. A kóros folyamat súlyosságával a görbe ezen része emelkedik és már a 19, 18, sőt a 17 %-tól kezdve hirtelen esik és a 20, 19, 18, esetleg a 17 %-os csövek centrifugátumai fölött lévő folyadék is opaleskál. Tehát itt a görbe magasságán és esésének kezdetén kívül a centrifugátum fölött lévő folyadék opaleskáló volta is útbaigazít.

Ha a görbe különböző részeinek elemzéséből nyert adatokat egymással összevetjük, akkor nemcsak körjelző és körjósuló, hanem sok esetben elkülönítő diagnostikai következtetéseket is vonhatunk le éppen úgy, mint pl. a minőségi vérvék adataiból.

Kiterjedt vizsgálatokat végeztünk arra vonatkozólag is, hogy a különféle fehérjefajtákkal a sósavhígítási sorozat mely pontjain kapunk csapadékot és azt találtuk, hogy az alsó kicsapódási térben a nagy disperzitású fehérjék csapódnak ki. A vérplazmából a fibrinogén, a tejből pedig a casein ezen a területen csapódik ki. Genyes izzadmányból a fehérjeelemeket kicentrifugálva és a tiszta exsudátummal beállítva a reakciót, az alsó kicsapódási térben igen nagy csapadékot kaptunk. Vérsavót négy-öt napig szobahőmérsékleten hagyva, amíg bomlási folyamatok megindultak benne, tehát amidón a vérsavó a bomlástól megzavarosodott és ekkor állítva be vele a reakciót, az alsó görbe területén az eredetivel szemben nyolcszor-tízszer több csapadékot kaptunk. Fél és egész telítésű ammonium sulfáttal elkülönítve a vérsavóból a globulin- és albumin-csoportot s ezekkel külön-külön beállítva a reakciót, mindkettővel a felső görbe egész területén kaptunk csapadékot s az így nyert görbék az eredetihez hasonló, de a fehérjemennyiségnek megfelelőleg sokkal alacsonyabbak voltak. Tehát a sósavhígítási sorozatban az alkáli sulfátokkal globulinná és albuminná elkülönített fehérjecsoportok egészen másképpen oszlanak meg.

Nagyobb mennyiségű vérsavóból n/300 sósavval kicsapva, az alsó görbe fehérjéit s az eredeti vérsavó ötöd-részenek megfelelő destillált vízben oldva fel s ezzel az oldattal állítva be a reakciót, az eredetinel ötször több csapadékot kaptunk, tehát az így nyert fehérjefractió az alsó görbe területén teljes egészében kicsapódik. *Ettisch és Beck* mikro-Kjoldállal meghatározva a sósav alsó kicsapódási területén nyert csapadékot, a legmagasabb értéket 0.7 %-nak találták és a csapadékot euglobinnak tartják. A mi véleményünk is az, hogy az itt nyert csapadék a fibrinogénhez legközelebb álló fehérjefractió, amit bizonyít az is, hogy a vérsavóból konyhasóval való teljes telítésre ugyanannyi csapadékot nyerünk, mint amennyit az alsó görbe legmagasabb pontján.

Az alsó görbe viselkedése nemcsak a vérsavó fehérjéitől, hanem a savósó mennyiségétől és minőségétől is függ. Intravenásan 10 %-os NaCl-ből 10 ccm-t adva és az injectió előtt és után vett vér savójával elvégezve a reakciót, már ilyen kismennyiségű konyhasó hatására az alsó görbén lényeges eltérést találunk, amennyiben a görbe alacsonyabbá válik. 60 ccm 8 %-os NaHCO₃-nak intravenás bevitelére az alsó görbe csapadékmennyisége nem változik, de erősen jobbra tolódik. Az említett sóeltolódások a többi említett kolloidabilitási reakciókkal is kimutathatók, sőt alkoholhígítási sorozattal állítva be a kísérletet, ezzel az eljárással is ugyanazokat az eredményeket kapjuk. Mint érdekes leletet említjük, hogy a savó inaktiválásával az alsó görbén ugyanolyan jobbratolódást kapunk, mintha a savóhoz NaHCO₃-t adtunk volna. A felső görbén ezen behatásokra lényeges elváltozást nem kapunk.

További vizsgálataink eredményeiről és a sósav kolloid-görbékkel további, nagyszámú beteganyagon szerzett tapasztalatainkról és a különböző betegségeknek megkülönböztető diagnostikus felhasználásáról és értékéről más alkalommal számolunk be.

Összefoglalásképpen azt mondhatjuk, hogy a vérsavóból a sósav kolloid-görbék előállításával olyan módszerhez jutottunk, amely aránylag egyszerű eljárással a vér fehérjéinek kóros eltolódásaiól teljes képet nyújt s a görbék elemzéséből nemcsak diagnostikus, prognostikus, hanem megkülönböztető diagnostikai támpontokat is nyerünk sokkal biztosabban és kiterjedtebb mértékben, mint pl. a kvalitatív vérvék adataiból.

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Kétly László ny. r. tanár).

A jóanyagcsere és a pajzsmirigyműködés.*

Irta: Bónis István dr. egyetemi tanársegéd.

Pajzsmirigyeltávolítás után emberen és állatokon pajzsmirigyadagolásra a kiesési tünetek megszűnését észlelték. Ezért a kutatók a pajzsmirigy azon alkotórészét igyekeztek különválasztani, amelynek a szervezetben való jelenléte okvetlenül szükséges és amely a kiesési tüneteket megszüntette. 1895-ben *Baumann*-nak sikerült először egy jódtartalmú szerves anyagot előállítani, amelyet jodothyrinnek nevezett el. Csakhamar kiderült azonban, hogy ez bár jódtartalmú, mégsem a valódi hatóanyag, hanem csak hatékony átalakulási termék.

A pajzsmirigy hatóanyag felismerésének történetében három felfedezés jelentett nagy haladást. *Kendall* érdeme a thyroxin elkülönítése és kristályos alakban előállítása. *Harington* szintétikusan állította elő és megállapította szerkezeti képletét. Rajtuk kívül a kutatók egész sorával találkozunk, akik a jódkötésnek különböző — alkoholban, savban oldódó, alkoholban, savban nem oldódó — formáit és a pajzsmirigy egyéb, többé-kevésbé hatásos jódtartalmú vegyületét találták meg, míg mások az előforduló jódmennyiségét, elraktározását, kiürülését és egyéb tulajdonságait tették vizsgálat tárgyává. Adataik azonban pontos vizsgálati módszerek hiányában meglehetősen eltérők voltak. Később *Fellenberg* jódmeghatározó eljárása lehetővé tette a szervezetben előforduló jódnak elegendő — egy milliomod grammnyi — pontosságú meghatározását.

E meghatározási vizsgálatokból kitűnt, hogy az egészséges ember vérjód szintje állandó, illetve csak csekély inga-

* Előadta a IV-ik Orvosi Nagyhét belorvosi ülésén június 1-én.

dozásokat mutat. (*Sturm.*) Rendesen 7.5—12.5 γ % a vér jódtartalma. *Basedow*-os betegekben magasabb, 15.0—90.0 γ %, de más szerzők szerint 150.0—250.0 γ %. (*Lunde, Schneider*). Hypothyreosisban és myxoedémában a rendes alatt van, 4—6 γ %. Abban a szerzők megegyeznek, hogy pajzsmirigyműködés fokozódáskor a vérjód szint magasabb, mint a rendes, a csökkent működéskor pedig alacsonyabb. Ennél közelebbi összefüggést azonban a jódtartalom és a pajzsmirigyműködés között nem tudtak kimutatni, mert még az anyagcserével sem halad párhuzamosan. (*Schittenhelm és Eisler*). Magas vérjód szinten lehetséges mérsékelten fokozott anyagcsere és fordítva. A vérjód szint lehet az alapanyagcsere nívójának mutatója, de nem fokmérője.

Azonban a *Fellenberg*-féle jódmeghatározó eljárással olyan adatokat is találtak, amelyek az előbbieknél nagyobb ingadozást mutattak, eltekintve a nagy élettani ingadozásokra hajlamos vegetatív stigmatizáltaktól. Tisztán a vér jódtartalmából nem lehet a pajzsmirigyműködés fokára pontosan következtetni, mert élettani körülmények között is igen nagy az ingadozás, anélkül, hogy azt a pajzsmirigyműködésének fokozódása vagy csökkenése kísérné. Maga *Kendall* is 10.0—17.0 γ % jódot talált egészségesek vérében. *Maurer és Diez* 4.2—15.0 γ %-ot. *Schneider* és *Widmann* sorozatos vizsgálatok után pedig arra a véleményre jutottak, hogy a vérjód szint rendes körülmények között az előbbieknél magasabban van, s ezt ők körülbelül 32.0 γ %-ra teszik. Igen érdekesek ebből a szempontból *Breitner* és mások vizsgálatai, akik azt találták, hogy a rendes emberi vérjód szint az évszakok váltakozása szerint nagy ingadozásnak van kitéve. Télen és nyáron alacsony (5.0—23.7 γ %), tavasszal magasabb (28—42.3 γ %). Ezek az értékek más szerzők által megállapított átlag vérjód értékeknek mind alsó, mind felső határait meghaladják és már azon értékek közé tartoznak, amelyek a csökkent, illetőleg fokozott pajzsmirigyműködésre volnának jellemzőek.

Az ismertetett átlag értékeknél sokkal nagyobb eltéréseket találunk az irodalomban a pajzsmirigy jódtartalma és a pajzsmirigyműködése között, mint a vér jódtartalmánál. *Wegelin* golyvátlan vidéken 1 gr szárított pajzsmirigyben 0.8—3.0 mg közötti jódtartalmat talált, míg *Marine és Lenhardt* 1.3—3.7 mg jódtartalmat mutattak ki. Igen érdekesek ebből a szempontból *Kendall*-nak és *Simondsen*-nek nagytömegű pajzsmirigyen végzett vizsgálatai, amellyel kimutatták, hogy a nyári magas és a téli alacsony pajzsmirigy jódtartalmak között 300%-os különbség van anélkül, hogy ezt a pajzsmirigyműködés mértékének változása kísérné.

Ezenkívül a pajzsmirigy és a vér jódtartalma a kortól, nemtől, általános egészségi állapottól, gyógyszeres beavatkozástól, fertőzésektől, nőknél pedig a hőszámtól, terhességtől, menopausától is függ. Ezeket a változásokat könnyen befolyásolják egyéni tulajdonságok. Ezért sokkal figyelemreméltóbbak ama vizsgálati adatok, amelyek a külső tényezők, az éghajlat és a táplálékbevitel csaknem egységes hatása alatt álló, azonos népcsoportok pajzsmirigy és vér jódtartalmára vonatkoznak.

Scheffer László Pécsen vizsgálta a táplálék és az ivóvíz jódtartalmát és azt találta, hogy a jódtartalmuk átlagban elegendő és a lakosság 10%-a mégis golyvás. Evvel szembe állította a négyszer kisebb jódtartalmú táplálékkal és ivóvízzel rendelkező La Chaux de Fonds városát, ahol a lakosság mégis golyvátlan. *Mac Carrison* leírja, hogy India egyes részein a talaj, a táplálék és az ivóvíz különösen jódszegény s a lakosság mégsem golyvás. *Liek és Feldmann* hangsúlyozzák, hogy Danzigban sok a golyva, pedig a lakosság jódfelvétele bőséges.

Amint látjuk, a jódfelvétel bőséges, elégséges vagy hiányos volta nem halad együtt a golyvásság gyakoriságával. Ha a csökkent jódbevitelt az endémiás golyva létrejöttéhez bizonyos fokban szükségesnek tartjuk is, kérdés, vajjon a jódhány, mint olyan és egymagában, minden más külső és belső mellékkörülmény nélkül elegendő-e arra, hogy a pajzsmirigyműködés fokozódását vagy a pajzsmirigy megnagyobbodását létrehozza. Mert, ha egymagában elegendő volna, akkor minden elégtelen jódtartalmú táplálékon levő egyének meg kellene betegednie.

Míndezeken a külső körülményeken kívül igen fontos szerep jut a belső tényezőknek. Már lelki izgalomra is emelkedik a vér jód szintje. Kétségtelen, hogy a vegetatív idegrendszer hathatósan befolyásolja. Az egyes agyrészletek vizsgálatai pedig azt mutatták, hogy a közti agy alapján fekvő, anyagcserét szabályozó központokban nagy mennyiségben van jódszint, különösen a hypophysisben, a tubercinereumban, a hypothalamusban, a corpora quadrigeminaiban és a medulla oblongatában. Ezzel szemben a nagy agykéreg, a kisagy és a gerincagy jódszegény. Ha thyroxint adagolunk, a jódgazdag agyrészletekben felhalmozódik a thyroxin, pajzsmirigykiirtás esetén pedig jódszegénység következik be. A jódnak másalakú adagolása (dijodthyrosin, szerves jód) a jód mennyiségének szaporodását nem hozza létre. Ebből az következtethető, hogy eme agyrészletek és a pajzsmirigy jódja között szorosabb kapcsolat van. Sőt egyesek az agy és a pajzsmirigyműködés között oly szoros összefüggést látnak, hogy hormonális kapcsolatra is gondolnak. (*Schimasono*).

Schittenhelm és Eisler vizsgálatai mutatták rá arra, hogy a vérjód szintjére a gerincagynak is befolyása van. Ugyanis bárhol vágta át a gerincagyat, a vérjód szint igen alacsonyra süllyedt (1.7 γ %).

A legnagyobb befolyása a jódforgalomra azonban a hypophysisnek van. A hypophysis elülső lebenyének különféle hormonjai között határozott thyreotrop hormont találtak, amely egészséges ember vérjód szintjét emeli, a fokozott működésű pajzsmirigy jódtartalmát pedig hirtelen csökkenti.

Valószínű, hogy nemcsak a hypophysis elülső lebenyének van befolyása a jódforgalomra, hanem egyéb belső elválasztású mirigynek is. Így a vérjód szintre befolyással van az adrenalin is, mégpedig oly módon, hogy hatására a jód az elraktározási helyein csökken, ugyanakkor a vérjód emelkedik. Ez a hatás a pajzsmirigytől függetlennek látszik. A többi belsőelválasztású mirigy közül a petefészeket találtak jódban igen gazdagnak. *Maurer* és társai vizsgálata szerint a pajzsmirigy 250 γ , a petefészek 138 γ jódot tartalmaz átlagosan. A belső elválasztású mirigyek szerepe a jódforgalomban azért is valószínűnek látszik, mert pajzsmirigykiirtás esetén, ezek jódtartalma erősen megfogy, míg az egyébként nagy jódtartalmú izomzaté, bőr, csontrendszeré nem változik.

Mínd e körülményeken kívül a pajzsmirigyműködés szempontjából fontosnak látszik a jódkürrülés foka, valamint a pajzsmirigyjód és fehérje vegyületeinek különböző arányú kötései, illetőleg egymáshoz viszonya.

A jódananyagcsere számszerű adatai és a pajzsmirigy működésének foka között pontosan kifejezhető arányos, számszerű összefüggés nincs. Bár a pajzsmirigy kétségtelenül kimagasló jelentőségű a jódananyagcsereforgalomban, de azt egyéb körülmények is irányítják és befolyásolják. Ezért nincs törvényszerű párhuzam a jódananyagcsereforgalom és a pajzsmirigyműködés között. Valószínűnek látszik, hogy itt egész szabályozó rendszerrel van szó, amelynek egyes tagjai egymásra is kölcsönösen hatnak és amelyek külső, élettani és kóros tényezőktől is függenek.

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

Vörösvérsejt vizsgálatok hyperthyreosisban.

Irta: Kleiner György dr. és Frenreisz István dr.

A pajzsmirigy és a vörösvérsejt képzés közötti összefüggés régóta ismeretes. Mansfeld¹ a magaslati helyeken nyúlókísérletben csak akkor talált vörösvérsejt szaporodást, ha az állatok pajzsmirigyé ép volt, ellenben a pajzsmirigyüktől megfosztott állatokon a magaslati vérszaporodás nem következett be.

Mansfeld, majd Kentzler és Kallós² nyulakat pajzsmirigykivonattal kezelt, mire az állatok vörösvérsejtjei megszorodtak. Anaemizált nyulak gyorsabban pótolták hiányukat pajzsmirigykivonatra, mint általában; másrészt pajzsmirigyüktől megfosztott állatok regenerációja nagyon gyenge volt. Minde kísérletekben elsősorban a vörösvérsejt száma szaporodott, a haemoglobin szaporodása aránylag lassúbb volt.

Damblé,³ Zondek,⁴ Unverricht,⁵ Wollenberg,⁶ Blank⁷ emberi anaemiák minden fajtájában a pajzsmirigykivonat vörösvérsejtképzést serkentő hatását állapították meg. Vizsgálataik szerint a pajzsmirigykivonat egyrészt önmagában is szaporítja a vörösvérsejteket, másrészt az egyidejűleg adott máj, arsen és vas hatását gyorsítja, végül a hatástalanul adagolt máj, arsen és vas pajzsmirigykivonat segítségével hatásossá válhatott.

A Basedow-kórban és hyperthyreosisban Thaddea⁸ 45 esetben mindig 5,000.000 fölött találta a vérvörösessejtszámot és 100% fölött a haemoglobint, Jungman 6 és 7,000.000 vörösvérsejtről és 125%-ig emelkedő haemoglobinról számolt be. Zondek szerint a basedowosok hyperglobuliaria, a myxoedemások pedig anaemiára hajlamosak.

A fokozott csontvelőműködés jeleit, elsősorban a reticulocyták megszorodását, továbbá polychromasiát, basophil punctatiót Damblé, Blank, Thaddea, Landsberg,⁹ Tsukamoto,¹⁰ Moldawsky,¹¹ Schilling egyetértelműen megtalálták.

Moldawsky három esetben kétszer kisfokú erythropeniát (3,400.000-ig), egyszer erythrocytosist (5,600.000) talált.

Thaddea, Zondek, Moldawsky azt állapították meg, hogy a haemoglobin mennyisége a vörösvérsejtszámhoz viszonyítva aránylag kevesebb.

Szemben Zondek és a többiek nézetével Vedder¹² és Meulengracht¹³ azt gondolják, hogy anaemia perniciosa hyperthyreosis alapján fejlődhet ki. A közölt kilenc esetükben a Basedowos tünetek az anaemia perniciosa 8—20 évvel előzték meg. A Basedow-kór kezelésében minden esetben szerepelt a pajzsmirigy röntgen besugárzása, sőt egy esetben strumektomia is. A közbeeső 8—20. évben a betegeknek semmi fokozott pajzsmirigyműködésre utaló tünete nem volt. Így ezen eseteknek bizonyító értéket nem tulajdoníthatunk.

Saját megfigyeléseinkben a vörösvérsejtszám és a haemoglobin értékét 154 esetben a következőképpen találtuk:

83 esetben a vörösvérsejtszám 4—5 millió között;
ebből 15 nő

23 « « « 5—5.5 « «

48 « « « 3.04—4 « «

A festékindex 118 esetben 1 alatt volt, 36 esetben 1 volt vagy ezt alig haladta meg (1.04-ig).

Tehát a vörösvérsejtszám 54%-ban rendes értéket, 15%-ban kisfokú erythrocytosist, 31%-ban erythropeniát mutatott. A festékindex 77%-ban egy alatt, 23%-ban egy volt.

A vörösvérsejteknek finomabb sajátsága azok átmérőjének eltérése a normálistól. A vörösvérsejtek átmérője ép viszonyok között középértékben 7.35 μ -tól 7.75 μ között van, míg 5.9 μ -nél kisebb sejt és 9.3 μ -nál nagyobb sejt nem fordul elő; az összes microcyták (7 μ -nál kisebb sejtek) száma a 20%-ot nem haladja meg (Boros¹⁴). A rendellenes makrocyták vagy mikrocyták megjelenése mindig eltérést jelent a vörösvérsejtek rendes felépítésében, aminek oka az endokrin correlatio zavara is lehet, változzon a hormonális hatás, akár gátló, akár aktiváló irányban (Seyderhelm¹⁵). Endokrin zavar által okozott vörösvérsejtméret változás a diabeteses makrocytosis (Kleiner és Hergloz¹⁶); valószínűleg idetartozik a chlorosis (Boros¹⁷) és chlorosishoz hasonló megbetegedések (chloranaemia achlorhydrica, Kleiner¹⁸) mikrocytosisa; talán az anaemia perniciosa makrocytosisában is szerepelnek endokrin tényezők.

Hyperthyreosisban Jörgensen és Warburg¹⁹ négy esetben határozott mikrocytosist, Holler és Kudelka²⁰ mikrocytosisra való hajlandóságot talált.

A vörösvérsejtek átmérőjét 17 hyperthyreosisban vizsgáltuk (metodika Boros Magyar Orvosi Archivum 1925. 2. szám). Vizsgálatainak eredményét az alábbi táblázatban közöljük.

Eset	Vörösvérsejt átmérő				Mikrocyta %	Alapanyagforgalom %
	közép-érték	legkisebb sejt	legtöbb sejt	legnagyobb sejt		
1.	7.33	5 ³ / ₄	7 ¹ / ₄	9	20	+71
2.	6.93	4 ³ / ₄	7	8 ³ / ₄	42	+95
3.	6.98	4 ³ / ₄	6 ³ / ₄	8 ³ / ₄	53	+60
4.	7.10	5	7 ¹ / ₄	9	32	+74
5.	7.20	5	7	9 ¹ / ₄	27	+67
6.	7.05	5	7	9	36	+41
7.	7.41	5 ³ / ₄	7 ¹ / ₄	9 ¹ / ₄	17	+42
8.	7.21	5 ¹ / ₄	7 ¹ / ₄	9	27	+41
9.	7.10	5 ¹ / ₄	7	9	36	+65
10.	7.14	5	7 ¹ / ₄	9	32	+52
11.	6.82	5	7 ¹ / ₄	9	35	+59
12.	6.68	5	6 ³ / ₄	8 ¹ / ₄	65	+72
13.	6.93	5	7	8 ¹ / ₂	42	+38
14.	6.80	5	6 ³ / ₄	8 ¹ / ₂	60	+46
15.	7.03	5	7 ¹ / ₄	8 ¹ / ₂	33	+44
16.	6.78	4 ³ / ₄	6 ³ / ₄	8 ¹ / ₂	58	+43
17.	6.71	4 ³ / ₄	6 ³ / ₄	8 ¹ / ₂	60	+70

Betegeink tehát minden esetben határozott mikrocytosist mutatnak. Ez a mikrocytosis megegyezik azzal a képpel, ami másodlagos regeneratív anaemiákra jellemző (Boros¹⁷), bár az elváltozás nem olyan nagyfokú, mint ebben. A hasonlatosság a mikrocytosison kívül a fentemlített reticulocytá szaporodásban, polychromasiában, basophil punctatióban, továbbá a 77%-ban egynél kisebbnek talált festékindexben is megnyilvánul. A volumen tekintetében itt is normovolumniát, olykor relatív makrovolumniát találtunk.

Hyperthyreosisban tehát a vörösvérsejtkép ahhoz hasonló, mint amikor egészséges csontvelő mellett fokozott erythropoiesis folyik.

A mikrocytosis foka és a vörösvérsejtszám közt összefüggést nem találtunk. Úgy látszik, hogy a mikrocytosis foka és az alapanyagforgalom fokozottsága között van valami összefüggés.

A fokozottan működő pajzsmirigy vörösvérsejtképzést-fokozó hatásának látszólag ellene szól az, hogy rendes és ennél nagyobb vörösvérsejtszám mellett 15%-ban erythropeniát találtunk. Ennek magyarázatát a következőképpen gondoljuk: Hyperthyreosisban a pajzsmirigy a vörösvérsejtképzést fokozza; ezzel szemben feltehető, hogy az általánosan fokozott égési folyamatok következtében a vörösvérsejtek élettartama is rövidebb. A vörösvérsejtszám alakulásában e két ellentétesen ható folyamat egymást ellensúlyozza. Ha az egyensúly tökéletes, akkor a vörösvérsejtszám normális. Azonban éppen endokrin

folyamatokban lehetséges az egyensúlyozó működések ingadozása. Ha viszonylag a vörösvérsejtképző folyamat élénkebb, akkor erythrocytosis keletkezik, míg ha ez nem tudja pótolni a rövidebb életű sejteket, erythropenia jön létre. Feltevésünk igazolására további feladatunk volna hyperthyreosisban a vörösvérsejtek fokozott pusztulásának a kimutatása, amelyre nézve adatok ezideig nem állnak rendelkezésünkre. Azonban ennek hiánya sem bizonyít ellene, mert lehet, hogy a pusztulás fokozódása nem olyan fokú, hogy azt a mai vizsgálati módszerekkel kimutatni lehetséges volna.

Összefoglalás: Hyperthyreosisban a vörösvérsejtekben olyan sajátosságokat találtunk, amelyek fokozott csontvelő-működésre jellemzők. Hasonló ez a kép ahhoz, amit secundaer regeneratív anaemiákban találtak. Megnyilvánul ez a túlnyomórészt egynél kisebb festékindexben, határozott mikrocytosisban és megerősíti ezt a más szerzők által leírt reticulocytosis szaporodás, polychromatophilia és basophil punctatio is.

Irodalom: 1. *Mansfeld*: M. Orv. Arch. 1912. 189. old. — 2. *Kentzler és Kallós*: Orvosképzés. 15. évf. 1925. szept. — 3. *Damblé*: Klin. Wschrift. 1933. 2. sz. — 4. *Zondek*: Deutsche Med. Wschrift 1922. 48. sz. — 5. *Unverricht*: Klin. Wschrift 1923. 2. sz. — 6. *Wollenberg*: Med. Klin. 1923. 17. sz. — 7. *Blank*: Deutsche Archiv f. klin. Med. 1920. — 8. *Thaddea*: Archiv f. klin. Med. 168. köt. — 9. *Landsberg*: Med. Klin. 1927. 47. sz. — 10. *Tsukamoto*: Ref. Kong. Zentralbl. 1926. 229. old. — 11. *Moldawsky*: D. Med. Wschrift 1928. 45. sz. — 12. *Vedder*: Ergebnisse der In. Med. 1928. 38. sz. — 13. *Meulengracht*: Klin. Wschrift 1929. 1. sz. — 14. *Boros*: M. Orv. Arch. 1925. 2. sz. — 15. *Seyderhelm*: Verhandlungen der D. Ges. f. In. Med. 1933. 45. 60. — 16. *Kleiner és Herglöz*: Orvosi Hetilap LXXVI. évf. 4. sz. — 17. *Boros*: Magyar Orv. Arch. 1926. 1. füzet. — 18. *Kleiner*: Orvosi Hetilap LXXVI. évf. 27. sz. — 19. *Jörgensen és Warburg*: Akt. Med. Scand. 66. évf. 1927. — 20. *Holler és Kudelka*: Arch. f. klin. Med. 1927. 154.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Sonne dysenteria. *Felsen és Osofsky.* (Jour. A. M. A. 1934. 103. 966.)

A Sonne-typusú dysenteria-bacillus okozta megbetegedések rendszeren rövid incubatióval bírnak, nem nagyon toxikusak, a bacillus sok tekintetben hasonlít a Flexner-typushoz. Felnőttekben az enyhe tünetek miatt gyakran nem ismerik fel. A legtöbb nagyobb szabású járvány télen volt, főképp a szegényebb néposztálynál. Egy kórházi járványt írnak le és a végzett laboratoriumi vizsgálatokat ismertetik.

Petrilla dr.

A cukorbeteg insulinkezelése. *Prof. E. Grafe* (Würzburg.) (Die med. Welt, 1934. 43.)

Hogy az insulin felfedezése után is még elég nagy a cukorbeteg mortalitása, az a betegek könnyelműsége mellett részben arra vezethető vissza, hogy a gyakorló orvosok az insulinnal még mindig nem tudnak, vagy nem mernek kellőképpen bánni.

Coma esetén az insulin hatása életmentő, ha idejében alkalmazzák. 24 óránál régebbi coma esetén már nem segít. Természetesen előzőleg biztos meggyőződést kell szereznünk arról, hogy a coma diabeteses és nem esetleg hypoglycaemiás eredetű. A cukorbeteg leheletének acetonszaga, puha szemgolyói, könnyen elnyomható pulsuja, vizeletlelete kétes esetben útbaigazít. A coma kezelését 50 egységgel kezdjük subcután, elhúzódó eszméletlenségben újabb 50 egységet adunk 50 ccm 20%-os dextroséval és 0.3 mgr strophanthinnal intravenásan. A gyakorló orvos evvel megtette kötelességét s legokosabb, ha betegét intézetbe viteli, ahol további kezelése kimerítő laboratoriumi vizsgálatok alapján történjék.

Súlyos és közép súlyos diabetes esetén a teljes munkaképesség fenntartásához szükséges caloriamennyiség bevitelével mellett insulint kell nyújtjunk fokozatosan emelkedő dosisban, addig, míg a vizelet teljesen cukor- és acetonszagmentes lesz s insulinmellékhatások nem jelentkeznek. Insulin refractár esetekben óvakodjunk a túladagolástól. Az insulin elhagyása és megszo- rítása is csak a vizelet ellenőrzése mellett engedhető meg.

Insulin adandó, ha a diabeteshez bármilyen *complicatio* társul, mert tapasztalat szerint ezek gyógyulása csak normalis

vércukorérték mellett remélhető. Feltétlenül adunk kell insulint még könnyű diabetes esetén is, műtétek előtt.

Az insulin *hátránya*, hogy érzékeny egyénekben urticaria-szerű kiütést okozhat; vízretentióra vezet. A legkomolyabb insulinártalom a hypoglycaemia, mely sajátos vasomotorikus neurosisal, izzadással, tremorral, éhségérzéssel kezdődik, hogy súlyosabb esetben psychikus zavartságon, bémulásokon, gőrcsökön, collapsuszerű állapotokon keresztül comához vezessen. Ellenszere cukorbevitel per os vagy inrtavenásan, esetleg az insulinnal antagonistá 1 mgr adrenallinnal kombinálva.

Szerző végül hangoztatja a kórház és a gyakorló orvos szorosabb együttműködésének és a betegeket felvilágosító előadások rendszeresítésének szükségességét.

Rigler András dr.

Sebészet.

Chordotomia (a fájdalom-érző pályák átvágása) tabes dorsalis esetén. *Eivind Platou és Haakon Sæthre.* (Acta Chirurgica Scandinavica. 1934. 75. 3. sz.)

Gyomorcristisben szenvedő betegen végzett chordotomia csillapítja a beteg minden más kezeléssel dacoló fájdalmait.

Szerzők esetében a betegek műtét előtt kiskófi hólyag-paresise és ataxiája is volt. Műtét után ezek a tünetek nem súlyosbodtak. A műtét után a mellkas két oldalán szigetszerűen elszórva, valamint mindkét talpon hyperaesthesiás (hyperpathiás) zónák keletkeztek. Ezeket centripetalisan vezető sympathicus rostokkal, a műtét után néhány hétig fennálló melegérzést pedig vasodilatációval magyarázzák.

Winternitz Sándor dr.

A partialis gastrectomia technikájáról. *Gösta Bohmansohn.* (Acta Chirurgica Scandinavica. 1934. 75. 3. sz.)

Gastrointestinalis daganatok esetén szerző általában a *Bilroth I.* szerint végzett resectiónak híve. Az acut szövődmények levonása után a mortalitás 4% alatt marad. A műtét helybeli érzéstelenítésben, median-metszésből kiindulva végzi. Fontos az anatómiai viszonyok szem előtt tartása, erek, idegek és izmok kímélése, az elszorítás mellőzése azon belterületeken, melyeket benthagynak. Felsorolja a műtét indicióit, gyakoribb szövődményeit és ezek elkerülésének módját.

Winternitz Sándor dr.

Vizsgálat a pyelovenosus refluxióról. *Carl Gustav Ahlström.* (Acta Chir. Scandinavica. 1934. VI. 8.)

Szerző megállapítja korábbi vizsgálatokkal egyezően, hogy a pyelovenosus reflux a vesemedencerepedés által a mellette fekvő vénáknak ártalmával kapcsolatos. Ép nyúlvesén sikerült létrehozni a refluxiót egy bizonyos vesemedencebeli nyomáskor, mely az esetek többségében 40 Hg. mm körül van. Általános vélemény, hogy a p. r. pathogenetikusan jelentősége a hydronephrosira, pyelitésre, bizonytalan vesevérzésekre; de ennek a felfogásnak nagyon kevés tényleges alapja van. Az erre vonatkozó állatkísérleti vizsgálatok ritkák és ellentmondó adatokat szolgáltatnak. A szerző vizsgálati a p. r. lefolyásának tanulmányozását célozzák, kísérletileg létrehozott vesevíz-kór és vesemedencelob esetén. Semilyen támpontot nem talált arra vonatkozólag, hogy a p. r. a vesevíz-kór létrejöttékor nagy szerepet játszana. A p. r. létrejöttét nem könnyítette meg, hanem az hasonló nyomáson következett be, mint az ép vesében. Akkor sem tudott a normalis esetekkel szemben nyomáskülönbséget észlelni, ha vesemedencelobról (fertőzött vesevíz-kórról) volt szó; itt közben szabályszerűen megmaradt a vesevíz-kór esetén lévő állapotokkal ellentétben az intravenalis vesevénák kiterjedt belőveltsége, ami arra mutat, hogy az érfalak és az érkörül szövetek ellenállása a gyulladós folyamat következtében alászállt. Tehát a p. r.-nek tulajdoníthatunk bizonyos jelentőséget a vesemedencelob tünetében, de ezt nem szabad túlbecsülni.

Móra Sándor dr.

Szülészet.

Két osteodystrophiásan összehajló medence, utalással az osteodystrophia fibrosa jelentőségére a szülészetben. *P. Esch.* (Zbl. 1934. 43.)

Osteodystrophia fibrosa alatt az ostitis deformans (Paget) és az ostitis fibrosa (Rechlinghausen) együttes megjelenését érti. A megbetegedés ráterjedhet az egész csontrendszerre. A kéregállomány megvastagszik, de az újképződésű csontlemezek megszűnnek. A csöves csontok legkülönbözőbb elhajlásai és törései jöhetnek létre. Bennök röntgenfelvételen apró kis cysták láthatók. A mikroszkopos kép ú. n. barna tumor (óriássejtsarcoma) képét mutatta, haemosiderin lerakódása által színezve; ezenkívül a csont lacunaris resorptiója is jól látható. Két beteg kórtörténetét közli, akik esetében a megbetegedés hosszú évek óta tart, végtagjaikat sok esetben törték el, úgy azokon, mint a medencecsonton a legkülönbözőbb deformitások láthatók. A betegek régóta ágyban fekvők, mozgásuk a

legminimálisabba korlátozott. Egyik beteg féoldali ovariumát extirpálták, másik oldalt pedig röntgennel castrálták, állapotában mégsem állott be változás. A betegek röntgenképe megegyezett a fent leírtakkal. Vigantolt, foszforos csukamájolajat, paraglandol-tablettákat kaptak, bő táplálkozás mellett. Lényeges javulás állott be, amennyiben most másfél év után is, elég jó közérzet mellett húzófájdalmaik nincsenek, az ágyban fel tudnak ülni, sőt a végtagok bizonyos fokú mozgása is lehetséges.

Kolbe Lajos dr.

Gyermekgyógyászat.

A másodlagos esetek scarlatinában. *Hoyne és Bailey.* (Jour. A. M. A. 1934. 103. 1051.)

Chicagóban 4315 kórházból elbocsátott scarlatina-beteg közül 190 okozott újabb megbetegedéseket és ezen másodlagos (contact) esetek száma 282 volt. A másodlagos megbetegedések okozásában a complicatio nélkül gyógyult eseteknek éppolyan szerepük volt, mint a complicatioval gyógyultaknak. A felnőttek szintén okai lehetnek újabb esetek jelentkezésének. Minél hosszabb az elkülönítés ideje, annál kevesebb a másodlagos esetek száma. Azok a gyógyultak, akiknek enyhe lefolyású betegsége volt, gyakran okoztak súlyos megbetegedést és viszont. A scarlatina elleni küzdelemben az elkülönítésnek a szerepe nem nagy, sokkal több várható — mint a diphtheriában is — az activ immunizálástól.

Petrilla dr.

Az antitoxin használata scarlatina esetén. *Lucchesi és Bowman.* (Jour. A. M. A. 1934. 103. 1049.)

Az antitoxin használatáról még mindig eltérők a vélemények. A philadelphiai járványkórházban szerzett tapasztalataik azt bizonyítják, hogy a serum használata a súlyosabb esetekben indokolt, mert megrövidíti a lázas napok számát, csökkenti a complicatiokat, de hátránya, hogy gyakran (36,3%) okoz serumbetegséget.

Petrilla dr.

Iskolásgyermek immunizálása pertussis ellen. *Frawley J. M.* (Jour. A. M. A. 1934. 103. 960.)

A Krüger, Nichols és Frawley által ismertett vaccinával oltottak iskolás és óvodás gyerekeket. Ennek a vaccinának előnye, hogy olyan törzsekből készül, amelyek antigén értéke magas, reakciókat nem okoz és nem sensibilizálja a szervezetet. Négyzseri oltással 8 cm³-t adva jó eredményeket értek el, mert a fertőzésnek kitett gyermekek egy része védett maradt, más része enyhe alakban esett át a betegségen, úgyhogy a paroxysmalis stadium legtöbbször egy hétnél rövidebb volt.

Petrilla dr.

Szemészet.

Alsó szemhéji bőrhiány fedése az orrhátról vett bőrlebennel. *Kraupa.* (Ztschr. f. Aug. 1934. okt.)

Az alsó szemhéj nasalis felének bőrhiányait a szomszédos orrhát bőrének fellazítása által nyert bőrlebennel fedi. Ennek az eljárásnak nincsenek meg azon hátrányai, melyek anaplastikánál vagy lebennyen plastikánál (arc) megvannak. A műtét hege hamarosan eltűnik úgy a szemhéjről, mint az orrhátról, ekotropiumot nem okoz, csupán arra kell ügyelni, hogy túlságosan fel ne lazítsuk a bőrlebennyet, mert ez esetben epicanthus-szerű ránc keletkezik. Ha nagy az orrháti heg, később az ki is metszhető. Sérülés alkalmával egyetlen lehetőség volt ilyen plastika végzése. Ilymódon jött rá szerző a módszerre.

László György dr.

A színlátás és anomáliái. *A. Polack.* (Annales d'Ophthalmologie. 171. k. 289—311.)

A tények megfigyelése és elemzése megmutatja, hogy nem lehet tovább fenntartani azokat az elméleteket, amelyek szerint a színlátás 3 alapszínből tevődik össze és a daltonismus ezek egyikének a hiányából származik. Maxwell, aki kísérletesen akarja bebizonyítani Young theóriáját, éppen az ellenkező eredményre jutott és kimutatta, hogy a spectrumnak 3 színéből a többi színeket pontosan levezetni nem lehet. Az ezzel az elmélettel dolgozók több tényt figyelmen kívül hagynak, amelyek közül különösen kettő fontos. 1. Két terület van a spectrumban, ahol a tonus állandó. Ezek az egytonusú területek, ahol a megvilágítás erőssége változó, mialatt a tonus nem, a szélső vöröstől 640, a szélső ibolyától 440 μ -ig terjednek. Daltonismusból ezek a területek kiszélesednek, teljes színvárságban pedig összeérnek és elfedik az egész látható spectrumot. 2. normális szem számára a világosság maximuma a sárgában van, kóros esetben a vörös vagy az ibolya felé helyeződik. Az egytonusú területek kiterjedése és a világossági görbének az elosztódása jellemzik a spektrumban a színlátást. Ha csak a világossági maximum áthelyeződése áll fenn, akkor a Rayleigh típusú színlátás keletkezik. Ha ez még az egytonusú területek kiszélesedésével kombinálódik, daltonismus áll

elő. Áthelyeződés a piros felé + az egytonusú területek kiszélesedése: deuteranopia. Áthelyeződés az ibolya felé + az egytonusú területek kiszélesedése: protanopia. Ez az elmélet nem áll ellentétben a tényekkel és új utakat nyit a kutatás számára.

Glück Emil dr.

Bőrgyógyászat.

A Wassermann-reactio érzékenységének emelése fajlagos antigen alkalmazásával. (Gaetgens-féle pallida-reactio). *Th. Grüneberg,* Halle. (Dermat. Wschr. 41. 1934.)

Szerző több mint egy éve végez pallida-antigen-reactiókat a klinikákon szokásos egyéb luesreactiók mellett. Ezen idő alatt 1704 vizsgálatot végzett és úgy találta, hogy a pallida-reactio igen értékes vizsgálati eljárásnak tekinthető. Eljárásában Gaetgens által leírt eredeti kivitel alkalmazta azzal a megjegyzéssel, hogy miként a Wassermann-reactiónál az amboceptort itt is háromszoros titerdosisban vesszük. A pallida-reactio legnagyobb jelentősége a nyert eredmények alapján abban rejlik, hogy a korai lueses esetekben nagyobb százalékban ad pozitívítást, mint a Wa. R. (Wassermann-reactio 48,5. Pallida-reactio 65,6%). Fajlagosság tekintetében ugyancsak felülmúlja a pallida-reactio a leggyakrabban használt kicsapódási reactiókat is. Megerősíti Gaetgens állítását, miszerint a pallida-reactio lényege tulajdonképpen a spirochaeta antigen és antitest között létrejött fajlagos reactionnak tekinthető.

Németh Pál dr.

Az egyenáram szerepe a percutan resorptióban histamin iontophoresissal végzett vizsgálatok nyomán. *Lévai M.,* Budapest. (W. Kl. Wschr. 42. sz. 1934.)

Az egyenáramnak a szerepe histamin iontophoresisnél nemcsak abban áll, hogy a histamint elektrikusán transzportálja, hanem az átsugárzott sejtekben, szövetekben és szövetfolyadékokban mélyreható fiziko-chemikális elváltozást is létrehoz. Az anódsarok sokkal nagyobb mértékben emeli a percutan resorptiót, mint a katód. A sejtek átbecsátó-képességének az emelkedése csak előfeltétele, de nem lényege a percutan resorptio szerepének, mert a sejtfal a resorptio folyamatában semmiféle aktív szerepet nem játszik, csupán mint membrán szerepel. A percutan resorptio emelkedése tehát tulajdonképpen »vis a tergo«² tárgyalható. Ilyen módon nemcsak elektromos áram, hanem más fizikális behatás, massage is hat. Tekintve, hogy a histamin felszívódása jól megfigyelhető tünetekben nyilvánul meg, a percutan resorptio vizsgálatára a histamin mint indikátor is értékesíthető.

Nagy Ferenc dr.

A Koch-bacillus kimutatása tenyésztési eljárással meningitis tuberculosa esetén a liquorban. *Passini.* (Med. Kl. 36. sz. 1934.)

Még súlyos meningitis tuberculosa esetén is igen ritkán lehet találni a liquor centrifugált üledékében Ziel-Neelsen-eljárással saválló pálcikákat. A diagnózis szempontjából pedig sokszor nagyfontosságú a kórokozó azonosítása. Szerző a tbc-bacillus kimutathatóságának a könnyebbé tételére úgy járt el, hogy a liquorhoz asparagint és glicerint tett, megfelelő módon és mennyiségben, miáltal a bacillusok a liquorban 10—12 nap alatt lényegesen megszaporodtak s a centrifugált üledékben könnyűszerrel megtalálhatók voltak. Öt esetben sikerült ilymódon előzőleg negatívnak jelzett liquorból a tbc-bacillusokat kimutatni. Ezen anyagok hozzátétele révén megszaporodott bacillusok a szokásos táptalajon könnyebben és nagyobb sikerrel tenyészthetők, mintha egyszerűen a liquorból végeznénk oltást.

Nagy Ferenc dr.

A női kankó fissan-ezüst púder kezeléséről. *A. Ruete,* Marburg. (Dermat. Wschr. Nr. 37. 1934.)

A Deutsche Milchwerke, szerző útmutatásai nyomán állította elő a fissan-ezüstpúdert, amely fissan, tannin, fehérje ezüstkötés összetételből áll. A kezeléseket részben naponta, részben — járóbeteg rendelésben — 3 naponként végezte, egyes esetekben lysoform és kálium hypermanganat öblítésekkel összekapcsolva. A kezelés a következő: A portio beállítását után alapos tisztítást végzünk, majd porfúvóval az anyagot befújuk, előle egy púderbe mártott tamponot helyezünk. A tampon 12 óráig marad benn, majd újabb hüvelyöblítés következik. A fennálló urethritist 3-szor hetenként 5%-os argentum proteicummal kezelik. Az eredmény meglehetősen jónak mondható, amennyiben a gonococcusok átlagban 21 napon túl teljesen eltűnnek. Eddig 20 beteget kezelte a fent leírt módon. A praeparatum hatása a bakteriumölő erőn kívül abban rejlik, hogy a kötésben levő ezüstből in statu nascendi molecularis formák válnak le és így a kolloidális ezüst fokozott olygodinamiás hatása érvényesül. A készítmény rendkívül olcsó.

Németh Pál dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die pathologisch-anatomischen Grundlagen der Chirurgie des Rektumkarzinoms. *Heinrich Westhues.* 113 old., 107 részben színes ábrával. (Thieme, Leipzig. Ára fűzve: Rm 29-50.)

Szerző a frankfurti *Schmieden* tanárnak egyik tanítványa. Vele együtt rakta le alapjait jelenlegi munkájának, amikor is az alkalmazott kórszövettanra támaszkodva, a polyposisnak juttatták mesterével együtt a legjelentősebb szerepet a vastag- és vékonybélrákok keletkezésében. — (Ezeket a »orokrebs« — helyett magam is szívesebben nevezném *Borst* szerint: »rák gyanúját keltő polypus«-oknak.) — Továbbmenőleg szerző a végbélrák terjedésének az útjait és időszaki határmegyeit igyekezett a sebész számára tanulságos módon szinte térképezni. Referens szerint az idegekbe való betörés tüzetes vizsgálata látszanék még itt hálás talajnak, amikor a szerző által általánosan: »kórszövet«, illetve »periarterialis«-aknak jelzett »ugrásszerű« metastasisok legalább is részben bizonyára más megvilágításba kerülhetnének. A *Schmieden*-féle, majd *Goetze* erlangeni sebészstanár által tovább fejlesztett új sacralis gyökere kiirtási módon nyert készítmények körültekintő kórszöveti feldolgozása útján gyűjtötte *Westhues* a maga tapasztalatait, ami által kellőleg megalapozott körjóslatoknak is a birtokába jutott. A sebészet gyakorlati művelőit a tiszta nyomású, jól sikerült ábrákon kívül főként az utolsó 25 oldal fogja érdekelni, ahol az operálhatóság határainak — a radikális műtéti beavatkozások mikéntjének és kritikai mérlegeléseinek kérdéseit taglalja a szerző. A teljesen pathológiai anatómiai alapon készült munkát maga *Schmieden* jellemzi előszavában a legáltalában, amikor ennek hatása alatt a tudományos felkészültségű sebész számára még manapság is a kórbonctant emeli ki legjobb tanítómesterül. *Balogh Ernő prof.*

A közegészségügyi közigazgatás kézikönyve. *Szaller Miklós.* A m. kir. Országos Közegészségügyi Intézet Közleményei. (Kertész József, Karcag, 1934. Ára 12 P.)

A magyar közigazgatási szakirodalom a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézet közleményeinek sorozatában, *Szaller Miklós dr., Jász-Nagykun-Szolnok vármegyei tisztviselő főorvosának* szerkesztésében és *Scholtz Kornél dr., m. kir. belügyminiszteri államtitkár* előszavával megjelent olyan kézikönyvvel gazdagodott, amelyet ismereteik gyarapítására nemcsak a hatósági alkalmazásban álló orvosok használhatnak sikerrel, de nélkülözhetetlen segédkönyve lesz ez minden magyar gyakorló orvosnak, sőt közigazgatásunk minden nem orvos tisztviselőjének is.

A könyv érdemes szerzője nagy készültséggel és sokévi tapasztalaton alapuló gyakorlati közigazgatási tudással a községek, városok, járások és törvényhatóságok orvosainak hivatalos teendőit ismerteti e művében olyan mindenre kiterjedő részletességgel, hogy abból egyetemeinken magas színvonalú kiképzésben részesült, de az egészségügyi igazgatás ismereteit nélkülöző orvosok az életbe kikerülve, a közel szemben fennálló kötelezettségeiket alaposan megismerhetik. Szerző a községi- és körorvosok teendőinek ismertetését tekintette művében legfontosabb feladatának és ezzel egyedülálló, házagpótló munkát végzett. Ugyanis községi- és körorvosi állásaink elnyerésének előfeltételei között ezidőszert nem szerepel valamely közigazgatási kiképzés megszerzése és így az állásba kerülő községi- és körorvosaink többnyire minden ezirányú ismeretet nélkülöztek, ezek megszerzésének lehetősége pedig igen korlátozott és fogyatékos volt. E hiányon van hivatva elsősorban segíteni *Szaller Miklós dr.* könyve, mert ennek révén a különösen beteggyógyításra hivatott községi- és körorvosaink közhatalosi teendőik végzéséhez elengedhetetlenül szükséges ismereteiket maradék nélkül megszerzhetik. De használnal forgathatják e könyvet a hatósági tisztiorvosok is, mert hivatalos kötelezések rövid és könnyű feltárása, a vonatkozó törvények és rendeletek magyarázata, apróra szétbontása és főleg könnyű felkereshetősége lehetővé teszi számukra a jó, gyors és egységes közegészségügyi munkát.

Örömmel fogadjuk e nagy szükségletet jelentő könyv megjelenését és reméljük, hogy ez egyetlen hatósági alkalmazású orvos asztaláról sem fog hiányozni.

Sajó Lajos dr.

Praktische Diätetik. *Roemheld-Pariser:* »Gyakorlati diéta szakácskönyv«-nek negyedik, bővített és átdolgozott kiadása. (Fischers Verlag, Leipzig, 1935. 226 oldal, ára 6.20 Rm.)

A megújított *Pariser*-féle kis gyakorlati diéta kézikönyvnek immár a negyedik, helyesebben, a kettős szerzőnévvel jelezve, a második kiadása jelent most meg, miután az előző alig két év alatt fogyott el. Határozott könyvsiker ez manapság, aminek magyarázata talán elsősorban a munka megvesztegetően ügyes beosztásában keresendő. Az első rész

rövid, tömör jelmondatokban, elméleti kitérések nélkül fekteti le az étrendek gyakorlati sajátosságait, a második rész pedig utalással az előbbiekre, több mint 500 ételreceptet tartalmaz. Ilyen lenne az a házagpótló útmutató, amelyet az orvos diéta kezelésre utalt betegeknek kezébe adna és ilyennek képzelhető az a könyv, amely az étrendek elkészítőjét a mindennapos fejtöréstől megszabadítaná. Ameddig az orvos és a közönség a diéta kezelés gyakorlati kivihetőségét ételreceptek közlésében látja, addig az ilyen diéta receptgyűjteményeknek mindig sikerük lesz, mert a célszerűtlenségük többnyire csak a használatbavétel után derül ki. Könnyen szem elől téveszthető ugyanis, hogy nem az étel receptje a fix, hanem a beteg egyénisége, ami élelmezési tekintetben bajának szövődményeivel még csak bonyolódhatik. Aki diéta konyhatechnikai készséggel rendelkezik, az maga »kreálja« az ételeket és minden ismert ételreceptet a feladatához mérten adaptálni képes. Nem azt kellene megtanulnunk, hogy pl. a túrósrítés milyen étrendekben szerepelhet és melyeknél tiltandó el, hanem hogy mimódon lehetne annak készítése módját úgy variálni, hogy azt minden diéta adhat, ha a betegnek a túrósrítés a kedvence és megkívánta. Amíg a konyhatechnikai szakutadást a receptablók utáni vágyakozás helyettesíti, addig ennek a kétségkívül gyakorlati értékű könyvnek az elterjedettsége biztosított, amit a szerzők hírneves népszerűsége és diétaetikai felkészültsége révén feltétlenül meg is érdemel.

Soós Aladár prof.

A radiumtherapiáról általában. *Büben Iván.* (A Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat kiadványa. 35 oldal, 19 képpel. Ára 3 pengő.)

E kitűnő monographiában úgy a gyakorlóorvos, mint a szakember megtalálja rendkívül áttekinthető és világos leírását mindannak, amit a radiumkezelésről tudnia kell; a radiumkezelés gyakorlati kiviteléhez szükséges fizikai, élettani és klinikai ismeretek e könyvecskéből hiánytalanul elsajátíthatók. A fizikai rész a radium tulajdonságainak, előállításának módjainak, fizikai és kémiai tulajdonságainak, a radiumsugarak keletkezésének leírását tartalmazza. A sugarak élettani hatásainak ismertetése után szerző a kezelési technikával részletesen foglalkozik és a szükséges műszereket kitűnő fényképekben ismertet. Rámutat a radiumkezelésnek a rák gyógyítására vonatkozó különböző indiciós köreire és kimerítően foglalkozik a nőgyógyászati körébe tartozó rosszindulatú daganatok radiumgyógyításával. Szerző a női nemzetszervek rákjának gyógyításában követendő eljárásokat az e téren gyűjtött bőséges tapasztalatai alapján pontosan leírja és a különböző nagy intézetek gyógyulási statisztikáit közli. A méh-, hüvely- és vulvárak kezelésében követhető különböző technikai eljárások (intrauterin- és hüvelyi kezelés, tüzelés) pontos leírását kapjuk és megismerkedünk szerzőnek minden tekintetben figyelemreméltó technikai módosításaival is. Az értékes monographiát vulvárakon elért igen szép gyógyulási eredmény fényképe zárja le. E könyvet — amely vérbeli szakember munkája — mindenkinek, aki rosszindulatú daganatok radiumkezelésével foglalkozni vagy a gyógyítás e terén tájékozódni óhajt, legmelegebben figyelmébe ajánljuk.

Gál Félix dr.

Öröklési és fajfenntartási higiéné címen jelent meg a Közegészségügyi Könyvtár 16. kötete *Darányi Gyula prof.* szerkesztésében. Az egyesület tudományos szakosztályában tartott kilenc előadást foglal magában ez a különnyomatokból álló kis könyv, mi a tárgy iránti érdeklődést minden irányban jól kielégíti még laikusok számára is. *Sz.*

Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 41-ik vándor-gyűlésének munkálatai. Szerkesztette: *Görka Sándor dr.* egyet. tanár, főtitkár.

Hatalmas, negyedrétegtől, 384 oldalas kiadvány fekszik előttünk a vándorgyűlések megszokott, gazdag anyagával. Bár majdnem minden előadás megjelent másutt is, a maga szakközönségében, mégis szívesen látjuk őket így egybefogva is az összejövetelek kulturtörténelmi jelentőségének bizonyágául. 45 a megnyitó és bezáró ülésekkel kapcsolatban, valamint az együttes üléseken elhangzott előadás, 61 természet-tudományi és orvosi szakelőadás és 27 gyógyszer-tudományi előadás van itt közölve és a könyv elején 83 oldalt foglal el a hivatalos rész — és ehhez lenne egy szerény szavunk.

A 11 lapot tevő elnöki és titkári jelentésből olvassuk a szomorú tény, hogy anyagi hiányában a négy év előtti soperoni vándorgyűlés munkálatait nem tudták kiadni. Ezt a szép intézményt sem veti hát fel a pénz. De ha így van, nem ez a szűkös életlehetőség írja-e elő a nagybővített takarékoságot, még ha nem is szívünk szerint való? Kérdjük, vajjon fennáll-e a culturalis szüksége annak, hogy ez a kiadvány — ha még oly kedves is nekünk — ilyen pazar köntösben jelenjen meg és hogy 14 oldalon »alapszabályokat«, 15 oldalon a tagok névsorát adja címeikkel és lakásukkal és 40 oldalon valamennyi

ülés hivatalos, naplószerű jegyzőkönyvét közölje? — Azt hisszük, hogy erre nincs szükség, ezek irattárba való dolgok, az alapszabály pedig mint külön kis nyomtatvány 20 fillérért állhat rendelkezésére az érdeklődőknek.

Mindezt pedig ne vegye senki rosszmájúságnak a vándorgyűlések jelentősége, avagy pláne a közismert agilitású főtítkár odaadó munkájával szemben, csak — éppen ellenkezőleg — a fölötti sajnálkozásunkból fakadó gondolatoknak, hogy a soproni vándorgyűlés munkálatai anyagiak hiányában nem voltak kiadhatók.

Sz.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 19-i ülése

Bemutatók:

Fischer I.: *Fröschels—Schalit meatobturator.* Bemutató ismerteti azokat a körülményeket, melyek a veleszületett légyszájpadhasadék esetében obturator alkalmazását teszik szükségessé. Ismerteti a légyszájpad hiányát pótló régebbi sistemájú obturátorok lényegét, kicímelve a *Fröschels—Schalit* meatobturator előnyeit. Majd betegen mutatja be azt, lehetővé téve ezáltal, hogy a fonetikai különbséget észlelhessük a meatobturator beillesztése nélkül és azzal.

Némái J.: Azt lehetne várni, hogy a nagy szájjadhézag befedése által a beszélőképeség hiánytalanul bekövetkezik. De ez nincs így, mert a gyermeknek meg kell előbb tanulnia a mássalhangzók képzését, melyeket eddig kisegítő mozgásokkal torzítva alakított, vagy egészen kihagyott. Csupán a magánhangzók tisztulnak fel. A beszéd helyes kiejtését ily gyermek csak hosszú idő múlva sajátíthatja el sok gyakorlatoztatás után, melyeket felszólaló ez esetben megkezdett.

Előadások:

Bókay János *Adatok a régi római időbeli szöphédények ismeretéhez, magyarországi leletek alapján.* (Egész terjedelmében jelen számunkban közöljük.)

Beznák A.: *Az ideg ingerület autahoid átvitele.* A physiologiának arra a classicus problémájára, hogy az ideg ingerület miképpen váltja ki az effector sejtben a működés-változásokat az utolsó 14 év kutatásai megadják a feleletet. O. Loewi 1921-ben tett felfedezését, hogy a békaszívben a vagus ingerlése folyamán egy vagomimias anyag, a sympathicus folyamán pedig egy sympathikomimias anyag szabadul fel, amely azután molekuláris szerkezetének adottsága folytán közvetlenül módosítja a sejt működését az azóta eltelt évek experimentális kritikája megerősítette. Már ő vetette fel azt a gondolatot, hogy a parasympathicus ingerület hatást kiváltó anyaga, autakoidja, acetylcholin, a sympathicus pedig adrenalin. Ezt a feltevést ő a parasympathicus anyag és acetylcholin, a sympathicus anyag és adrenalin bizonyos kémiai és biológiai reakciókban történő azonos viselkedésére alapította. Az acetylcholin biológiai azonosításának és meghatározásának módszereit azóta rendkívül tökéletesítették. A tökéletesebb kimutatás megengedte, hogy az ingerület átvételének ezt a mechanizmusát tovább az idegrendszer számos pontján kimutassák. Kiderült, hogy vannak idegek, amelyek az ingerületüket acetylcholin felszabadítása révén teszik át. Ezeket Dale cholinergias idegeknek nevezi, míg vannak mások, amelyek ingerületüket adrenalin- vagy adrenalin-származék-felszabadítása révén teszik át. Cholinergias idegek: a chorda tympani, az oculomotorius, a szív vagusa, a gyomor- és bélcsatorna vagus beidegzése, az antidromos vasodilatátorok a bél sima izom vagus beidegzése. De kiderült, hogy nemcsak a Gaskell—Langley-féle beosztás alapján a parasympathicus idegrendszer képviselői cholinergiasak, hanem olyan idegek is, amelyek anatómiailag eszerint a beosztás szerint a sympathicus idegrendszerhez tartoznak. Így valamennyi sympathicus ganglionban a praeganglionaris rost ingerülete a ducsejtre acetylcholin felszabadítása révén tevődik át. A n. splanchnicus ingerlés a mellékvesében szintén acetylcholin szabadít fel és ez az, ami az adrenalin elválasztást megindítja. Az izzadásgimrigyek sympathicus idegei szintén acetylcholin felszabadítása révén ingerlik a mirigysejtet. Ugy látszik, hogy a központi idegrendszerben is neuronról ducsejtre acetylcholin felszabadítása révén terjed az ingerület. Bizonyos kísérleti bizonyítékok arra mutatnak, hogy az akaratlagos idegek ingerülete is azonos mechanizmus szerint tevődik át a harántcsíkos izomra. A cholinergias idegekkel szemben az adrenergias idegek száma aránylag kevés, ilyenek a mirigyek (nyálmirigy, máj), szív és bél, valamint a corpus ciliare sympathicus beidegzései. Az acetylcholin hatásának időbeli és térbeli elhatárolását egy igen hatásos enzima, az acetylcholináz végzi. Ez az acetylcholinat a nálánál százezerszer kevésbé hatásos cholinra és a teljesen hatástalan ecetsavra bontja. Ennek az enzimának a hatását függeszti fel már igen nagy hígításban is a physostigmin. Ez a magyarázata tehát a physostigmin

ismert gyógyszerhatásának, hogy a parasympathicus idegek hatását intenzívebbé és tartósabbá teszi anélkül, hogy ő maga a parasympathicus végződéseket izgatná. Physostigmin injecciónjára a vér acetylcholinesterázja hatását felfüggesztvén, ha a chorda tympani peripheriás csónkját ingereljük a vérnyomás csökken, mert a nyálmirigy vénájába került acetylcholin a vérben bomlik el, hanem hatását a praecapillarisokra kifejti. Atropin az acetylcholin keletkezését nem gátolja, hanem megakadályozza, hogy az hatását az effector sejtire kifejtsse. Valószínűleg úgy, hogy az activ felületről az acetylcholin elnyomja (Verdrängung). Indirect kísérleti bizonyítékok arra mutatnak, hogy az acetylcholin keletkezési helye az idegvégfácska. Acetylcholin, mint ilyen nincs a sejtben, illetve végfácskában jelen szabad, diffusibilis hatóképes alakban. Valószínűleg egy inactiv előanyaga alakjában van ott és az ideg ingerület hatására hasad le ebből. Hasonlóan pl. a glykogén elbontásához glukozra. Ezeknek a kísérleti eredményeknek a theoretikus jelentősége abban áll, hogy bebizonyította, hogy a hormonalis és idegi coordinatio hatás mechanizmusában azonos. Mind a kettő a chemiai organisatio egy-egy esete.

A Királyi Magyar Természettudományi Társulat Élet- és Kórtani Szakosztályának december 20-i ülése.

1. Ács L.: *Bányamunkásokon észlelhető hyperthermia klimatikus viszonyok hatására.* A brennbergi szénbányában végzett klimatologiai vizsgálatok azt mutatták, hogy a bánya egyes helyein, különösen a munkahelyeken igen magas hőmérséklet és magas relativ páratartalom uralkodott. Ezek a helyeken a katatermometéres értékek 6 K alatt maradtak. A katatermometéres értékek rosszabbodásával a munkásoknál hyperthermia volt észlelhető, amely egyes esetekben 1.5°-kal volt magasabb a normális testhőmérsékletnél. Ez a hyperthermia a klimás viszonyok javulásával megszűnt. A munkások közül nem mindegyik reagál egyformán a rossz klimás viszonyokra: a hosszabb idő óta bányamunkát folytató munkások jobban bírják a meleg klímát. Klimatologiai megfigyeléseinket levegőionizációs mérésekkel egészítettük ki. Ezek a mérések azt mutatták, hogy a mélyben az ionok abszolút száma, valamint az elektrostatikus töltés 8—10-szer nagyobb mint a felszínen.

2. Simon S.: *Parathyreoidea-hormon érték meghatározása egereken MgSO₄-al.* A hormont Kochmannal megegyezően egy napon, három dosisra elosztva adagolva az egércsoportoknak. 2 1/2 órával az utolsó dosis után a Kochmann által ajánlott és a controllállatok számára hatásos mennyiségű Na-oxalat, vagy Na-fluorid helyett, 1 mg MgSO₄·7H₂O-t ad subcutan. Hatásos hormondosisok esetében a felhasznált állatok kis részében fejlődik csak a MgSO₄ adag után narkosis, míg hormon nélkül ez az adag a nagy többségben hoz létre ugyanilyen múltó hatást. Minden hormondosisot legalább nyolc egéren kell alkalmazni. A MgSO₄ adagolás után félóráig észleli az állatokat és feljegyezi, hogy hány állaton és mikor fejlődik ki a narkosis és mikor szűnt meg. A beadott hormondosis biológiai értékét egy hányadossal fejezi ki, amelynek számlálója a MgSO₄ injectio után 25 perc alatt oldalt vagy hanyatt fektethető egerek száma + a 30. percben még ilyen állapotban levő egerek száma, a nevezője pedig a felhasznált egerek száma. Növekvő hormondosisokra a hányados értéke egyre csökken, majd egy optimális kis érték elérése után újból növekszik. A titrálásakor megállapítja azt a legkisebb hormommennyiséget, amely a legoptimálisabb eredményt adja. Hasonlóképpen jár el a standardként használt Parathormon Lillyvel is. Előnye e methodusnak, hogy a Kochmann-eljárás leolvasását több órával megrövidíti, e mellett, mivel az állatok életben maradnak, sokkal olcsóbb is. Az egyszer használt állatokat azonban csak három hét múlva lehet újból megbízhatóan használni. Tekintve, hogy a hím egerek olcsóbbak, a methodust hím egerekre dolgozta ki.

A Pesti Izr. Hitközség kórházai orvosi karának december 13-i ülése.

Bemutatók:

1. Nagy J.: *Hasi sarcoma érdekes esete.* 39 éves férfinak hidegrázás és 40°-ig emelkedő hőmérséklet kíséretében heves alhasi görcsei. Érzékenység maximuma a coecum táján. Resistencia a hólyag fölött. A romló állapot miatt laparotomia, amikor is genyes környezetben a hátsó hasfallal összefüggő, erősen vérző, puha tapintatú daganatot talált a kismedence fölött. A tumor, elhelyezkedése és a kiterjedt összenövés miatt inoperabilis volt. Az iniciált tumor körültemponálása

után a hasfali sebet zárta. A műtét után acut szívgyengeség tünetei mellett exitus. Sectiókor (*Erys*) kb. ökölnyi, a fali peritoneumból kiinduló, a promontórium felett ülő, széteső tumort találtak, amely egy vékonybélkacsba perforált. A szövettani vizsgálat orsósejtű sarcomát eredményezett. A peritoneumból kiinduló sarcoma a ritkaságok közé tartozik.

2. Schill I.: *Tüdőkő esete.* Az idősebb nőbeteg évek óta köhög és állítása szerint már több ízben köhögött ki köveket. A bemutatott kő kb. 1½ cm hosszú, 1 cm széles, szürkésfehér, szabálytalan alakú, egyenetlen felszínű. Röntgenképe nagy mérszartalmat mutat. Az esettel kapcsolatban általánosságban kitér a tüdőkövek keletkezésére, ezeknek a »bronchuskövek«-től való megkülönböztetésére, a tünetekre és complicatiókra. A bemutatott esetben a mindkét felső lebeny felső részét elfoglaló, a negatív köpet mellett is valószínűleg tbc.-s eredetű cavernarendszer adta meg a kőképződés lehetőségét, a röntgen a cavernákon kívül borsónyi mérszárnyékot is mutatott a tüdőben, amit esetleg még bennlevő kő árnyékának lehetne tartani.

3. Biedermann J.: *Kryptogenesises aleukia.* 41 éves nőbeteg, több mint fél éves kórelőzménnyel, később teljesen aplasztikus, hypochrom excessiv anaemia, hyperbilirubinaemia és urobilinuria nélkül. Leukopenia (300-ig), állandóan successive balra eltoltt fehérvérkép, lymphopenia és nagyfokú thrombopenia. A magas lázzal járó septicus kórképnek differential diagnosisa acut aleuchemiás myelosissal szemben. A lefolyás sajátosságai: belső vérzések hiánya voltaképpen morbus maculosus nélkül csak kisfokú vérzések és főképpen egy az észlelés alatt keletkezett, de két hét alatt gyógyult haemorrhagiás ulcerosus stomatitis, amidőn az ad exitum rosszabbodó általános állapot mellett, még egy gluteális necroticus tályog állott fenn. Therapiás kísérletek többszöri vértransfusióval, idegen vér intramuscularis injectiójával, májkészítményekkel s végül heteken át adott nucleotrat-injectiókkal hatástalanok voltak.

Előadások:

1. Fischer A.: *Postoperatív hasüregbeli adhaesiók kérdései.* A peritoneum nagyfokú összetapadóképessége üdvös reakciója a szervezethez, amely az infectiosus folyamatok letokolódását lehetővé teszi. Statisztikákkal igazolja, hogy a hasi műtétek igen jelentékeny százaléka után maradnak vissza összenövéssek. Ismerteti a hasüregi összenövések okait, keletkezésük és megszűnésük módját, *Pavy* nyomán megkülönböztet physiológias és pathológiás összenövéseket. Előbbiek a betegnek semmiféle kellemetlenséget nem okoznak, utóbbiak a szükséges mértéket túlhaladják, progressiv jellegűek lehetnek. A pathológiás összenövések keletkezésénél nagy szerepet játszik az *egyéni constitutio*. A kóros összenövések klinikailag két kórkép alakjában jelentkezhetnek: 1. élesen körülírt tünetekkel a hasi szervek komoly működési zavaraival jelentkező megbetegedés (ileusig fokozódható passagezavarok), 2. határozatlan tünetekkel, a beteg ingadozó, bizonytalan panaszaival jár. Ezekben az esetekben a panaszok okául az összenövéseket csak akkor fogadhatjuk el, ha a legszigorúbb klinikai, laboratóriumi és Rtg. vizsgálatokkal egyéb okot kizártunk. Az összenövések prophylaxisa: kíméletes operálás. Therapia: a súlyos passagezavaroknál haladéktalan relaparotomia. Az enyhébb formáknál legyünk a relaparotómiával óvatosak, mert neurotikus functionális tényezők is szerepelhetnek.

Schill I.: Az összenövéseknek tulajdonított panaszok sokszor onnan erednek, hogy a műtét nem oldhatta meg a beteg részek eltávolításának kérdését. Hangsúlyozza, hogy kimutatott összenövések mellett a beteg panaszmentes lehet.

Fodor I.: A komoly adhaesiókon alapuló panaszokat közvetlenül a műtét után csatlakozólag, főleg olyan esetekben látta, hol széles tamponádot végeztek. A chronikus esetek elbírálásánál fontos a végzett műtét minősége, valamint a műtét és a panaszok fellépte közötti időtartam. Cholecystektómia után bélpassagezavart sohasem látott, annál többször appendektómia után. Az adhaesióknak tulajdonított panaszok nagyrésze az epeutak megmaradt dysfunctióján alapuló zavar, amely rendszeres duodenális szondázással gyógyítható. A functionális eredetű, bizonytalan hasi panaszok jelentkezése és a műtét ideje között hosszabb latencia szokott fennállani.

Rotter H.: A bélösszenövések foka és a tünetek nagysága nem mindig adaequat. Az adnextumorokkal kapcsolatban gyakran látni, hogy a vékonybélkacs egy-két kacsba erősen oda van növe a pyosalpinxhez; néha hegyesszögű megtöretést is látunk és a bélpassageban még sincs semmi hiba. A prophylaxis szempontjából nem elég a peritoneális defektusokat teljesen fedni, hanem még a varratokat, varratsorokat peritoneummal be kell takarni.

2. Deutsch E.: *A heveny fejtőző megbetegedések kórmege-előzéséről.* Előadó szembeállítja német nomenklatura szerint »die Krankheiten der Unkultur« a »Zivilisationsseuche«-kal, vagyis a pestist, leprát, typhus exanthematicus-t a morbilli, skarlatina, diphtheriával. Részletesen taglalja a fertőző betegségek pathogenitásának fogalmát, párhuzamban az ú. n. »Kontagionsindex«-szel. Átnézetes képét nyújtja, hogyan lesz a kontagiózus betegségekből gyermekbetegség. Adatokkal szolgál a fertőző betegségekre való hajlam átöröklődésére vonatkozólag. A »genius epidemicus«, illetőleg a pathomorphosis fogalmát példákkal illusztrálja. Szembeállítja az ú. n. expositiós prophylaxist a diszpozícióval és ezen eszmekör keretében részletesen foglalkozik a hospitalizálás, desinfectio, activ és passiv immunisatio problémáival. Behatóan foglalkozik a bacillushordozók kérdésével. Fejtegetéseit kórháztypusok és statisztikai adatok vetítésével tarkította.

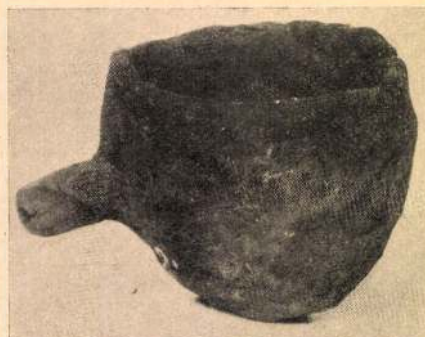
Adatok a régi római-időbeli szopóedények ismeretéhez magyarországi leletek alapján.*

Irta: Bókay János dr. ny. egyet. ny. r. tanár.

Ez edénykéek rendeltetése a mult század 80-as éveitől tisztázódott. *H. Barnes, Mosby, L. Sambon, Toulouse* és *Allaire, Auward* és *Pingat, L. Dufour*, stb. utaltak ugyanis arra, hogy ezek az archeológias leletek nem szimbolikus jelentőségű funerális edények, hanem a csecsemőtáplálás szolgálatában állottak. Hogy kétségtelenül a régi római időkből, tehát a Kr. sz. körüli időkből származnak, bizonyítják az érmek, amelyeket az edénykéek mellett a gyermeksírokban találtak. Az edénykéeket valószínűleg tejjel (mézes tejjel) megtöltve helyezték el a kis halott mellé, hogy az a képzeletükben élő Stix vizén teendő útja alatt táplálékkal el legyen látva. A Pompéjiben kiasott szopóedénykéek közvetlen a Kr. sz. körüli időkből származnak, tekintve azt a körülményt, hogy a várost a Vesuv lávája Kr. sz. után 79-ben (aug. 24-én) öntötte el. Hogy az az utáni időkből az archeologusok gyakrabban találtak ily edénykéket, abban leli magyarázatát, hogy a mesterséges táplálás ekkor már úgy Rómában, mint a provinciákban mind nagyobb mértéket öltött, mit az a tény bizonyít legjobban, hogy *Antonius Pius* császár szoptatási praemiumokat tűzött ki, hogy az anyákat szoptatásra bírja.

I. Valerianus (253—260) és *Claudius* (268—270) és *Constantinus Magnus* alatt (306—337) a mesterséges táplálást az anyák már kiterjedten gyakorolták úgy Rómában, mint a provinciákban.

Hogy azonban ily edénykéek a Kr. sz. előtti időkből is voltak, régészeti kutatások alapján kétségtelen, így ma már



I. ábra.

* Előadta a budapesti Orvosegyesület 1935 január hó 19-i rendes ülésén.

bizton állíthatjuk, hogy a görögöknél, egyiptomiaknál (*Sudhoff*), sőt talán az asszíroknál is használatban voltak. *E. Jenny* aurai igen tisztelt kartársam 1928-ban levélben közölte velem, hogy a neuchâtel-i múzeumban két agyag-szopóedény van, melyeket a neuchâtel-i tó melletti Auvernier-ben ástak ki s melyeknek eredete a svájci régészek becslése szerint Kr. sz. előtt több mint ezer évre tehető. (L. 1. ábrát.)

A régi, római időbeli szopóedények tanulmányozásával 1898-ban kezdtem foglalkozni, midőn is a Nemzeti Múzeum régészeti gyűjteményében az aquincumi leletek között egy ólom gyermeksírládjában a csontok között üveg szopóedénykét találtam. Ezt az ólomkoporsót 1882-ben az óbudai Frey-telken ástak ki s ma is a Nemzeti Múzeumban őrzik. (L. 2. és 3. ábrát.) A lelet meglepett, mert addig az



2. ábra.

irodalomban általában jórészt csak cserépszopóedényekről volt szó. A lelet érdekességét azon időben talán illusztrálja az, hogy *H. Brüning* «*Geschichte der Methodik der künstlichen Säuglingsernährung*» című munkájában (1908) cikkéből a photogrammot egy másik, általam leírt üvegedényké fényképével reprodukálta. (L. 4. ábrát.) Mint alább látni fogjuk, azóta üvegszopóedényeket a külföldön is ismételtelen találtak ama korból. A csontváz, melyet az említett sírládjában találtam, meghatározásom szerint két éves gyermeké lehetett.

A Pompéji edények cserépből készültek, s öblös, felül nyitott, biztosan álló palackocskák, kb. 10 cm magassággal és 8 cm szélességgel, s oldalt füllel vannak ellátva s ürtartalmuk 1 deciliter körül ingadozik. Oldalsó kifolyócsövük az ú. n. «*guttus*», melyen keresztül szopta a csecsemő. Többé-kevésbé hasonló alakúak azon cserépedényecskék, melyek 1871-ben Franciaországban, a Marne départementban történt régészeti kutatások alkalmával kerültek napfényre. Ezeket *Toulouse* és *Allaire* írták le, s az edények mellett talált érmekből ítélve körülbelül ugyanabból a korból származnak, mint a Pompéjiben talált palackocskák. Ugyanilyen leleteket mutattak a Rajna mentén, Párizs környékén, Lüttichben, Angliában és a Dél-Oroszországban végzett ásások. Ugyancsak hasonlóak ama kis cserépedények is, melyeket *Coché* abbé talált gall gyermeksírokban a középkor kezdetén élő normand hercegek, a történetben «*Ördög Róbert*»-nek elnevezett hős Rouen melletti várának környékén. Ezek tehát jórészt cserépedények és csak kisméretű üvegedények. Evvel ellentétben ama 14 edényke, melyet a Magyar Nemzeti Múzeum régiségtárában s az aquincumi és szombathelyi múzeumban találtam, három cserépedénykét kivéve, mind üvegből van, ami régészeti szempontból feltűnő, mert szintén a Kr. sz. utáni I. és II. századból erednek. Aquincum tudvalevőleg *Septimus Severus* alatt (193—211) szerepel, mint colonia a római történetben.

A mi üvegedényeink magassága 7—9.50 cm szélességi átmérőjük 7—8.5 cm s ürtartalmuk 50—124 ccm. A guttus mindegyikén megvan, de kissé mélyebben, mint a cserépedényeken, s alakjuk annyiból tér el a Pompéjiben talált edények alakjától, hogy felső harmadukban inkább vastagon csövesek és csak alattuk erősen öblösök. (L. 4. ábrát.) Az



3. ábra.

4. ábra.

üvegcsék díszítésnélküliek s érdekes, hogy oldalt, vagy hátul füllel nem bírnak, talán az előállítás technikai nehézsége folytán. A három cserépedény közül az egyikben, melyet Aquincumban találtak, a cserépedényeknél szokásos magasabb fekvésű guttus «*phallus*» alakját mutatja, vagyis a gyermek peniséhez hasonló tompán hegyezett kivezetőcső alatt két mogyorónyi hereszerű kidomborodást látunk. (L. 5. ábrát.) Ily alakú cserépedények itt-ott a külföldi gyűjteményekben is vannak. A Magyar Nemzeti Múzeumban őrzött cserépedény füles s a Pompéjiben talált cserépedényekhez hasonló. Erősen öblös, magassága 7.4 cm, ürtartalma 94 ccm. (L. 6. ábrát.) Hogy hol találtatott, nincs megjelölve.



5. ábra.



6. ábra.

A szombathelyi múzeumban lévő fületlen cserépszopóedényke, melynek felső, betöltő része kicsorbult, érdekes annyiból, hogy öblös domborulatán széles vörös csíkok vannak eléggé kezdetleges módon festve az edényke szélességének és magasságának megfelelőleg. Az edényke magassága 8.5 cm. (L. 7. ábrát.)

Hogy ez edényké, mint azt egyesek vélték, olajtartók lettek volna, az olajégők táplálására, kizárható már azért is, mert legtöbbször csecsemők, illetőleg kisgyermek sarcophagjában találták a régiségkutatók. *Korbuly* említi «*Aquincum orvosi emlékei*» című szép cikkében («*Dissertationes Pannonicae*», 1934), hogy *L. Sambon* saját gyűjteményéből ír le szopóedénykét, amelynek oldal-



7. ábra.

domborműve szoptató anyát ábrázol, ami szintén bizonyítéka annak, hogy ez edényké a csecsemőtáplálás szolgálatában állottak.

Hogy a guttust szabadon helyezték-e a csecsemő szájába, vagy fölébe vékony bőrt húztak, melyet átszúrtak, nem tudjuk. Mint ismeretes, a XVII. század óta használatos szívószaru csúcsára a tehén tőgyének lenyúzott pácolt bőrét húzták s ezen keresztül szopott a csecsemő.

A stockholmi „Rádiumhemmet“.

Írta: Kubányi Endre dr.

A rákbetegség elleni küzdelem problémája a modern kor egyik legaktuálisabb és egyúttal legnehezebben megoldható kérdése, ezért talán nem érdektelen, ha a rákgyógyítás ezen világviszonylatban is elsőnek elismert székházának belső szervezetét és a radiumtherapiához simuló irányelveket nagy vonásokban vázolólok.

A Rádiumhemmet a svédországi rák elleni védekezésnek egész országra szóló szervezetének az alapja, ami több mint 3 évtizedes — háborútól megóvott — munkásságnak a gyümölcse. 1910-ben J. Berg, a sebészeti klinika akkori igazgatójának kezdeményezésére közadakozásból létesült. Eredetileg a sugárkezelés tudományos kutatását és fejlesztését kívánta szolgálni; a radiumtherapiával elért frappáns eredmények azonban a rákbeteg-anyag központi gyógyító intézetévé emelték. Fejlődésének állomásairól és a fokozatosan kiépített gyógyeredményekről az időközönként kiadott munkálatok adnak számot. Az organizáció kiterjesztésének sikerét legmarkánsabban néhány számadat világítja meg: 1910. év folyamán a 16 fekvőhellyel működő rádiumotthon 159 fekvő és 173 járóbetegét részesített kezelésben; 1930. évben 56 férőhellyel 1659 fekvőbeteg és közel 7000 járóbeteg, 1933. évben pedig 1555 fekvő- és 7631 járóbeteg nyert gyógykezelést. A Rádiumhemmet ma a rákgyógyítás legnagyobb multtal rendelkező klinikája és ezzel egyúttal a rádiumkezelés speciális kiképzőhelye. Egészen különleges szervezetet épített ki, aminek jellegét az a szükség-szerű körülmény adja meg, hogy az intézet az általa operált, illetve kezelt betegek ellenőrzését állandóan és folytatólagosan fenn igyekszik tartani, mintegy nem engedi soha többé szem elől elveszteni. Egészen különleges energia és gondosság vált szükségessé ennek az ellenőrző szervezetnek a kiépítésére, mely kellő felvilágosító munkával, személyes befolyással, levélváltással mintegy kényszeríti a beteget az időközönkénti megjelenésre. A gyógyeredményeket felülvizsgáló és a statisztikai adatokat feldolgozó hivatal a Hemmet speciálisan fontos kiegészítő része. A radiumtherapia legfontosabb irányelve, hogy a

rádiumbesugárzásban részesült rákbeteg amikor elhagyja a kórházat, tulajdonképpen »nem gyógyultan elbocsátott«, hanem »állandó ellenőrzés és felügyelet alatt tartandó beteg« az intézetnek. A Hemmetet támogatja az állam azzal, hogy a szegénysorsú betegeknek vasúti, hajó- és autóbussz-költségeit visszatéríti, illetve szabadjegyet juttat, a kórházi költségek fedezéséhez ápolási-naponként 250 svéd koronával hozzájárul, az egészen szegénysorsúak ápolási-költség napimradványát a község viseli. Dr. Thorell, a Hemmet II. asszisztensétől nyert értesülésem alapján a mult évben ezenkívül a stockholmi rákelleni egyesület 20.000, Stockholm városa 20.000 koronával támogatta, az Orvos-egyesület pedig az orvosi tudományos munka folytatását segítette anyagiakkal elő.

A Rádiumhemmet belső struktúrája nagyjában sebészeti intézethez hasonlít. Külön klinikai, rádium- és Röntgen-osztályon kívül radiológiai poliklinikája, továbbá kórszövettani és fizikai laboratóriuma van. — A *klinikai-osztály* férőhelye eredetileg 64 ágy, de állandóan pót-ágyakra szorulnak. Külön osztály áll a sebészeti betegek rendelkezésére, ennek vezetője s egyúttal az egész intézet igazgatója Elis G. E. Berven; külön osztályt alkot a nőgyógyászati rész, melynek vezető főorvosa J. Heyman. — A *poliklinika* szerepe az ellenőrző vizsgálatok keresztülvitele. A Hemmetben gyógykezelt beteg távozásakor figyelmeztető-lapot kap, amelyen fel van tüntetve, hogy mikor kell felülvizsgálaton jelentkeznie. A kisebb beavatkozásokat és rádiumapplikációkat a poliklinika műtőjében végzik. — A *rádiumosztály*. A Hemmet jelenlegi rádiumvagyona 10 g és 223 mg, amiből egyszer 5 grammot és egyszer 3 grammot ú. n. ágyúban helyeztek el. Ezt használják a telerádiumkezelésre. A többi rádiummennyiség tubusok, tűk és lapok alakjában kerül felhasználásra. A rádiumágyúk nem maradnak egy félóra sem kihasználatlanul, napokkal azelőtt fel van osztva a pontos időbeosztás. A használaton kívül levő tüket, tubusokat, lemezeket páncélszekrényben őrzik, ami megfelelő vesz-cseggel van ellátva. — *Röntgenosztály*. 6 kezelő-helyiségből áll, a terápiát kitűnően betanított ápolónői testület látja el. — Az *ellenőrző- és statisztikai* alosztály az intézet központja, ez a szerv tartja fenn az összekötést a beteganyaggal. Talán nem érdektelen felemlíteni, hogy azokban az esetekben, ha a beteg túlságosan »renitens« és többszöri behívóra sem jelenik meg az ellenőrző vizsgálaton, úgy ezen alosztály a kérdéses falu papjához fordul s ezen úton hivatja be. Ezen alosztály kiegészítő része a szociális ügyeket, útikölségmegtérítést, szabadjegyküldést, elszámolást végző gondnokság. — *Fizikai laboratórium*, vezetője Dr. R. Sievert, tudományos működésén kívül ellenőrzi a röntgenkészülékeket, időközönként kontrollálja az egyes rádiumtűk, tubusok, lemezek sugárzó erejét, a segédműszereket, továbbá a betegekre és a kezelőszemélyzetre vonatkozó védekező berendezéseket. Az utóbbi években ezen laboratórium jelentősége nagymértékben emelkedett, amennyiben a Svédország egész területén működő röntgenkészülékeket kiszállások útját ellenőrzi, ami egyrészt egységes dosimetriát és a betegek fokozott biztonságát célozza. Ezen »ambuláns működés« iránt olyan az érdeklődés, hogy a szomszédos államok is igénybe veszik. Fontos szerepe még, hogy még mint a rádiumkészítmények kontroll-állomása is működik. — *Kórszövettani osztály*, vezetője Dr. O. Reuterwall, diagnosztikus feladatán kívül fő működési területe, hogy a röntgen és a rádium által okozott szövettani elváltozásokat nagy anyagon sorozatosan ellenőrzi, oly speciális munkakör ez, melynek jelentősége mindinkább fokozódik. 1925. év óta külön kutatási állomással bővült, mely állatkísérletek útján is foglalkozik a röntgen és rádium hatásmechanizmusának tanulmányozásával.

A Hemmet a kombinált sebész-radiológiai, illetve kombinált rádium- és röntgenkezelést folytatja, de a mellett a rejtett rákesetekben nagy körültekintéssel mintegy önmagának kontrollálja az ismertetté chemotherapyai és immunológiai eljárásokat. Legújabbán 3 eset kapcsán a kobra-toxin tényleges jó hatása mellett foglalt állást, amikor is gyógyíthatatlan esetekben a fájdalomérzést tényleg sikerült leszállítani és ezen betegeket morphium nélkül heves fájdalmaiktól mentesíteni.

A rák korai felismerése érdekében 1928-ban 2½ millió példányban »Merkblatt« nevű ismertetések küldöttek szét az egész országban. Jelenleg továbbképző tanfolyamok útján igyekeznek felvilágosító munkát végezni. A propaganda kifejlesztését nagyrészt megkönnyíti az állam aránylag kis területe és a lakosság évtizedeken át való ezirányú mintegy nevelése. Forssell büszkén hirdeti, hogy ma már az országnak nincs olyan kis faluja, amelyben ne lenne sikeresen gyógyított rákbeteg, aki ekképpen a propagandának legkitűnőbb szószólója.

A Radiumhemmet egységes vezetés alatt álló szerves egész, amelynek működése a legnagyobb pontossággal dolgozó egészen különös lelkesedéstől áthatott intézmény. A magas színvonalon álló tudományos légkör, az anyagiaságnak a legteltesebb hiánya, a vezető emberek szerény, de biztos irányítása, az egész segédszemélyzet szigorú pontossága arról győzi meg az itt tanulót, hogy ezen a helyen nemcsak a tudás lakik, hanem a lelkiismeret is.

VEGYES HÍREK

Válasz Kovács Prof. úr megjegyzésére. Elnézést kérek Kovács professor Úrtól, hogy őt nem említettem a Barton-fogóról szóló közleményemben, de én c. ak 1926 július 6-án vagyok nőgyógyász, így tehát az 1926 februárjában az Orvosképzésben megjelent tanulmányuti beszámolója elkerülte figyelmemet. Műteti alkalmazását illetően Harper 1930-ban megjelent tankönyvéből annak 489. oldalán, s a 68. képes oldalon olvasható sorainak szó szerinti fordítását: »Csakis a bemenet számára lett tervezve. Ha a medenceüreget eléretett, egy más fogót kell a Barton helyett alkalmazni.«

Egyébként köszönettel veszem erre vonatkozó szíves megjegyzéseit és mivel mi sem tartottuk a fogó kanálainak levételét teljesen racionálisnak, amikor forgatásával bajt nem igen okozhatunk, ezután mi is módosítani fogjuk eljárásunkat.
Várhelyi Béla dr.

Demjanovich Emil dr. kartársunkat aranydiplomával tüntette ki a Pázmány Péter Tudományegyetem, mit a budapesti VIII. kerületi orvostársaságnak a Gyógyszerész Kaszinóban rendezett díszközgyűlésén f. hó 18-án *Schmidlechner Károly dr.*, a BOSz elnöke adott át ünnepi beszéd kíséretében a kitüntetésnek. A hivatalos ünnepséget száterítékes társasvacsera követte, melyen *Verebély Tibor* professor méltatta az ünnepelt érdemeit. *Demjanovich Emil dr.* egész életében lelken viselte nemcsak a gyógyítás sikerét, hanem betegeinek sorsát is. Ennek folytán egyike volt a legideálisabb háziorvostypusnak és kis rendelőjében, közéleti szereplésében igen sok jót tett szegényekkel és betegekkel. Rendi ügyeinkkel mindig áldozatosan és sokat törődött, és úgy a Józsefvárosi Orvostársaság elnöki, mint a Budapesti Szövetség alelnöki, és nem egyszer mint az adóügyi bizottság tagja mindig a rendi érdekeknek és collegáinak javát tartotta szem előtt. Ezért azt hisszük, minden kartársunk örömmel vette *Demjanovich Emil dr.* kitüntetését és szívből együtt ünnepel az ünneplőkkel.

Új gyógyszerárszabás lépett életbe január hó 1-ével, amelyben immár a IV. Gyógyszerkönyv hivatalos szereinek arai mind bentfoglaltatnak, a tablettáké és az ampullázott oldatoké is. Az árszabással egyidejűleg a Gyógyszerészek Egyesülete ú. n. *Egyesített Árszabványa* is megjelent, amely a hivatalos szereken kívül a nem hivatalos új gyógyszerek, drogok és eddig engedélyezett specialitások árát mutatja és gyógyszerárakban hat pengőért kapható. Általánosságban szólva a legtöbb gyógyszer ára csökkent, amit azonban egynémelyiknek, az ú. n. galenicumoknak és egy-két munkadíjnak mérsékelt áremelkedése kiegyenlített. Végeredményben tehát a közönség számára az orvosságok ára változatlan maradt.

Örvendetes, hogy az árszabással együtt a »norma pauperum« vénymintáit is a IV. Gyógyszerkönyv és a mai kívánal-

mak értelmében átdolgozták, a rendelhető ampullás solutiókat, tablettákat, bevált orvosság-összeállításokat szaporították. Összesen 97 receptje van ennek a gyűjteménynek. — A közgyógyszerellátás terhére rendelhető nem hivatalos szerek száma természetesen megfogyott, amennyiben a hivatalossá tett szereket innen törölni kellett. Ez még egyideig nehézségeket fog okozni, mert a gyárak egyelőre nem hajlandók márkázott készítményeiket a hivatalos, de közös néven forgalomba hozni. A hivatalos árszabást életbeléptető 260.500/1934. B. M. rendelet csak a gyógyszerek árszámítására vonatkozólag tartalmaz utasításokat. Az orvosi vények újonnan szabályozott kiállításáról és a gyógyszerek eltartásáról és kiszolgáltatásáról szóló intézkedések külön rendeletben (260.510/1934. B. M.) láttak napvilágot. Ezekből a következő, minden orvost érdeklő rendelkezéseket emeljük ki:

6. §. 1. Az orvosi rendelvényt rendszerint, az egy- és kétkeresztes szereket tartalmazót pedig minden esetben olyan papíron kell kiállítani, amelyen az orvos neve, lakása (telefonja) fel van tüntetve.

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

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

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

4. Kétkeresztes szert tartalmazó gyógyszer ismétlését ugyanazon a recepten csak újabb kelettel és újabb aláírással lehet elrendelni; »Semper repetitur« jelzéssel azonban ellátni nem szabad. De a 7. §. 12. pontja szerint, ha a szer használata nélkülözhetetlenül állandó és ezt a hatósági tisztiorvos a rendelvényen igazolja, újabb kelet és aláírás nélkül is megismételhető az (morphinra szoruló) a hatósági orvos által megjelölt időpontig, legfeljebb egy naptári évig. Ha a kétkeresztes szer nem kábítószer és az egész gyógyszerben foglalt mennyisége nem haladja meg a szer egyszeri legnagyobb adagját, az orvosság újabb orvosi aláírás nélkül is megismételhető.

5. Kétkeresztes szert poralakban osztatlanul rendelni és kiadni nem szabad. Amennyiben pedig a szer külső használatra szolgál, tartályát mérég-jelzéssel kell ellátni.

6. Az egy kereszttel jelölt és a gyógyszer-árszabásban üres kereszttel \boxtimes jelzett altatószert tartalmazó rendelvény csak úgy ismételtető meg, ha az orvos újabb dátummal és aláírásával ellátta (hypnoticumok, altató adagban). Kivételt képez, ha az orvosságban az altatószer egész mennyisége a hypnoticum napi adagját meg nem haladja, amikor a rendelvény e nélkül is megismételhető.

7. §. 1. A gyógyszert szigorúan a rendelvény szerint kell elkészíteni. Ha szóvédjegyzett szer rendeltetett, helyette mást, legyen az bár vele vegyileg azonos, kiadni nem szabad.

2. A minőség pontos előírása hiányában mindig a kisebb töménységű, illetve a tisztítottabb állapotú kell kiadni.

3. A dextrinnel szárított kivonatokból mindig kétszeres mennyiséget, az extractum scillaeből háromszorosat kell kiadni még akkor is, ha az orvos kifejezetten »extractum cum dextrino«-t rendelt.

4. Közlebbi megjelölés nélkül mindig a hivatalos sőt kell kiadni (codeni = cod. hydrochlor.).

5. Bomlékony vagy csökkenő hatású gyógyszerekből a rendeltnél többet még a fél kívánságára sem szabad kiadni.

6. Oly rendelvény, melyet nem a 6. § szerint állítottak ki, — életveszély vagy más sürgősség, nemkülönbön lényegtelen alaki hibák kivételével — elkészíteni és kiszolgáltatni nem szabad. Ily esetekben az orvost, ha ez nem lehet, a gyógyszer vásárlóját a kiadás megtagadásának okáról fel kell világoztatni.

7. Ha az orvos túllépte a kétkeresztes szer maximális adagját és közjeggyével ezt meg nem erősítette, akkor a gyógyszerész, ha az orvossal nem tud érintkezni és az eset sürgős, esetleg életveszély forog fenn, a kétkeresztes szer legnagyobb adagjának figyelembevételével levelezti el a gyógyszert és ezt a vényen megjelölve, a rendelő orvost erről értesíti.

8. A bakteriológiai és szerumkészítmények, nemkülönbön az organotherápiás (hormon, vitamin) készítmények, épúgy mint az egy- és kétkeresztes szerek csak gyakorlatra jogosított orvos, illetőleg állatorvos rendelkezésre adhatók ki. Minden új szer, amíg a gyógyszerkönyvbe vagy az egyesített gyógyszerárszabásba bele nem kerül, egykeresztes szernek tekintendő.

9. A 8. bekezdésben nem említett egyéb szerek a gyógyszerárakban szabadon árusíthatók.

10. Másolatok alapján keresztes szert tartalmazó gyógyszer kiadni nem szabad.

A többi rendelkezés csupán a gyógyszerészekre tartozik. Végül az egyidejűleg kibocsájtott 260.520/1934. B. M. számú rendelet a *gyógyszertárak berendezése és felszerelése tárgyában* intézkedik, ami különösen a tisztiorvosokat érdekli. Mindezen rendeletek a Népegészségügy 1. és 2. számában is megjelentek.

Továbbképző tanfolyamok orvosok számára. Az orvosi továbbképzés központi bizottsága a klinikákon és kórházakban állandóan folyó két- és négyhetes továbbképző tanfolyamokon kívül a tavaszkor a következő cursusokat rendezi:

Március 26—30-ig a *tuberculosisról* az *Országos Társadalombiztosító Intézet pestújhelyi kórházában*, ezen tanfolyamot vezeti: *Pekánovich István dr. egy. magántanár*, kórházi igazgató-főorvos; — március 7—9-ig az *allergiás betegségekről* a *Gróf Apponyi Poliklinikán*, ezen tanfolyamot vezeti: *Hajós Károly dr. egy. magántanár*, főorvos; — április 1—13-ig és május 6—18-ig az *anya- és csecsemővédelemről* az *Országos Stefánia Szövetség központi intézetében*, ezen tanfolyamot vezeti: *Keller Lajos ügyvezető igazgató*; — március 11—23-ig a *törvényszéki orvostanból* a *Budapesti Egyetemi Törvényszéki Orvostani Intézetben*, ezen tanfolyamot vezeti: *Vitray Antal dr. egy. magántanár*. Ezenkívül május 18. és 19-én a *szegedi egyetemi klinikákon* az *anyagcserebetegségekről* lesznek előadások. Ezen tanfolyamra jelentkezni lehet: *Engel Rudolf dr. egy. rk. tanár úrnál*, a *szegedi helyibizottság titkáránál*, *Szeged, Egyetemi belkliniká*. Április 25—június 1-ig a *debreceni egyetemi klinikákon és intézetekben* minden csütörtöki és pénteki napon *előadások és gyakorlatok* és április 16—május 26-ig pedig három csoportban kéthetes továbbképző előadások és gyakorlatok. Ezen tanfolyamokra jelentkezni lehet *Orsós Ferenc dr. egy. ny. r. tanár úrnál*, *Debrecen, orvostani dékáni hivatal*.

Március 9—május 18-ig minden szombaton *előadások* a *Pécsi Tudományegyetem klinikáin*, — február 18—március 2-ig a *tüdőtuberculosisról* kéthetes tanfolyam a *pécsi egyetem belklinikáján*, — március 18—31-ig az *anya- és csecsemővédelemről* kéthetes tanfolyam a *pécsi egyetem gyermekklinikáján*, — az év bármely időszakában *két- vagy négyhetes gyakorlatok a pécsi egyetem klinikáin*. Ezen tanfolyamokra jelentkezni lehet *Angyán János dr. egyet. ny. r. tanár úrnál*, *Pécs, Egyetemi belkliniká*.

Felvilágosítást írásbeli megkeresésre készségesen ad az orvosi továbbképzés központi bizottsága irodája (VIII., Mária-utca 39. szám) s a részletes programot februárban megküldi.

A Magyar Gyermekorvosok Társasága X. nagygyűlést 1935. évi május hóban az Orvosi Nagyhéttel kapcsolatban fogja megtartani. Az igazgatótanács a következő referátumokat tűzte napirendre: 1. Az agy- és agyhártya gyulladással járó betegségeknek a pathológiája, klinikája és terapiája. 2. A vérkeringés kórtana a csecsemő- és gyermekkorban. 3. A modern csecsemő- és gyermekvédelem és ennek célkitűzései.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 26-án, délután 6 órakor tartandó ülésének napirendje: Bemutatás: *Schey Géza és Pásztor Béla*: Sectio caesarea post mortem. — Előadások: 1. *Rósa László*: Luminal és brom hatása az alapanyagcsere, systoles és diastoles vényomásra, különös tekintettel a klimaxra és dysthyreosisokra. 2. *Szenteh István*: Hasúri vérzések a nőgyógyászatban.

Budapesti Kir. Orvosegyesület Orthopaediai Szakosztálya január 31-én d. u. 6 órakor a II. sz. sebészeti klinika nagy tantermében megtartandó ülésének tárgysorozata: *Farkas Aladár*: A csípőízület szokatlan megjelenésű megbetegedése. (Vetítés.) *Zinner Nándor*: Csípő- és térdízületi mobilitások végeredménye. (Filmbemutató.) Előadás: *Dollinger Béla*: Hanyagtartású tanulók tornáztatásának mai állása a székesfőváros iskoláiban.

A Közkórházi Orvostársulat január 30-i tudományos ülésének tárgysorozata: Bemutatás: 1. *Csatári-Szűcs István*: a) Gyomorhues, b) Hyperorchidia. 2. *Molnár István*: Idegentest ileus. 3. *Gidró László*: Nyolcnapos ileust okozó sigma-cc. resectióval gyógyított esete. 4. *Réffy Ferenc*: Lues III. Előadás: *Peleskei Lajos*: Tapasztalatok az emberi szervezetbe vitt lósavóval.

Az Országos Közegészségügyi Egyesület Rákbizottságának január 29-én, este 6 órakor az egyetemi Közegészségtani Intézet tantermében tartandó ülésének tárgysorozata: *Kisfaludy Pál*: A radium-therápia szerepe a rák elleni küzdelemben. *Kubányi Endre*: A rákprobléma actualis kérdései. *Büben Iván*: A rák elleni küzdelem.

A Magyar Psychologiai Társaság január 26-án, d. u. 6 órakor a Gróf Apponyi Albert Poliklinika nagytermében *felolvasó emlékülést* tart a következő tárgysorozattal: *Benedek László dr.*, a Társaság elnöke: *Hughlings Jackson* élete és

munkássága. Emlékbeszéd születésének 100 éves fordulója alkalmából. *Takács Zoltán dr. f.*: Kosmikus felfogás a közel és távol kelet művészetében.

A Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete január 30-án délután 6 órakor tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatás: *Mittelmann Dénes* (m. v.): A mandibula röntgenfelvételének új technikája. Előadás: *Róna Alfréd*: A fogorvosi röntgen-therápia mai állása.

A Budapesti Orvosi Kör előadássorozatának január 28-i előadását este 7 órakor a Kör helyiségében *Haynal Imre dr.* egyetemi magántanár tartja »A keringési elégtelenség functionális pathológiája« címmel.

A medikusbál január 19-én zajlott le a Hungária szép termeiben, megszokott előkelő intimitásában. A védnők, háziasszonyok és a bált megnyitó párok a belső teremben gyülekeztek és onnan vonultak be a táncterembe a Rector Magnificus-szal, *Kenyeres Balázs* professzorral és a bál fővédnökeivel, *Huzella Tivadár* professzorral és feleségével élükön. A tanári kar közül ott láttuk *Beldk Sándor*, *Darányi Gyula*, *Bahay Lajos*, *Szabó József*, *Verebély Tibor*, *Vámossy Zoltán*, *Rejtő Sándor* professorokat, *Barla Szabó József*, *Bakody Aurél*, *Horváth Mihály*, *Horváth Boldizsár*, *Mező Béla* és *Obál Ferenc* tanárokat, kiket a megjelenésükért hálás ifjúság sok szeretettel vett körül. A bál fényes sikeréért s mai szűk napjainkban nem remélt anyagi eredményért a fáradságát rendezőseget illeti, *ijj. Huzella Tivadarral*, *Lukács Antallal* és *Orz Jánossal* élükön a dicséret és szegénysorsú collegáik hálás elismerése. A bál elszámolását annakidején közölni fogjuk.

Lillafüred gyógyhelyi bizottsága kegyeletesen emlékezett meg *Dalmady Zoltán* haláláról és elhatározta, hogy a Palotaszállótól a Szent Anna-barlangig vezető serpentin-utat »Dalmady Zoltán-sétány«-nak nevezi el.

A Rockefeller-alapítvány 1933-ban 9,890.806 dollárt adományozott tudományos célokra. Ebből 1,173.853 dollár jutott az orvostudományi kutatásokra.

Mesianóban (Trient mellett) rövid idővel ezelőtt 200 ágyas szanatóriumot nyitottak meg tuberculosisos betegek részére. A költség 6 millió líra volt.

Angliából a superfoetationnak egy érdekes esetét közlik. Egy multipara 56 napi időközben szülte két egészséges gyermekét, kiknek testsúlya normális volt.

A ceyloni tömeges állítólagos malaria megbetegedésnek eddig 3000 halottja van, köztük nagyon sok kisgyermek.

Szovjetországban 1933-ban 76.000 orvos volt. A kormányzat elhatározta, hogy felemeli az orvostanhallgatók számát, mely 1928-ban 26.100, 1934-ben 48.000 volt. 1937-ben az orvostanhallgatók száma állítólag eléri a 103.000-et. További elhatározás, hogy az orvosok tanulmányidejét 2 1/2 évről 5 évre emeli.

Halálozás. *árkosi Benkő Lajos dr.* királyi tanácsos, Bars vármegyének ötvenhat éven át tisztii főorvosa, 96 éves korában Aranyosmaróton, *id. Szegedy Kálmán dr.* tb. megyei főorvos, ny. községi orvos, 76 éves korában Budapestben elhunyt.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számához a „*Cerva*“ laboratórium rt., Budapest gyógyszerkészítményeiről szóló prospektust mellékeljük.

A *rendellenes menstruációs vérzések* terapiájában alkalmazható készítmények sora értékes szerrel bővült a Richter-féle Paracals-szal, mely 10 ccm-es ampullában 0.10 g fémcalciumnak megfelelő calciumgluconatot és 50 Collip-egység Parathyreoidea hormont tartalmaz, vagyis oly alkotórészeket, amelyeket külön-külön eddig is sikeresen alkalmaztak genitális vérzéseknél. Paracals különösen ott hat kiválóan, ahol a kismencedeuri aktív hyperaemiát vasomotoros behatások idézik elő. Különösen jók az eredmények *hypermenorrhoeáknál*, valamint *metropathia haemorrhagiáknál*. Prophylacticumként is alkalmazható hypermenorrhoeás esetekben és érdekes, hogy egyes esetekben még a kezelés után is késői kedvező hatást észleltek. *Petefészekgyulladások* okozta elhúzódó és gyakran ismétlődő vérzéseknél szintén sikeresen adták, ahol még a calcium gyulladásgátló hatása is kellően ki van használva. *Bakács* (Zbl. Gyn. 1934. évi 20. sz.) 20 esetben alkalmazta Paracals-injekciókat és 70%-ban teljes gyógyulást, 15%-ban lényeges javulást ért el. A Wien. Med. Wochenschr. 1934. évi 21. számában *Frankl* professor hívja fel a figyelmet a Richter-féle Paracals-ra, mint a rendellenes menstruációs vérzéseknél sikeresen alkalmazható készítményre.

Kimutatás az 1935 január 13–19-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) és haláleseteiről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphtheria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis		Morbilli		Influenza		Malaria		Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.
1. Abaúj-Torna	92.827	—	—	—	—	—	—	I	I	—	—	—	—	54	—	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	111.860	3	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.131	2	—	—	—	16	—	4	—	—	—	—	—	7	4	—	—	—	—	—	—
4. Békés	334.130	3	—	2	I	10	2	3	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—	—	—	—
5. Bihar	179.115	6	I	2	—	4	I	—	—	—	—	—	—	30	I	—	—	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	304.182	I	I	—	—	3	I	14	—	—	—	—	—	12	3	—	—	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.511	2	I	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	I	—	—	—	—	—	—	—
8. Csongrád	148.191	I	—	—	—	3	—	I	—	—	—	—	—	I	—	—	—	—	—	—	—
9. Fejér	230.719	8	—	—	—	7	2	6	—	—	—	—	—	I	I	—	—	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.241	I	—	—	—	6	I	I	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11. Hajdú	180.159	9	2	—	—	I	—	5	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—	—	—	—
12. Heves	320.921	4	—	—	—	9	—	4	—	—	—	—	—	14	4	—	—	—	—	—	—
13. Jász-Nk.-Szolnok	417.676	9	—	—	—	12	2	14	—	—	—	—	—	I	—	—	—	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.173	8	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	I	—	—	—	—	—	—	—
15. Nógrád és Hont	226.557	—	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Sol.-Kk.	418.317	15	I	2	I	56	3	48	I	—	—	—	—	53	I	—	—	—	—	I	—
17. Somogy	388.775	—	—	—	—	7	2	35	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—
18. Sopron	143.235	—	—	—	—	4	I	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	410.116	14	2	—	—	3	I	7	—	I	—	—	—	72	I	—	—	—	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	154.630	3	—	—	—	—	—	I	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21. Tolna	267.560	I	3	—	—	13	I	18	—	I	—	—	—	108	I	—	—	—	—	—	—
22. Vas	274.227	5	—	—	—	11	—	6	—	—	—	—	—	22	I	—	—	—	—	—	—
23. Veszprém	246.093	2	—	—	—	5	I	8	—	—	—	—	—	39	—	—	—	—	—	—	—
24. Zala	367.564	5	2	—	—	8	I	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25. Zemplén	148.150	4	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	2	3	—	—	—	—	—	—
I. Baja	29.329	—	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1,027.106	9	I	2	—	37	I	66	—	—	—	—	—	78	—	—	—	—	—	—	—
III. Debrecen	121.326	2	—	—	—	3	—	8	—	—	—	—	—	38	—	—	—	—	—	—	—
IV. Győr	50.844	—	—	—	—	—	—	I	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.825	—	—	—	—	I	—	4	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	80.729	—	—	—	—	6	I	I	—	—	—	—	—	44	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	62.597	3	I	—	—	5	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII. Pécs	65.963	—	—	—	—	5	—	I	—	—	—	—	—	21	3	—	—	—	—	—	—
IX. Sopron	36.022	I	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	46	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	137.479	—	I	2	—	7	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.247	—	—	—	—	I	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen : 8,840.527		121	16	10	2	261	21	289	2	2	—	—	—	690	23	—	—	—	—	—	—
Előző évben :		76	3	13	—	372	29	346	6	—	—	—	—	235	12	—	—	—	—	—	—

Pályázat.

A Nógrádvármegyei »Mária Valéria« közkórházban megüresedett egy alorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása a 124.000/1926. N. M. M. sz. ministeri rendeletben megállapított fizetés, egy szobából álló szabad lakás és tisztii élelmezés, amelyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. Pályázhatnak nőtlen, illetve hajadon orvosdoctorok. A kinevezés egy évre szól, amely további két-két évre, pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Magánygyakorlat folytatása nincs megengedve.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények február hó 10-én déli 12 óráig méltóságos *Soldos Béla dr.* főispán úrhoz intézve a kórház igazgatójához nyújtandók be. A kérvényhez melléklendők: születési bizonyítvány, orvosdoctori oklevél, esetleges eddigi működést igazoló bizonyítványok, illetve ezek hiteles másolatai.

Balassagyarmat, 1935 január hó 16.

Kenessey Albert dr. s. k.,
kórházigazgató-főorvos.

Pályázat.

A püspökladányi járáshoz tartozó Nádudvar községben megüresedett és jelenleg helyettesül betöltött II. községi orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat, valamint erkölcsi és politikai megbízhatóságukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmeket hozzám folyó évi február hó 16-án déli 12 óráig annál is inkább adják be, mert a később érkező pályázati kérelmeket figyelembe nem veszem.

Az állás javadalma a 62.000/1926. B. M. sz. rendeletben megállapított, illetőleg a mindenkor érvényben lévő rendeletekkel csökkentett fizetés és lakáspénz.

A választás napjának kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Püspökladány, 1935 január hó 16.

Rásó dr. s. k.,
főszolgabíró.

Kipróbált

**Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum**

LYSALGIN

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

Dr. Wander R.T.

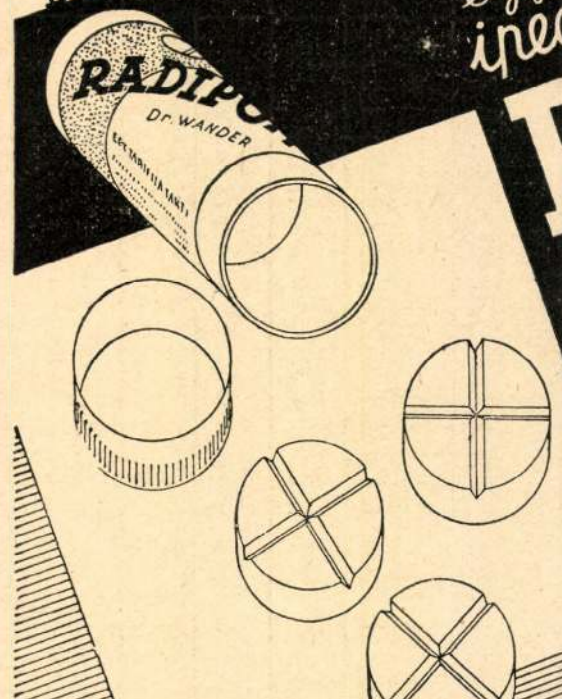
egyenletes, változatlan
ipecacuanha hatás standardizálva

RADIPON

tabletta dr. Wander

1 Radipon tabletta = 1 ek. inf. Ipecacuanha / 0.5 : 180 /
 1/2 " " " " " " / 0.25 : 180 /
 1/4 " " " " " " / 0.12 : 180 /
 10 tabletta ára P. 140.

hazai, olcsó, megbízható
expectorans



Dr. Wander gyógyszer- és tápszergyár Rt., Budapest.

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

VIDEX

BÉLREGULATOR

„CHINOIN”
physiologias bélmozgató anyagokat tartalmazó

Javallt kuraszzerűen] chron. bélműködési zavaroknál. 50 dragéet tartalmazó dobozokban

PANTAL

NÖVÉNYI LAXANS

„CHINOIN”
görcsöt nem okozó, kellemes

20 és 40 dragéet tartalmazó dobozokban

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkesztő: MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, közkörházi főorvos

Merev ízületek operatív mobilisatiója.

A merev ízületek mozgékonyágának visszaállítása régi óhaja a volt különböző sebészi és orthopaed-iskoláknak. Még jóval azelőtt, mielőtt az igazi véres mobilisatiós kezelést alkalmazták volna, *Langenbeck*, *Hoffa* és mások jó eredményeket értek el vértelen beavatkozásokkal. A vértelen eljárások kidolgozása azon észleléseken alapult, hogy helytelen állásban merevedett ízületi ferdeségek vértelen kiegyenlítése után az esetek egy részében mozgékonyág maradt vissza az ízületben. A mozgás visszatérésének első feltétele természetesen az volt, hogy a kóros ízületi állás kiegyenlítése (akár behajlítása akár kiegyenesítési irányában) magában az ízületben és ne az ízületet alkotó csontok törésével történt legyen. Ezek az észlelések vezettek a redressement forcé (erőszakos kiegyenlítés) olyan módosulásához, melyet ma brisement forcé-nak nevezünk és amelynek célja az ízület mozgékonyágának visszaállítása. A brisement forcé lényege az, hogy az erőszakos megmozgatáskor az ízületek szalagos (fibrosus) összenövéssei elszakadva, az az akadály, mely a szabad mozgást gátolta, megszűnik. Tekintettel azonban arra, hogy a merevség okozója, a fibrosus összenövésekre való hajlamosság továbbra is fennáll, az erőszakos megmozgatás után hosszú ideig végzett fizikális és mechanikus kezelésekkal (meleg alkalmazása, fürdők, massage Zander vagy egyéb ingerkezelésű gépek segítségével) kell az újabb összenövéseket meggátolni. Minthogy a tapasztalat azt mutatta, hogy célszerűbb a brisement forcé-t úgy végezni, hogy nem egy ülésben túlságosan erőszakolva, hanem több részletben egyre fokozva a mozgást, érjük el a kívánt eredményt, az ízületeknek ilyen vértelen mobilisatiója hosszú, úgy az orvos, mint különösen a beteg türelmét erősen próbára tevő hónapokig tartott. Ha még ehhez azt is hozzávesszük, hogy egyrészt a brisement forcé indicatiós köre meglehetősen kicsiny, hiszen úgyszólván csakis a fibrosus merevség esetében alkalmazható, másrészt azt, hogy az erőszakos megmozgatás olyan nagy erőművi behatás, mely könnyen fellobbanthatja ismét azt a betegséget, mely a kóros ízületi állást vagy merevséget eredetileg okozta egész természetesen, hogy az igyekezet a sebészet és az orthopaedia széles köreiből arra irányult, hogy olyan eljárást találjanak, mely a fentemlített zavaró körülményektől mentes. Így jutott el az orvostudomány a véres műtéti mobilisatió kérdéséhez, melynek alapját megint különböző tapasztalati tények adták meg.

Az első az volt, hogy a törések kezelésében rájöttek arra, hogy a hiányos consolidatio állások képződése sokszor annak a következménye, hogy a törvégek közé lágyrészek (izom, bõnye) szorult. A causalis gondolkodásmódnak szükségszerű lépése volt tehát az, hogy a megmerevedett ízületi felszínek közé olyan lágyrészeket kell helyezni, melyek a fibrosusan vagy csontosan merev ízületi felszínek szétválasztása, szétvése után visszamaradó felszínek újbóli összetapadását meggátolja. Így alakultak ki először azok a mobilisatiós kísérletek, melyeknél különböző szerves és szervetlen idegen anyagokat (disznóhólyag, hidrokelezsák, sérvtömlő, celluloid fémlemez stb.) közbehelyezésével igyekeztek kiküszöbölni az újraösszenövés veszélyét. Mindezek a kísérletek azonban csak a műtéti asepsis és technika óriási fejlődésével indulhattak meg, amikor az ízületek operatív megnyitása többé nem tartozott azon sebészi beavatkozások közé, melyekhez a fertő-

ződés nagy veszélye miatt csak alapos megfontolás után mertek nyúlni. A további lépés abból állt, hogy idegen anyagok mellőzésével, a beteg saját lágyrészeiből vett nyeles izom- és bõnyelebenyeket ültettek a szétválasztott ízületi végek közé. Betetőzte a fejlődést a szabadon átültetett bõnye- és zsírlebenyek megtapadásának és életképességének megismerése. Ami ez után jött, az új ízületi felszínek legkülönbözőbb kialakítása, különleges műszerek összeállítása, az ízületet tartó szalagrendszer kímélése, az újonnan képzett ízületi felszínek egymástól nyújtókezeléssel történő távoltartása, a korai mozgás, a pontos utókezelés stb., már mind csak technikai csiszolások, melyekben különösen *Payr*, *Lexer*, *Deuschländer*, *Schanz* stb. szereztek maguknak hervadhatatlan érdemeket.

Mai ismereteink alapján az ízületi mobilisatiók javallatainak, ellenjavallatainak, műtéti technikájának és utókezelésének irányelveit az alább elmondandókban foglalhatom össze, hangsúlyozva azonban azt, hogy csak általános irányelvekről lesz szó, melyek különösen a műtéti technika terén a műtő egyéni tapasztalatai és elgondolásai alapján nagy mértékben bővíthetnek.

Véres mobilisatiót csak akkor ajánljunk, ha azt látjuk, hogy a beteg a mozgás érdekében többnyire fájdalmas utókezelést kellő lelki erővel és türelemmel fogja végezni. Legjobb az az eset, amikor nem az orvos beszél rá a betegre a mobilisatióra, hanem a beteg maga veti fel a műtéti beavatkozás kérdését. Az a vágy, hogy ismét szabadon mozgó ízülete legyen, biztosítja legjobban a beteg részéről az utókezelés pontos betartását. Olyan ízületek a legalkalmasabbak a mobilisatióra, melyekben a röntgenkép nem mutat nagy pusztulást vagy eltorzulást az ízületi végeken, vagyis amelyekben a régi ízületi határok többé-kevésbé felismerhetők. Különösen a kankós és ízületi gennyedéssel nem szövődött septicus arthritisek után visszamaradó ankylosisok adják a jól sikerült műtétek többségét. Továbbá csakis olyan mobilisatió vezet jó eredményre, ahol az ízületet kormányzó izmok túlságos tétlenségi sorvadásnak áldozatul nem estek. Például térdmobilisatiót csak akkor végezzünk, ha a beteg quadricepsben akaratlagos összehúzódnásokat tud végezni és ez kellő gyakorlatokkal tovább fejleszthető. (Többhetes műtéti előkészítés.)

A műtétnek ellenjavallatai részben az elmondottakból adódnak, kiegészítve egészen speciális tapasztalati tényekkel. Először idősebb, leromlott állapotban lévő egyéneknél nem végezzünk arthroplastikát és ugyancsak óvatosan állítsuk fel a műtéti beavatkozás szükségességét 18 éven aluli betegeknek. A fiatal egyének periostális csontképződése t. i. különösen a megterhelés alá kerülő új ízületeknél sok szempontból ígérkező mobilisatió sikerét tettené. Majdnem elutasító az álláspontunk a gümösen fertőzött és merevséggel gyógyult ízületek arthroplastikájával szemben. Természetesen ez még nem jelent annyit, hogy nincs olyan gümös gyulladást szenvedett ízület, melyet nem mobilisálhatnánk, de általában véve ezek, az arthroplastikák csekély hányadát teszik csak ki. Különösen megfontolandó, ha terhet viselő ízületéről (csípő, térd, boka) van szó, viszont a felső végtag ízületei közül aránylag elég biztatónak a tbc-s könyökízületi arthroplastikák. Kevésbé jók az eredmények a vállízületben és még kevésbé a csuklóízületben, mely utóbbi esetben valószínűleg az ízülettel együtt gyakran megbetegedett inhuvelyek összenövésai és az inak zsugorodásai ronthatják el a jól sikerült műtét végleges eredményét. Gümös ízületek mobilisatióját nem azért tartjuk megfontolandónak, mintha a

műtét, mint erőszakos beavatkozás váltaná ki a fellobbanást (mint pl. a brisement forcé-esetén), hanem azért, mert a tapasztalat azt mutatja, hogy teljesen gyógyultnak látszó ízületekben vagy ízületek közül is rábukkanhatunk olyan szunnyadó, eltokolt góckokra, melyeknek megbolygatása az újonnan képzett ízület sterilitását veszélyeztetheti.

Izületi gennyedés után visszamaradó merevségek különösen akkor, ha a gennyedés miatt az ízületet környező lágyrészekben is kiterjedt hegesedések maradtak vissza, szintén rontják az artheroplastika esélyét és ilyen esetekben először is a hegesedések felszabadítására és plastikai eltüntetésére lesz szükség.

Talán nem is kellene megemlíteni, hogy az ízületi gyulladások heveny és subacut szakában szó sem lehet ízületi plastikáról. De mégis megemlítem, mert egy legutóbbi külföldi kongresszuson elhangzott bemutatás kísérleteit, melyekkel le nem zajlott gümős ízületek arthroplastikájával igyekezett kettőt egy csapásra, úgy a tbc-s folyamat gyógyulását, mint az ízület mozgékonyágát elérni, túlmerésznek tartom. Csak skeptikus fejcsoválással lehetett meghallgatni azt a mondást, hogy a műtétek után egypárszor szükségessé vált végtagcsonkolást, jövőben a műtéti technika javításával lehet elérni.

Külön kell megemlíteni a rheumás alapon merevedett és eltorzult ízületek arthroplastikáját. Minthogy a rheumás ízületi elváltozások sohasem egyedül az ízfelszínnek megbetegedései, hanem az ízület belső hártájára és maga a tokrendszer is résztvesz a kóros elváltozásokban, az ilyen alapon merevedett ízületek arthroplastikái korántsem adnak olyan jó eredményeket, mint pl. kankós merevségek mobilisatiói. Különösen a késői eltorzulások veszélyeztetik a műtét sikerét. Amerikai szerzők dolgoztak különösen ezen a területen és a jó eredményeket az ízületi tok mennél bővebb kiirtásával hozták összefüggésbe.

A műtéti technikáról már részben fentebb volt szó, amikor a haladás mai legmagasabb fokát a szabadon átültetett zsír és bőnye alkalmazásában jeleztem. A túlkomplikált ízületi felszín kialakítása helyett (különösen az újonnan képzett térdízületen) legnagyobb részt egyszerűsített ízfelszíneket igyekszünk képezni és a műtét után visszamaradó lötyögést inkább a szalagrendszer lehetőségig épentartásával igyekszünk korlátozni. Bizonyosfokú lazasággal azonban mindig számolni kell, mert a műtét után kifejezetten tág résnek kell maradni az ízületi felszínnek között. Túlfeszésre képzett ízületeken t. i. igen kevés mozgásra számíthatunk csak. Mennél egyszerűbb az ízület és mennél kisebb felszínen érintkeznek az újonnan képzett ízfelületek, annál biztatóbbak az eredmények. Ezért biztatóbbak a térd, könyök és váll arthroplastikái és bizonytalanabbak a csípő- és bokaízület mobilisatiói. A kis felszínen érintkezésnek előnyös voltán alapulnak a billenőízületes (Kippgelenk) plastikák. Vannak olyan arthroplastikák is, melyekben nem kell lebenyt beültetni; ilyen pl. a merev öregujj, a hallux rigidus műtéti gyógyítása, ahol az első perc felének eltávolítása után, a megszületett és a lábközépcsont-fejecsen porcborítékkal bíró ízület mozgékonyága kellő utókezelés mellett kifogástalan lesz.

Lássuk tehát még az utókezelés irányelveit. Ezek sem egyöntetűek. Egyik irányzat nyújtást és korai mozgást kíván. A másik szerint először rövid ideig tartó rögzítés biztosítja a legjobban a gyógyulást. Szakavatott kézben mindkét eljárás eredményei jók. Egyben azonban mindenki megegyezik, t. i. abban, hogy a későbbiekben a physicomechanikus gyógy módoknak minden fegyvere felhasználható (nyújtás, melegkezelés, massage, Zander és

egyéb gépek) és használandó még akkor is, ha a kezelés fájdalmat okoz is, mert csak hosszú és céltudatos utókezeléssel lehet megtartani a szobrászművészethez hasonló mobilisatiós műtétek jó eredményeit.

Horváth Boldizsár dr.

egyet. m. tanár, közkórh. főorvos.

Rejtett vizenyők.

Ha egészséges embernek egyszerre nagyobb mennyiségű folyadékot juttatunk a szervezetébe, a vesék útján rövid időn belül kiüríti azt. A bevitt folyadékmennyiségnek megfelelően a vizelet mennyisége megnő, s fajsúlya kisebb lesz. A mindennapi életben is a vesék folyadékkiválasztása mindig a felvett folyadékmennyiséghez alkalmazkodik, s így a napközben bevitt folyadékból éjszakára nagyobb mennyiség a szervezetben nem marad vissza. Éjjel a vesék működése is, mint általában a mirigyeké, csökkent, s az éjjel kiválasztott vizeletmennyiség a nappalnak rendszerint csak a fele, sőt egynegyede. Kóros állapotokban ezek a viszonyok megváltozhatnak. Ilyenkor azt látjuk, hogy a szervezet a bevitt folyadékmennyiséghez alkalmazkodni nem tud. A kiválasztás csak igen lassan, elhúzódva megy végbe. A napközben felvett folyadékmennyiségből estig csak aránylag kis mennyiség ürül ki, s a kiválasztás nagy része az éjszaka folyamán történik. Ebben az állapotban, amelyet nykturiának nevezünk, az éjjel kiválasztott vizeletmennyiség a nappalnak a kétszerese is lehet. Ha a felvett folyadéknak ezen elhúzódó kiválasztása klinikailag kimutatható vizenyőkkel nem jár együtt, úgy rejtett vizenyőről beszélünk. A rejtett vizenyő rendszerint az izmokban, a májban, a bőrben és a bőr alatti kötőszövetben gyűlik össze, de a szervezet többi részeiben is felléphet. Kifejlődésekor maga a beteg arról panaszkodik, hogy éjjel többízben fel kell kelnie, s mindig nagyobb mennyiségű vizeletet ürít. A legegyszerűbb klinikai kimutatása abból áll, hogy az éjjeli és a nappali vizeletet külön gyűjtjük és mennyiségüket meghatározzuk. Ha megbízható mérleg áll rendelkezésünkre, úgy a folyadék kórosan elhúzódó kiürülését a reggeli és esti testsúlymérés útján is megállapíthatjuk.

A rejtett vizenyő képződésének több oka lehet, gyakorlatilag azonban a legfontosabb a szív és a vesék működésének elégtelenné válása. Ha a szív működése elégtelenné kezd válni, az ütőeres és viszeres nyomás közti különbség kisebb lesz, a nyomáslejtő ellaposodik, s ennek következtében a véráramlás sebessége csökken. A hajszálerekből a szövetközökbe jutott folyadék csak nehezebben és nem teljes mértékben tud a viszeres hajszálerekbe visszaáramlani, s így egy része a szövetközökbe gyűlik meg. A transudatio és resorptio ezen egyensúlyi zavarát még több más tényező is növeli. Így a lassabban áramló vérbe több szénsav jut a szövetekből, viszont több oxigén használódik el belőle. A vér fokozott szénsav és csökkent oxigén tartalma a vörös vérszövetek megnagyobbodását és megszorodását vonja maga után, amely folytán a vér belső sűrűsége nő. Ez pedig a keringési sebesség újabb csökkenését hozza létre. A vér fehérjetartalmának a megkevesbedése folytán a resorptio lassabbá válik. Nagyon fontos körülmény, hogy a pangás a vesék ereire is kiterjed, miért is azok vízkiválasztó képessége szenved elsősorban. Így a vizelet kisebb mennyiségű, magasabb fajsúlyú lesz. Mindezek a működési eltérések főleg nappal jutnak kifejezésre, mikor a beteg fennjár, s a napi munkáját végzi. Az éjjeli nyugalom mellett a szív kipihenheti magát, működése javul, a vérkeringési zavarok csökkennek, s így a folyadék-kiválasztás is nagyobb lesz. A rejtett vizenyő fellépte sok-

szor első tünete a szív működés elégtelenné válásának, s így kimutatásának a beteg kezelése szempontjából igen nagy jelentősége van. Kezelésében legfontosabb a beteg életmódjának szabályozása, a napi folyadékbevitel csökkentése, s olyan gyógyszerek alkalmazása (chron. digitalis kúra, diureticumok), amelyek a szív működését és a folyadék kiürülését javítják.

Vesebajokban a rejtett vizenyők legfontosabb oka, hogy a vesék elvesztették alkalmazkodási képességüket a szervezet változó szükségletéhez. Ha egészséges ember szervezetébe nagyobb mennyiségű folyadék kerül, a vesék ezt nagyobb mennyiségű, híg vizelet alakjában kiürítik. Kevés folyadékot, sok salakot, konyhasót tartalmazó táplálék mellett viszont a vizelet kevés, magas fajsúlyú, sok konyhasót tartalmaz. Ha a veséknek ezen hígító és sűrítő képessége kisebb-nagyobb mértékben csökken, a vizelet-kiválasztás többé-kevésbé független lesz a bevitt napi-táplálék és folyadék mennyiségétől. A vesék ezen elégtelen működéséhez hozzájárulnak még egyes vesebetegségekben, a szervezet többi részében létrejött elváltozások is, amelyek a rejtett vizenyők keletkezését elősegítik. Így megváltozhatnak a vér összetétele, a hajszálerek falának az állapota, s az egyes szövetek fizikális-kémiai sajátosságai oly módon, hogy a transsudatio és a resorptio közötti normális egyensúly az utóbbi rovására felborul. Ezáltal a bevitt folyadéknak kisebb-nagyobb mennyisége a szövetekben kötődik meg, s el sem jut a vesékig. Amint a szívbajosokon a vesék működésében is változás jöhet létre, úgy a vesebetegségeken igen gyakran lép fel szív működési zavar is, amely a rejtett vizenyők keletkezését még jobban elősegíti. A kezelésben legfontosabb a napi folyadék és sóbevitel szabályozása. Ép viszonyok mellett a szervezet alkalmazkodik a változó napi bevitelhez, vesebaj esetén a bevitelnek kell alkalmazkodni a szervezet megváltozott teljesítőképességéhez. Ha a rejtett vizenyő keletkezéséhez a vesebajon kívül a szív elégtelen működése is hozzájárul, úgy a kezelésben ezt is tekintetbe kell vennünk.

Dr. Vándorfy József,

v. egyetemi tanársegéd, főorvos.

Színlelt nagyothallás és süketség leleplezése.

A leleplezést már a színlelő egyén egész magatartása elősegítheti. Így pl. színlelők a nagyothallás külső jeleit, (mint a kezek tölcészerű használatát, a beszélő felé dőlést, értelmetlen, bamba arckifejezést) feltűnően kifejezésre juttatják. Kérdéseket, melyek személyi adataira, elszenvedett balesetének körülményeire, a sérülést okozó felelősségének megállapítására vonatkoznak, jobban hallanak, mint a nagy-nehezen meghallott és rosszul visszaidott vizsgáló szavakat. Ez utóbbi jelenség tényleg-nagyothallóknál nem igen fordul elő, kik vagy jól, vagy egyáltalában nem hallják meg a vizsgáló szavakat. További vizsgálataink, melyek egyes, többé-kevésbé bevált módjait itt ismertetem, elsősorban a leleplezésre s nem a tényleges hallás megállapítására vonatkoznak.

A legegyszerűbb eljárás *egyik fül* leleplezésére a következő: közép hangvillát helyezünk a fejtetőre, melyet a vizsgált az ép fülön jelez. Ha most ezt a fülét bedugjuk, akkor azt fogja mondani, hogy most már azon sem hallja, holott a csontvezetés szabályainak értelmében a bedugott fülén jobban kellene hallania. Kitanított, furfangos egyének azonban ezt a jelenséget rendszerint ismerik.

Verzár-féle eljárás: *Bárány-féle* lármázókészüléket működtetünk az ép fül hallásának teljes kikapcsolása céljából

s a készülék mellett beszélünk. Ha a vizsgált válaszol, — azt híven, hogy az ép fülével hallja beszédünket — úgy nyilván szimulál, mert csak panaszolt fülével hallhatott. (Áthallás!)

A *Bloch-Stenger-féle* módosított eljárás már kevésbé ismert és telfogható laikusok számára: két egyforma hangzású hangvillát helyezünk a vizsgálandó egyén mindkét hallójárat bemenete elé egyenlő távolságra; hangot csak az ép fülön fog jelezni. Ha most a panaszolt fültől távolítjuk az egyiket, akkor az ép fül előtt szólót fogja erősebbnek jelezni, mert ha a panaszolt füle nem volna jó, akkor az e körül végzett manipulációk semminemű befolyással nem volnának a másik fül hallására.

Mindkét fül leleplezésére alkalmas egyszerű eljárás: a beteg mögött hirtelen erős zajt csapunk (játékpisztoly elsütése, tenyerek összecsapása, csengő, valamit leejtünk a földre stb.) A beteg reflexszerű összeremenése s a szemrés szűkülése el fogják árulni azt, hogy meghallotta a zajt.

Igen megbízható eljárás: a bekötött szemű beteget (az éppen nem vizsgálandó fül kikapcsolása mellett) több egyén vizsgálja különböző távolságból egyszerre. Ilyenkor a vizsgált egyén nem tudja felbecsülni a különböző távolságokat, amelyekből a vizsgáló szavak elhangzanak s így ezek meghallásában ellenmondásokba keveredik.

Baldenweck ajánlja a »hangimitálás« jelenségének felhasználását: megfigyelhető, hogy két társalgó egyén hangjának intenzitása körülbelül azonos, vagyis, ha valakihez emelkedetebb hangon szólnak, úgy a megszólított önkéntlenül is hangosan válaszol és viszont. E jelenség értékesíthető leleplezésnél is, mert a beteg önkéntlenül imitálni fogja hangerősségünket akkor, ha szimulál, jelölül annak, hogy különbséget tud tenni a különböző távolságról szóló egyén hangjának intenzitásában beállott változások között. (Csendes, hangos társalgó és kiabáló beszéd között.)

A különböző olvasási próbák azon alapulnak, hogy a beteget hangosan olvastatva, hirtelen lármázó készülékek segítségével süketké tesszük, amikor is a felolvasó hangja hirtelen felerősödik, jelölül annak, hogy nélkülözi a hangos olvasáshoz szükséges megszokott fülkontrollt az, aki jól hall.

Kettős hallócső próbák lényege az, hogy a vizsgálandó mindkét fülébe csöveken át egyszerre belebeszélünk. Ha most az egyik fül beteg, úgy az ideirányított hangok nem fogják zavarni a másik fül hallását; ha viszont annak nagyothallása tettetett, ez esetben az épnek jelzett fül hallása kedvezőtlenül befolyásoltatik. A túltudományos actioáramvizsgálatok bennünket itt nem érdekelnek.

Visszatérve még a vizsgáló orvos magatartására, kívánatos, hogy végtelen türelmet és jóakaratot tanúsítson a vizsgálandó iránt, márcsak azért is, hogy annak kezdeti bizalmatlanságát csökkentjük, önértékében meg ne sértsük s szavahihetőségében látszólag ne kételkedjünk, mert ellenkező esetben csak még makacsabbá válik. A betegnek igyekezzünk megmagyarázni, hogy célszerű viselkedésével bajának megállapítását csak megkönnyíti s megrövidíti. Célszerű a vizsgálatokat többször ismételni, márcsak azért is, mert a különböző időben nyert különböző vizsgálati eredményeket a beteg pontosan nem tudja megőrizni s így könnyen ellenmondásba kerül önmagával, miáltal a leleplezést megkönnyíti. De a tényleges hallás pontos megállapítása is csak úgy lehetséges, ha a különböző időben s különböző módszerekkel nyert adatokat magunknak feljegyezzük s azokat összehasonlítva, áttekintő, egységes képet alkotunk magunknak az esetről.

Alföldi Jenő dr.,

v. egy. tanársegéd, fülorvos.

Felnőttek dysenteriájának gyógykezelése.

A dysenteria gyógykezelése részben az egész megbetegített szervezetre irányuló fajlagos kezelés, részben helyi kezelés, mely a beteg bélrésztét gyógykezelésén fáradozik. Az általános tüneteket fajlagos anti-toxikus és bakteritikus kezeléssel, míg a helyi megbetegedést gyógyszeres és diétás gyógykezeléssel befolyásolhatjuk. Ezen gyógyeljárások egymásnak kiegészítői s egymás mellett alkalmazzuk azokat.

A heveny dysenteriának toxikus alakjában, vagy amikor a toxikus alaknak kifejlődése fenyeget, minden esetben alkalmazzunk kell a fajlagos gyógykezelést, azonban csak a betegség első három-négy napján, mert későbbben eredményt már nem várhatunk. *A fajlagos kezelés dysenteria ellenes lósavónak érbe fecskendezéséből áll.* Az alkalmazott adag 20 ccm, melyet izomzatba fecskendezni teljesen felesleges, mert ez alakban jó hatása nincsen. Ha a várt hatás 24 órán belül nem áll be, megismételjük az adag érbe fecskendezését, esetleg újabb 24 óra múltán is. Többszöri adagolás nem indokolt sikertelenség esetében sem, mert attól a savótól eredményt már nem is várhatunk. Ugyanis nem szabad elfelejtenünk, hogy a forgalomban levő vérhasellenes lósavók polyvalensek s az esetleg bennük foglalt ellenanyagok között csak kevés, vagy semmi sincsen az ellen a toxin ellen, mely éppen esetünkben szerepel. Ez az oka, hogy vannak gyönyörűen, gyorsan gyógyult savózott esetek, míg vannak olyanok, melyek a savózásra nem reagálnak. Legcélszerűbb lenne mindenesetre monovalens savók gyártása, melyeket a kórokozó identifikálása után azonnal használnánk. Erről azonban csak járványok idején lehet szó, mikor a megbetegedések zömének ugyanaz a típusú dysenteria bacillus az okozója. Szórványos esetekben legtöbbször 1—2 napos a betegség, mire orvos kezébe kerül, a kórokozó vizsgálata pedig annyira kinyújtáná a savó alkalmazásának időpontját, hogy annak használata céltalan lenne. *A lósavót tehát csak a betegség első négy napján alkalmazhatjuk sikerrel.*

A heveny dysenteriának gyógykezelésében a savó kezeléssel karöltve alkalmazzunk kell a kiűrtő kezelést is, mely azt a célt szolgálja, hogy a fertőzött, olykor erjedt beltartalmat, mely a gyógyulást akadályozhatja, eltávolítsuk. E célra legjobban megfelel az ol. ricini kellő mennyiségű adagja. Felnőttek két e. k. esetleg feketekávéval együtt adagolva; ha a beteg semmiképpen nem tűri, úgy kalomelt is alkalmazhatunk. Hashajtót csak a betegség első három-négy napján adagoljunk, azontúl ne, mert csak ártunk azzal. A betegség első 3—4 napjában 24 óráig csak oroszteát saccharinnal adjunk azután pedig állati zsíradéktól mentes, lehetőleg fehérje és szénhidrát szegény táplálékot néhány napon keresztül. E célnak legjobban megfelelnek a soványtej, vizes kakaó, csontleves, nyákfőzetek, majd későbbben, a székletek javulván növényi zsírral (Ceres, kókuszszír) készült zöld főzelékpürék, soványtejes burgonyapüré. A véres székletek szüntével Mira-víz itatása célszerű, mely nyákdoldó hatásánál fogva igen jól beválik. Csak lassan térünk rá, miután a székletek formáltak, elérik a rendes napi 1—2 székletet, a vagdalt, zsírtalan húsokra s a rendes diétára, de állati zsír helyett legalább néhány hétig növényi-zsirt kell adni.

A tünetek szerint olykor gyógyszeres kezelésre is lesz szükség. Keringési zavarok esetén tonogen, coffein, kámfor, hasifájdalmak, erős tenesmusok ellen papaverin, belladonna, atropin, ópium tinct., igen kifejezett fájdalom esetén morfin is alkalmazhatók. A bélfolyamat megnyugtatót célzó adstringensek, tannin, bismuth és adsorbensek, bolus, állati szenek alkalmazása nem ad oly eredményeket,

melyek elterjedt használatát indokolnák. A végbélen át történő mosások, tanninnal, arg. nitr. híg oldatával, argochrommal, bismuth rázókeverékkel, karlsbadi vízzel, kamillateával csak szenvedést okoznak a betegnek, különösen a tenesmusok szakában, anélkül, hogy a beteg bélrészelethez legtöbb esetben eljutnának. A magas beöntések óvatosan végezhetőek csak, mert művi átfúródást okozhatnak a beleken, ha a betegség a vastagbél alsó szakaszára is leterjedt. *Általában elv legyen, hogy a savókezelésen kívül, csak sürgető tünetek ellen alkalmazzunk gyógyszereket, inkább helyezzünk fősúlyt a diétára.* Erős toxikus tünetekkel, vagy nagyfokú vízvesztésekkel és vérvesztésekkel járó esetekben igen jóhatású lehet a vérátömlesztés, mely lehet mindjárt immunotransfusió is, ha a betegség kórokozó típusa ismert s a vért oly egyéntől vesszük, akinek savója a meghatározott kórokozót erősen agglutinálja. A napi vízvesztéséget pótolni törekszünk Ringer-oldatnak bórallati infúziójával, szőlőcukor hozzáadásával; szőlőcukrot napi 200—300 ccm.-nyi mennyiségben érbe is vihetünk.

Ha a heveny dysenteria egy-két hét alatt nem gyógyult meg teljesen, még nem beszélhetünk idiüt dysenteriáról, csupán olyan dysenteriáról mely nem gyógyult meg két hét alatt, hanem továbbra is fennáll. Ilyenkor a tünetek, de a széklet még nem rendes, láz legtöbbször már nincs, de az érverés kissé szaporább a rendesnél, a beteg kisebb-nagyobb fokban leromlott, étvágytalan. Olykor oedemák jelentkeznek a bokákon, de a vizeletben semmi kórosat sem találunk (éhség-vízenyő). A bélfolyamat ilyenkor még fennáll s a kórokozók által termelt mérgek lassú tempóban, de állandóan szívódnak fel a szervezetbe, hogy előbb-utóbb szívizomfajulást, amyloidosist okozzanak. Már a betegség harmadik-negyedik hetében, ha látjuk, hogy nincsen javuló irányzat, szóba jöhet a beteg bélrésztét kiiktatása a bélsár útjából, hogy annak nyugalmat biztosítva, a gyógyulást sietessük. Ezt a célt szolgálja a mesterséges anus praeternaturális, melynek nyílásán át különböző mosófolyadékokkal naponta kezelhetjük a beteg bélrésztét, míg a bélsár a nyíláson át ürül. Ezt a műtétet, mely nem nagy beavatkozás, lehetőleg még jó erőbeli állapotban lévő betegen végeztessük. Előnye az is, hogy a diétát sokkal kibővíthetjük.

Már a betegség második hetében, látván a nem javuló irányzatot, autovaccinát készíthetünk a beteg bélsárából kitenyészett kórokozókól. A vaccinát úgy alkalmazzuk, hogy első alkalommal 0.10 ccm.-t adunk az izomzatba fecskendezve s ha nincsen nagyon erős reakció, az előző adag kétszeresével emelkedünk másod-harmad naponként, míg elérjük a 1½—2 ccm.-t. Nagy reakció esetén visszatérünk az előző adaghoz, mikor már a reakciós tünetek lezajlottak. 1½—2 ccm.-es adagon felül nem emelkedünk, összesen 8—10 befecskendezést végzünk. Nem egyszer igen szépek az eredmények. Az elhúzódó dysenteria diétája ugyanaz, melyet a heveny esetekre vonatkozólag említettünk. Almanapot iktathatunk közbe, reszelt, nyers almával. Az ételek mellé ne felejtünk el olykor citrom, narancslevet adni, hogy az avitaminosist elkerüljük. A vörös bor úgy a heveny, mint az elhúzódó esetekben fogyasztható, persze csak mérsékelt mennyiségben.

Több ízben volt alkalmunk megfigyelni, hogy sérumbetegség a dysenteria gyógyulásában olykor váratlan jó fordulatot idéz elő. Minden valószínűség szerint ingerterápiában rejlik e gyors javulás oka. Ennek alapján elhúzódó esetekben adagoltunk 2—5 ccm. tejet izomzatba fecskendezve, nem egyszer jó eredménnyel. Az eset megválasztandó, mert szívizom károsodásban szenvedő betegeknél ezen eljárás ellenjavallt.

Peleskei Lajos dr.

v. közkórházi adjunktus.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, közkórházi főorvos

A heveny torokgyulladás gyógyítása.

A különféle elnevezéssel, mint tonsillitis acuta, angina tonsillaris, catarrhalis, follicularis, lacunaris, megjelölt kórforma heveny fertőzéses, nem specifikus megbetegedése a toroknak.

A therapia szempontjából fontos, hogy az esetek legnagyobb részében a torok localis fertőzéséről van szó; vagyis az angina elsődlegesnek tekintendő, míg egy általános betegségnek rész-jelenségeként való másodlagos létrejötte, amint azt *Fein* és mások gondolják, az irodalmi adatok és elméleti elgondolások alapján teljesen nem zárható ugyan ki, azonban csak kivételesen fogadható el.

A gyógyeljárás valamennyi nem specifikus heveny torokgyulladás esetén lényegileg azonos és a tüneteknek megfelelőleg két csoportra osztható. Eszerint megkülönböztethetünk helyi és általános kezelést úgy a kifejlődött esetekben, mint a betegség megelőzése és elnyomása szempontjából.

Irányelvül szolgál a toroknak, mint gyulladásos testrésznek nyugalomba helyezése, amit elsősorban fektetéssel és beszédtilalommal érhetünk el. Ugyanerre szolgál a nyak borogatása is, ámbár ezen eljárással mélyreható pangást is okozunk, voltaképpen tehát már active is gyógyítunk. Ezen mélyhatást huzamosabb időn keresztül a szabályos, háromrétegű (alul állott- vagy melegvizes ruha, középen vízátlan réteg és legfelül puha, szélesen borító kendővel) párakötéssel érhetjük el. A nyak bőrét, kímélés végett előzőleg bezsírozzuk. A párakötés rendlésekor külön felhívandó a hozzátartozók és ápolószemélyzet figyelme a vízátlan réteg használatára. Legtöbbször ugyanis ez a réteg hiányozni szokott, vagy pedig a törülközőnek egyik vége nedvesen kerül közvetlenül a torokra és a másik szárazon hagyott részt egyszerűen föléje csavarják. Természetes következménye az efajta borogatásnak, hogy a vízátlan réteg hiányában a felső szárazon hagyott rész is lassacskán átnevededik és párolgásával mély hőhatás helyett egyenlőtlen hőelvonást, lehűlést eredményez; ez a magyarázata annak, hogy a beteg semmi javulást, sőt esetleg még rosszabbodást érez az ilyen borogatás után. Azonban még a szabályos, háromrétegű párakötéskor is alig kerülhető el a párolgás,



azért, mert a fej és a nyak mozgatakor az utóbbihoz fektetett kötés kitágul és a belső felületről közvetlen történik a párolgás. A párákötés ezen hibáját iparkodtunk kiküszöbölni osztályunkon azáltal, hogy a repülők fejtámaszához

hasonló szabású, calicot-vászonból készült fejkötőt alkalmazunk, melynek alsó, zárható szárai a párákötés felső, meleg rétegének tetejére kerülnek és azt felsőszéli részén elzárják, tehát a párolgást megakadályozzák (1. ábra).

Könnyebb kezelhetőség céljából a párákötés két felső rétegét magába a fejkötő alsó száraiba applikáljuk oly módon, hogy a nyakra eső, kb. 8 cm széles száratok vastagabb flanelszerű anyagból vagy négy-ötszörös calicot-rétegből készítjük és ezen belül helyezük el a külső réteget képező szárazon valamivel keskenyebb vízátlan réteget. A két réteg összerögzítését úgy végezzük, hogy nadrágszíjszerűleg fűzzük be a három-négy helyen felvarrt keskeny szalagocskába a vízátlan réteget, mely mosáskor könnyen eltávolítható. Torok párákötéskor tehát a nedves rétegre készen tesszük fel a párolgást gátló fejkötő száraiban helyet foglaló másik két réteget (2. ábra).



A párákötés hatását hasznosan egyesíthetjük nyitott szájon át felületes belégzés mellett végzett gőzöléssel (chamillás inhalatio).

A toroknak desiniciens oldattal történő öblögetése túlhaladott álláspont.

Egyrészt ugyanis a fertőtlenítő szer az érintkezési idő rövidege és az oldat jelentéktelen töménysége miatt számottevő csirapustító hatást nem fejthet ki, viszont a töménység fokozásával a nyálkahártyát támadná meg; másrészt pedig az öblögető oldat rendszerint nem jut túl az elülső garatíveken,¹ a folytonosan megismételt fej-hátra-tartás, a nyak erőltetett mozgatása által pedig vétünk a nyugalomba helyezés követelménye ellen.

Teljesen kiküszöbölni ugyan ezen *Kümmel* által »symbolikus«-nak, mások által »látszókezelésnek« nevezett toroköblítést ma még alig lehet, de törekedjünk arra, hogy az öblögetést ritkítsuk, intenzitását csökkentjük és a beteg figyelmét a toroköblítéssel szemben a szájöblítés fontosságára hívjuk fel. A langyos sodabicarbonás, hyperolos oldattal, chamillatheával történő szájöblítés ugyanis a bomló ételmaradékokkal kevert, túltermelt és a nyelési nehézség miatt a szájban pangó nyálát eltávolítja, ami a betegnek lényeges megkönnyebbülést okoz.

A régebben annyira kedvelt torokcsetelések jodtincturával, lugollal s egyéb fertőtlenítő szerekkel sokszor többet ártanak, mint használnak, mivel az elkerülhetetlen epithel-sérülés folytán a helyi folyamat súlyosságát fokozhatják; de számos tapasztalat szól amellest is, hogy ily

ecsetelés után különböző szövödmények keletkeztek. Máskor ismét az ecsetelés után — különösen, ha az erősebb lapistolddal történik — vastag, diphtheriaszerű lepedék jelenik meg a torokban, rémületbe ejtven a hozzátartozókat és — amint magunk is tapasztaltuk — zavarba hozván az ecsetelést végző orvost is. Ecsetelés helyett legfeljebb érinthetjük a torkot enyhe összehúzó szerbe mártott vattával.

A torokecsetelés teljes, a toroköblítés fokozatos mellőzésével szemben indokoltabb a különböző összetételű torokpastillák szopogtatása.

Ezek egy részének (panflavin, mucidan, formamint, anacot) főképpen fertőtlenítő hatása van. Legsikerültebb köztük a panflavin, mivel erős csirölő hatása mellett a szervezetre nem ártalmas. Kevésbé ajánlhatók a formaldehydet tartalmazó szerek (esetleges veseizgató hatásuk miatt); magunk az ilyfajta pastillákat nem is rendeljük. A fertőtlenítő hatás követelményének megfelel az előbb említett veszélyesség kizárhatósága mellett az ezüstöt tartalmazó »silargetten« elnevezésű készítmény is.

Természetes, hogy a desinficiens anyagot tartalmazó pastillának fertőtlenítő hatása sem lehet valami jelentékeny, mert a szövetek mélyében és a mandulahasadékokban tannyázó csirokra nem terjed ki.

A torokpastillák jelentékeny csoportja elsősorban fájdalomcsillapító hatást fejt ki; ilyenek az euphagin, a disphagin, a *Neumayer-f.* angina-pastilla, a thebainszármazék *acedicon*.

Hatás tekintetében a két csoport között foglal helyet fertőtlenítő és fájdalomcsökkentő hatásával a menthanol (menthol-cocain borax) és a faucin (ezüstkészítmény-tripanfesték-anaesthesin).

A heveny torokgyulladás szájon át adagolható gyógyszerei közt régi idők óta uralkodó szerepet játszik a chinin. Tapasztalat szerint a salicylkészítményekkel együttes rendelés útján még kedvezőbb hatás érhető el. Osztályunkon évek óta igen jó eredményt látunk a következő kombinált portól, amelyet egyébként influenzás megbetegedésekben is sikeresen szoktunk rendelni. Rp. aethylmorph. hydrochl. 0.30, — kalmopyrin. Tophosan, chinin. sulf. aa gr. 3.0 — coff citr. 1.0 — m. f. pulv. div. in dos. aequ. no. X.

A heveny torokgyulladás injectiós kezelése csak a szabványos lefolyás zavara esetén indokolt. Elhúzódó vagy septicus jellegű folyamat alkalmával omnadin vagy az azonos hatású magyar gyártmányú polysan adható; ugyanakkor, különösen pedig nagyfokú dysphagia esetén szóba jöhetnek a különböző chinin készítmények, mint a solvochin, chinin-urethan, transpulmin, pneumosan (chinin resorcin-camphor) vagy a *Kaczwinszky-f.* chinin bisulfuricum (9 : 100), valamennyi intramuscularisan.

Fontos a beteg étrendjének előírása is. Az észszerű étrenddel kettős célt iparkodunk elérni. Egyrészt a beteg erejét fenntartjuk és fokozzuk, másrészt kíméljük a szervezetet oly kártékony anyagoktól, melyek mint bizonyos táplálékok bomlási termékei méregként hatnak és fokozottabban igénybe vesznek egyes szerveket, mint a vesét, a májat, a szívet stb.

Az első feladatot a kritikus idő alatt szénhidratdús folyékony étrenddel (tej, aludttej, yoghurt, cukros tea, limonádé, gyümölcsíz, borleves, vajleves stb.) érjük el. A második feladatot szolgálja az előbbi étrenden kívül a húsnak, húslevesnek megvonása; az ily vesekímélő étrendet tanácsos még a betegség lefolyása után is 8—10 napig folytatni.

A szervezet méregtelenítését hashajtó adagolással, beöntéssel, lehetőleg bő folyadék bevitellel segítjük elő. Túlerős nyelési nehézség esetén 3—4 óránként tápcsörét (100—150 ccm. tea, 8—10 kockacukor, kávéskanálnyi cognac vagy bor, pár csepp opium) adunk, melybe a gyógyszer is belekeverjük.

Itt említhető fel, hogy ugyancsak türethetetlen nyelési

nehézség alkalmával, különösen gyermekeknek végbélkúp alakjában is rendeljük a gyógyszereket.

Több szerző abortív hatásról számol be a sajátvéradagolás után; tapasztalatunk szerint a körlefolyást ez az eljárás lényegesen nem befolyásolja.

Mások a betegség megelőzésére szolgáló chinin-salicyl, amidopyrin szájon át történő huzamosabb szedéséről láttak jó eredményt. Az ily kúra megokoltan azonban csak ott alkalmazható, ahol a gyökeres megoldás, a teljes torokmandula kiirtás valamilyen ok (súlyos szervi szívbaaj, erős vérzékenység, idősebb kor, stb.) miatt nem végezhető.

Zimányi Vidor dr.,
honvédkórházi osztályvezető-orvos.

!L! az O. H. 1934. 24. sz.-ban megjelent cikkemet: »A torok öblítés mechanikai értéke.«

Esetek a baleseti szakvéleményezés köréből.

Baleset és spondylosis.

Spondylosis alatt általában a gerincoszlop bizonyos rendszerbetegségeit értjük, melyek egyik csoportjában a csigolyatestek és csigolyaközi porckorongok, a másokban pedig inkább a kis csigolyaízületek és a szalagrendszer kóros elváltozásait találjuk. Az elváltozás legtöbb esetben a gerincoszlop egy nagyobb szakaszára, vagy az egész gerincre terjed ki. Már ebből a meghatározásból is kitűnik, hogy nem helybeli, hanem alkati betegségekről van szó, melyek létrejöttében eróművi behatások csak igen alárendelt szerepet játszhatnak. Különösen áll ez a spondylosisok azon alakjára, melyet spondylitis ankylopoetica, spondylose rhizomelique, vagy közös gyűjtőnévvel Bechterew f. betegség elnevezéssel szoktunk megjelölni. Az elváltozások itt a gerincoszlop kis ízületeiből indulnak ki, míg a csigolyatestek és a porckorongok többnyire ép-ségben maradnak. A betegség a fiatalabb években kezdődik, rendkívül lassú lefolyású és a gerinc tökéletes csontos merevségével végződik. Kóroktana még nagyon homályos, de bizonyosnak mondható, hogy a baj endogen okokból fejlődik és a traumás, illetve baleseti eredet exact bizonyítása még sohasem sikerült. Találunk ugyan, főleg a régebbi balesetkártalanítási gyakorlatban döntvényeket, melyek a betegség baleseti összefüggését állapítják meg, ezek azonban tudományosan kellően meg nem alapozott szakértői véleményekre támaszkodnak. Mai felfogásunk, amit *Ehrlich* és mások kiterjedt vizsgálatain kívül saját tapasztalataim is támogatnak, határozottan az, hogy a Bechterew-kór baleseti eredete kártalanítási szempontból el nem ismerhető.

A balesetkártalanítási gyakorlatban sokkal gyakrabban találkozunk a spondylosisok azon másik alakjával, amelyet spondylosis v. helyesebben spondylarthrosis deformans néven ismerünk. Kórbonctanilag ez a bántalom a Bechterew-kórtól nagyon jól elkülöníthető, pathogenesisést pedig újabb, igen alapos vizsgálatok (*Beneke* és *Schmorl*) tisztázták, amennyiben kiderítették, hogy a baj a csigolyaközi porckorongok elsődleges degenerációjából indul ki, mihez a gerincoszlop egyéb elváltozásai: a csigolyatestek jellegzetes széli burjánzásai és csontos összenövésai stb. csak másodlagosan csatlakoznak.

A spondylarthrosis az idősebb kor betegsége, mely 40 éven alul csak nagy ritkán fordul elő; minden valószínűség szerint a gerincoszlop túlzott igénybevételével járó elhasználódási (kopási) jelenség, aminek balesethez semmi köze. Utóbbiról legfeljebb a spondylosis def. localisált formáiban lehet szó kivételes esetekben, míg a diffus sp. def. kétségtelenül alkati betegség, amely éppúgy, mint

a Bechterew-kór, endogen okokra vezethető vissza. Megállapítható, hogy a baleseti összefüggést megállapító szakvélemények legnagyobb része helytelen elméleti okoskodásra, vagy elavult irodalmi adatokra van alapítva és a betegség pathológiai lényegének félreismeréséről tanuskodik. Saját tapasztalataink alapján állíthatjuk, hogy a kártalanítási igények túlnyomó részében elkésve bejelentett igényekkel, koholt balesetekkel, illetve confabulációval állunk szemben. Balesetkártalanítási szempontból nagyfontosságú az a tény is, hogy a sp. def. főleg enyhébb alakjaiban egyike a leggyakoribb betegségeknek, mely akárhányszor tünetmentesen folyik le a csigolyák elváltozásait csupán mellékes leletként találjuk olyan egyéneken, akik egész más bajjal kerültek észlelésünk alá. Több olyan esetben volt alkalmunk szakvéleményt adni, ahol baleseti igénylők sp. def. miatt magas (80—100 %-os) járadékban részesültek, a későbbi felülvizsgálatkor pedig megállapítást nyert, hogy ezek a »sérültek« kiterjedt spondylosisuk dacára előbbi munkakörüket teljes mértékben el tudják látni, sem munkateljesítményük, sem keresetük nem csökkent.

Mindezek alapján a sp. def. miatt emelt baleseti igények elbírálásában fokozott óvatosságot kell tanúsítani a következő irányelvek szem előtt tartásával.

1. A diffus spondylarthrosis deformans baleseti eredetű betegségnek semmiféle vonatkozásban nem ismerhetjük el.

2. Ami a betegség helyhez kötött alakját illeti, nem lehet szó baleseti eredetről a) akkor, ha a Röntgen-képen látható elváltozások — amint az legtöbbször történik — a baleset idejénél sokkal régebb keletű megbetegedésre mutatnak; b) ha jelentéktelen, esetleg nem is közvetlenül a gerincoszlopot ért erőművi behatás történt, mi után a sérült munkáját megszakítás nélkül még hosszabb ideig folytatta. Különösen hangsúlyozni kell, hogy az igénylők által az esetek többségében előadott sérülési mód, ú. m. megerőltetés, nehéz tárgy emelése, a derék megroppanása stb. sp. def. előidézésére alkalmas balesetnek nem tekinthető.

Az összefüggés valószínűségét egyedül és kizárólag akkor fogadhatjuk el, ha kétségtelen bizonyítékok vannak arra, hogy a sérült a baleset minden kriteriumával bír, olyan erős traumát szenvedett, mely közvetlenül a gerincoszlopot érte (magasból lezuhanás, súlyos tárgynak a törzsre esése stb.) azon súlyosabb bonctani elváltozást (erős zúzódás, törés) okozott s ha utána legalább is átmeneti munkaképtelenség következett be.

Még a fenti kriteriumok fennforgása esetén is csak akkor szabad járadékra jogosító keresőképességszökkenést megállapítani, ha kétségtelenül igazolható, hogy a panaszokat tényleg a sp. def., nem pedig valamely ettől teljesen független egyéb bántalom, pl. myalgia, ischias, neuritis stb. okozza.

Felmerül még az a kérdés, vajjon lehetséges-e az, hogy baleset következtében a már meglévő sp. def. súlyosbodik. Erre a kérdésre igennel kell válaszolnunk, mert számos példa van arra, hogy súlyosabb, közvetlenül a gerincet érő trauma után a sp. def.-ből származó merevség és fájdalmak fokozódnak, vagy az előbb tünetmentes betegen olyan subjectív és objectív jelenségek állapíthatók meg, amelyek összefüggését az elszendvedett balesettel elvitatni nem lehet. Így, hogy egyebet ne említsünk, előfordul, hogy súlyosabb trauma hatására a csigolyákat összekötő csontthidak eltörnek, amit azután Röntgen-felvétellel közvetlenül is láthatóvá tehetünk.

Az összefüggés megállapításának azonban feltétele, hogy a panaszok fellépte, illetve fokozódása a balesethez közvetlenül csatlakozzék, mert hosszabb idővel, hetekkel vagy hónapokkal később jelentkező panaszok a fenti értelemben súlyosbodásnak el nem ismerhetők.

A másik dolog, amire újabban különösen Borchard hívta fel a figyelmet, az, hogy a súlyosbodás, mely főleg a gerincoszlop functionális egyensúlyi állapotának megzavarásában és a fájdalom fokozódásában áll, rendszerint csak átmeneti jellegű s így állandó, egész életre szóló magas járadék megállapításának alapjául nem szolgálhat.

Milkó Vilmos dr.,
egyetemi magántanár.

A hangulat betegségei.

Az emberi én két részből áll: *értelmi* (intellectuális) és *érzelmi* (affectív) énből. Első végzi a *logikai* munkát, utóbbi *színezi* az életet. Mindkettőnek bizonyos *tonusra* van szüksége ahhoz, hogy megvédhesse az egyén érdekeit, ezenkívül egymással is összhangban kell működniök. Ez együttműködésben az értelmi éné a vezetés.

A kedélynek, hangulatnak e *középtonusa* — melytől úgy pozitív, mint negatív irányba történő *átmeneti kilengések* bizonyos fokig élettannak foghatók fel — *rugalmas*, vagyis a körülményekhez való alkalmazkodásra és az események affektív értékelésére való képességgel rendelkezik. *A hangulat tonusának és kilengéseinek értékelése* ilyenformán az általa *színezett cselekedetekből vonható le*. Amíg ugyanis az egyén nem viselkedik hangulatának hatása alatt úgy, hogy abból kára származik, egészségesnek tekinthető. Az opportunizmus, conventiók, erkölcsi érzés, a helyes életöszton bőven ellensúlyozzák a hangulat helytelen kezdeményezéseit és az *egészséges egyén, felszabadul szélsőséges hangulatának hatása alól, ha megoldandó feladat elé kerül*.

Kedélyi megbetegedésekben mindennek ellenkezője áll. A beteg teljesen kóros kedélyvilágának hatása alá kerül, kritikája minőségileg és mennyiségileg helytelenül következtet. A kórosan *emelkedett* hangulatú beteg állandó derűben él, lebecsülve mindennek a jelentőségét, a kórosan *lehangolt* viszont folytonosan féltő, remegő izgalommal telve aggodalmaskodik, önmagát, képességeit lebecsüli, mindentől és mindenkitől fél, gondolatvilága kötötté válik, semmi sem érdekli, mert félelmei, szorongásai áthatolhatatlan akadályt képeznek a külvilág és önmaga kóros lelki világa között. *A kórosan lehangolt depressziós egyén tehát, motoros gátlásai ellenére is izgatott beteg*. Ideglete nem csökkent le, csak minőségileg változott meg, nem aluszékony, sőt álmatlan, csak látszólag passív, hiszen nagymértékben önvészélyes, nem indulatszegény, ellenkezőleg: indulatteltségének súlya alatt roskad össze. A lehangolt beteget *nem izgatni*, hanem *csillapítani* kell.

Más hangulat a valódi indulatszegénység, a *közöny* (apathia). A közönyös egyén nem nyugtalan, nincsenek félelemérzései, nem aggodalmaskodik, nincsen önmagába fordulva, nem érdekli saját maga sem, nem érdekli semmi. Látszatra árul el ugyan némi hasonlóságot a depresszióval, de ez csak felületes látszat. Lelki mechanizmusuk teljesen különbözik. A depressio *átmehet* apathiába.

A lehangoltság, mint kórkép, csak az esetek egy részében önálló megbetegedés. Többnyire nem más, mint *következményes tünetcsoport*. Előfordulása elég gyakori, ezért tartom érdemesnek kissé behatóbban foglalkozni vele.

Nem vitás, hogy *megfelelő alkat hajlamosít* depresszióra, de hogy a depressziós kórformák létrejötte nek *előfeltétele* a hajlamosító alkat, legalább is kérdéses.

Ott, ahol *hajlamosság okolható* a depressio fellépéséért, annak nyomai részint a *családján* követhetők, részint kiderül, hogy gyakran felmerültek, már jóval az aktuálisan észlelt depressziós megbetegedés *előtti* időkben is, kisebb-nagyobb, kellően nem indokolt és túlszínezett lehangoltsági állapotok. Ilyen egyéneknél elegendő a külső, vagy belső milieunek *aránylag csekély jelentőségű* megváltozása ahhoz,

hogy activálja — szinte katalisálja — az alkati adottságot. Ez esetekben a kiváltó tényezőt nem tekinthetjük a megbetegedés valódi okául, csupán accidentális, *activáló* jelentőségük van.

Más a helyzet ott, ahol *szoros összefüggés* tételezhető fel egy, a szervezetre nézve lényeges állapotváltozás és a depressió kórforma között. Ez esetekben *az alkat nem ok*, legfeljebb *színezi* a kórképet. A »lényeges állapotváltozás« (megbetegedés) lehet úgy *psychikus*, mint *szervi* ártalom.

Psychikus traumaként szerepelhet minden esemény, mely az egyén lelki alkatához méretezetten annyira brutális, hogy azt az egyén egyensúlyi állapotában elviselni nem képes. A depressio ilyenkor a *hysteria* határesetévé válik. Igen nehéz lehet a megkülönböztetés és *felette kényes* az ilyen esetek psychotherapiás kezelése.

Szervi megbetegedés, melynek alapján depressiók jelenségek léphetnek fel, mindazon ártalom lehet, amely táplálkozási, vagy egyéb működési zavart okoz az agyállomány sejtelében.

A szervi megbetegedések lehetnek *endogenek* és *exogenek*.

A) Endogenek :

1. *Arteriosclerosis*. Az agyi erek falának megnehezült átjárhatósága csökkenti az agyállomány táplálkozását, regressiv folyamatok következnek be az agysejteken.

2. *Endokrin* egyensúlyzavarok, főleg ha átmenet nélkül, hirtelen lépnek fel.

3. *Autointoxicatio*, részben az előbbi okokból (diabetes) részint a szervezet által termelt egyéb méreganyagok (uraemia, epesavak, inanitio) útján.

4. *Endogen elmebajok* : a) A sajátképpen *melancholiás depressio*, mint a kedélyi élet elsődleges megbetegedése. b) A *schizophrenia* egyes szakai.

5. Talán e csoportba sorolhatók az *agyállomány körülírt megbetegedései* : vérzés, daganat, cysta, stb., melyek megfelelő localisatio mellett hasonlóképpen okozhatnak kórosan deprimált állapotokat.

B) Exogenek :

1. *Intoxicatio* : a szervezetbe kívülről jutott anyagok (alcohol) által.

2. *Exogen megbetegedések* : a) Encephalitis, b) Sclerosis multiplex, c) Paralysis progressiva.

Valamennyiben előfordulhat kedélyi depressio, az alapbetegség jellegzetes testi tünetei mellett.

A depressio, ezek szerint, mint psychiatriai megjelölés a betegnek csupán kedélyi állapotát határozza meg anélkül, hogy praesudicálna egy kórtanilag közelebről meghatározható olyan kórkép fennállásának, amelynek nem is éppen legjellemzőbb tünete. A depressio sohasem elhanyagolandó, de minőségileg mégsem túlértékelendő tünetcsoport, amelynek diagnostikus alátámasztását mindig meg kell kísérlni.

A felsorolt csoportosítás tehát nem csupán elméleti jelentőségű. A gyakorlatban döntő fontossága lehet a depressio oknyomozásának, mert a betegségi háttér felderítésével a nagy mennyiségében, tisztán tüneti kezelés céljából adagolt csillapítószer helyett célszerű, oki kezelésre térhetünk át.

Hajós Sándor dr.
idegorvos.

Röntgenkezelés a bőrgyógyászatban.

Bőrbajok gyógyításában a röntgen-kezelést már kb. 30 év óta alkalmazzák, azonban csak az utolsó 10—15 év alatt elért műszaki fejlődés, életvegytani, kórtani, szövettani vizsgálat és klinikai megfigyelések tették lehetővé

mindinkább szélesedő körben használatát. A fénykezeléssel csak akkor érhetünk el megfelelő eredményt, ha készülékünk a kor színvonalán álló, a besugárzás mennyisége és minősége pedig a legújabb kutatásokat is szem előtt tartó, sok éves tapasztalat alapján kialakult adagolás határain belül az esethez alkalmazkodik. Ez utóbbi körülmény mindenkor szem előtt tartása azért fontos, mert a beteg általános szervezeti sajátságainak, előző elektro-, vagy egyéb therapiás kezelésének figyelmen kívül hagyása — annak ellenére, hogy röntgen-túlérzékenységről általánosságban nincs szó — nem várt reakciókhoz, esetleg komoly ártalomhoz is vezethet. A röntgenbesugárzás sokszor egyedül is elegendő a teljes gyógyuláshoz, legtöbbször azonban egyéb gyógykezeléshez társulva használjuk. A sugárminőség $\frac{1}{2}$ —3 mm Al-al szűrt közép kemény; de néhány bőrbetegségre a szűrő nélküli lágy (Bucky) sugarak is igen hatásosak. Ellenjavalt a röntgenkezelés acut bõrgyulladás és sugárártalmakat mutató bõrterületeken.

Könnyebb áttekinthetőség okából az eredményes röntgenkezelésre alkalmas és gyakorlati szempontból legfontosabb bőrbajokat csoportokba foglalva ismertetem. 1. *Keratosisosok* : ichthyosis, keratoma palmare et plantare hereditarium, pityriasis rubra pilaris, clavus, tylositas. 2. *Szõrbetegségek* : trychophitia, microsporia, favus, különböző folliculitisek. 3. *Körömbetegségek* : ekzémás, gombás eredetű és psoriasisos elváltozások. 4. *Pyodermák* : furunculosis, ekthyma, idült körömágygyulladás. 5. *Bõrmirigyek* : akne vulgaris és indurata, rosacea (rhinophyma), hyperidrosis, hidrosadenitis. 6. *Vízketéssel járó bőrbajok* : subacut és chronikus ekzema (dysidrosis, seborrhoeás ekzema), neuroderma, prurigo, pruritus, lichen ruber planus (közvetlen és közvetett besugárzás), dermatitis herpetiformis. 7. *Fajlagos granulációs folyamatok* : valódi tuberculotikus bőrbetegségek és tuberculidek (a lupus planus Finsen-kezelésben részesítendő!), leukaemia cutis, mycosis fungoides. 8. *Daganatok* : epitheliomák, cancroidok, sarcomák, syringoma. 9. *Különfélék* : psoriasis, pernio, condyloma acuminatum, verrucák, induratio pedis plastica, keloidok, renyhén sarjadzó sebfelületek (ingerdosis) és bubo inguinalis.

A lágy (Bucky) sugarak jó eredménnyel alkalmazhatók : ekzema, erythema indurativum Bazin, hidrosadenitis axillaris, morbus Darier, neuroderma, psoriasis, röntgenulcus eseteiben és olyankor is, amidõn a bántalom a közép kemény sugarak iránt kifejezetten érzékeny területeken lépett fel.

Debrecen.

Dóczy Gedeon dr.
egyet. tanársegéd Debrecen.

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés : Egy nőbetegem haja 4—5 hónap óta annyira zsíros, hogy a hajszálak egybeállnak, fénylenek, valóságban egy tömeggé tapadnak össze. Haja természetesen ruháját, párnáját bepiszkítja. Mosás csak 1—2 napig használ, utána szinte látni miként fényesedik a hajszál, a fejbõrtõl kiindulól, napról-napra, cm-rõl cm-re. A hajas fejbõrön egybéként semmi kórosat nem látni. Vajjon mi okozhatja átmenet nélkül a faggyúmirigyek hirtelen hyperfunctióját? Mi módon lehet ez ellen védekezni, a hajra nem ártalmas módon?

Felelet : A faggyúelválasztás rendellenessége egyik tünete szokott lenni a seborrhoeának ; ez nem átmeneti megbetegedés, hanem alkati tulajdonság, melyet állandóan kezelni kell. Jót szoktak tenni ilyenkor a fejbõr alkoholos lemosása után (haját párhuzamos vonalakban szétválasztva a bõrt ledõrgõlni), kénes rázókeverékek. A kezelési eljárás megválasztásában az állapotnak megfelelően kell eljárni, éppen ezért vizsgálat nélkül határozott tanácsot adni nem lehet. Legcélszerûbb volna, ha a beteg a klinikán megvizsgáltatná magát.

Földvári Ferenc dr.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, közkórházi főorvos

„Icterus catarrhalis“, salvarsan-icterus és lueses icterus.

Az icterus catarrhalis, mai nevén icterus simplex, a régebbi felfogás szerint 3—6 hétig tartó, jóindulatú betegség, a háború óta azonban azt látjuk, hogy akár 8—12 hétig vagy tovább is tart és mai felfogásunk szerint nem egészen ártalmatlan, amennyiben a májparenchyma megbetegedésének, *hepatitisnek* jele. Ennek megfelelően a gyógyulás nem mindig síma, hanem egyes esetekben átmenet mutatkozik egyrészt a máj-állomány localis, gócos pusztulásával és a szomszédság regenerációjával járó állapothoz, másrészt a májcirrhosishoz, valamint az atrophia hepatis flavához. A klinikai képet az elzáródást utánzó, láztalan sárgaságon kívül a máj és lép tapinthatósága jellemzi, a májlaesio gyakorlati jele pedig a vizelet pozitív urobilinogenreactiója és a galaktose-próba pozitív volta.

Klinikailag teljesen hasonló úgy a lueses, mint a salvarsan icterus, legfeljebb ezeket nem előzik meg a gastroenteritis tünetei, melyek azonban az icterus simplex esetén sincsenek mindig meg. A lueses icterus a lues korai secundár tünete és természetesen kezelésben nem részesült egyéneknél lép fel elsősorban, míg a salvarsan icterus a kúra folyamán, vagy röviddel, pár héttel utána jelentkezik. A három betegség elkülönítése nagy gyakorlati fontosságú, mert az icterus simplex természetesen nem igényel specificus kezelést, a lueses icterus antilueses kúrára gyógyul meg, a salvarsan icterus esetén pedig az antilueses kúra folytatása műhiba.

A klinikai jelekben hiába keressük a megkülönböztetés lehetőségét, mert mind a három esetben hepatitisről, a májparenchymának külső ártalomra bekövetkezett és azonos tünetekkel járó laesiójáról van szó, amely laesio oka az icterus simplex esetén ismeretlen, míg a másik két esetben ismeretes. Az elkülönítésben tisztán a körülmények mérlegelése vezethet tehát. Elsősorban a lueset kell megállapítani vagy kizárni, tehát akkor is WaR végzendő, ha az anamnesis luesre negatív. Ha a WaR negatív, akkor rendszerint icterus simplexről van szó, mert kezelés után seronegativvá vált esetben lueses icterus kizárható, salvarsan icterus természetesen lehetséges, de csak ha nem rég történt kezelés. Ha a WaR pozitív és az illető *kezelésben még sohasem* részesült, akkor jogosan vehetünk fel lueses icterust, különösen, ha a lues nem régi; meg kell azonban gondolnunk, hogy lueses egyén is szenvedhet icterus simplexben, de esetleges hibák elkerülésére úgy kell felfognunk az esetet, mintha lueses volna.

Salvarsan icterusra akkor gondolunk, ha az icterus salvarsankezelés folyamán, de sokszor nem is az első kúra kapcsán jelentkezik, vagy ha a kúra csak pár hete fejeződött be. Itt is felmerül az icterus simplex lehetősége, különösen a kúra után kezdődő esetben, de épp úgy, mint nem kezelt lueses egyénnél elsősorban lueses icterusra, ilyenkor salvarsan icterusra kell gondolni és a salvarsant minden körülmények között abbahagyni.

Mint látható, a három lehetőség között nem mindig tudunk határozottan dönteni, amennyiben tehát a lues vagy a salvarsan oki szerepe lehetséges, az esetet úgy kell felfognunk, mintha ez volna az oki tényező.

A háború utáni időben egyes helyeken feltűnően megsaporodott az icterus simplex, amit a májsejteknek a hiányos és elégtelen táplálkozás következtében csökkent glykogenartalmára és ezáltal kisebb ellen-

állóképességére vezettek vissza. Az utóbbi években a salvarsan icterus is gyakoribb lett, különösen a szegényebb néposztály körében, ami ugyancsak fenti alapon magyarázható, amihez azonban még az a lehetőség járul, hogy egyesek különben táplálkozásra szánt jövedelmüknek egy részét salvarsan vásárlására fordítják s ezáltal még jobban csökken a májnak ártalmakkal szemben ellenállóképessége.

A therapiás teendőket a három, csökkent májreszistencián alapuló megbetegedés esetében, melyekben csak a kiváltó ok más, két csoportra oszthatjuk. Elsősorban a *májparenchyma állapotát*, csökkent ellenállóképességét kell javítanunk, másodsorban az esetleges *lueses* vagy *salvarsanos aetiologia* kíván meg specialis megfontolást.

A májparenchyma ellenállóképességének javítását illetően pozitív és negatív irányban vannak teendőink. A negatív rész abból áll, hogy a májat lehetőleg kíméljük, munkáját csökkentjük és minthogy a bélben a fehérjékből keletkező különböző aminosavak feldolgozásában a májnak elsőrendű physiologiás szerepe van, fehérjében dús tápanyagokat, tehát elsősorban az állati eredetűeket elhagyjuk és növényi diétát írunk elő. Ha valami epe jut a bélbe, akkor a zsírok emésztése lehetséges ugyan, mindamellett zsirt csak könnyen emészthető vaj formájában és ezt is csak az ételek elkészítéséhez szükséges minimalis mennyiségben ajánlatos adni, mert túlzott zsíradagolás esetén a májsejtek megtelnek zsírral és ismeretes, hogy a májsejtek zsír és a szempontunkból szükséges glykogenartalma bizonyos antagonizmust mutat. Teendőink pozitív része a máj glykogenartalmának fokozása, ezt *szénhidrátdiétával* érjük el, mely a fehérjék és zsírok maximalis megszorítása miatt amúgy is az egyetlen lehetséges táplálék. A glykogenartalom fokozására naponta kétszer 5—10, majd ha a beteg jól tűri, 15 vagy 20 egység *insulint* adunk. A szénhidrátokat természetesen könnyen emészthető formában kell nyújtani: hamis- és főzelékpurée-levesek, burgonyapurée, áttört főzelékek, tejbefőttpiskóta, felfújt, pudding, almapurée, pirított zsemlye vagy kétszersült, vagy cakes; mindent lehető édesen adunk és ezenfelül is lehető sok cukrot. Ajánlatos emellett enyhébb *karlsbadi kúrát* is tartatni, fekvéssel, thermophorozással, mint ami az epe elválasztását és a bél felé való kiürülését elősegíti.

A lueses icterust egyesek salvarsannal kezelik, ilyenkor azonban az említettek értelmében nemcsak annak a tévedésnek vagyunk kitéve, hogy a betegnek csupán icterus simplexe van, amikor is májparenchymájának nem egészséges voltához a salvarsan esetleges ártalmát csatoljuk, hanem lueses icterus esetén a salvarsan magában a májban kiválthatja az ú. n. *Herxheimer-f.* reactiót, amit a széteső spirochaeták felszabadult toxinjai okoznak és ahogyan pl. a salvarsan icterust is magyarázzák. Lueses icterust tehát salvarsannal nem szabad kezelni, salvarsan icterusban pedig a kezelést azonnal fel kell függeszteni. Előbbi esetben egy hétig csak jódot adunk belsőleg, melyhez bismuth-kúrát csatolunk és salvarsanra csak akkor térünk át, ha már az icterus elmúlt és a *májparenchyma is rendbe jött*. Salvarsan icterus esetében is hasonlóan kell eljárni, amennyiben kezelésre még szükség van, azzal a különbséggel, hogy a kezelést csak a májlaesio megszűnte után kezdjük meg.

Közelfekvő volna a májparenchyma normalis működésének beálltát az icterus megszűnésének időpontjával azonosítani. Ez azonban távolról sincs így, mert amint a kimutatható icterus fellépését jóval megelőzi a vizeletnek

májlaesio jele gyanánt értékelendő positiv urobilinogen-reactiója, éppen úgy positiv ez a reactió, jóval, akár hetekkel a látható icterus megszűnte után is. Amíg tehát a könnyen elvégezhető *urobilinogenreactio negativá* nem vált, addig az érintett diéta eljárástól nem szabad eltérni, ugyancsak nem szabad salvarsan icterus esetén az anti-lueses, illetve salvarsankezelést megkezdeni. Ilyen eljárás nemcsak a jelennek, hanem a távoli jövőnek is szól, mert ilyen módon megőrizhetjük a májparenchyma épségét.

Schill Imre dr.
egyetemi magántanár.

Makacs hólyaghurutok.

Makacs hólyaghurutról akkor beszélünk, ha az, amint már a neve is jelzi, a gyógyítással szemben ellenállónak bizonyul, a megkísérelt eljárásokra egyáltalán nem, vagy rosszul reagál. Az ilyen hólyaghurutok tehát a chronikus cystitisek *resistens* formáját képezik. A legtöbb esetben a hólyag befogadóképessége erősen megcsökkent és emiatt, valamint a fennálló gyulladással tünetek következtében gyakori fájdalmas vizezés, heves tenesmusok, néha terminalis haematuria lesznek tünetei. A hosszú idő óta fennálló gyulladás nemcsak a hólyag nyálkahártyáját, hanem a hólyagfal összegeit megtámadja, a felszínen oedemás, polypusos, fekélyes, incrustatiós, álhártás elváltozások, a mélyben infiltratiós, degeneratiós hegesedő jelenségek észlelhetők.

A makacs hólyaghurut legtöbbször nem egy, csupán a húgyhólyagra terjedő egyszerű fertőzőes állapot következménye, hanem annak más szomszédos szervek idült megbetegedései az okozói. Elsősorban az urogenitalis szervek kórfolyamatai (mint vese-tbc., vesegennyedés, elhanyagolt húgyveszűkület és sipolyok, prostatitisek stb.), a női genitáliák, általában a medence gyulladással állapota okozhatnak és tarthatnak fenn gyógyulni nem akaró, makacs cystitiseket. De a hólyagban magában levő elváltozások, mint az ulcusok, fertőzött diverticulumok, sipolyok, széteső tumorok, kő, hólyagnyaki rendellenességek is okozói lehetnek. Ha a cystitis okát felismertük, kezelésünk ezerszerint fog alakulni. Hangsúlyozottan kell kiemelni, hogy az egyszerű therapia minél előbbi megindítása az eredmények szempontjából döntő jelentőségű lehet, pl. vese-tbc.-ban. Ezért szükséges a korai, részletes urogenitalis vizsgálat (cystoskopia, ureterkatheterezés, röntgen), amellyel felvilágosítást kaphatunk arról, hogy mi az előző gyógykezelés sikertelenségének oka és, hogy mi legyen a további helyes eljárás. A primær ok megszüntetésével a makacs hólyaghurut is legtöbbször meggyógyul.

Észlelhetők azonban esetek, amelyekben a helyes gyógykezelés mellett sem múlik el a hólyaghurut. Ennek okát az elsődleges folyamat progrediálásában kell látni, amely a hólyagban már olyan elváltozásokat okozhatott, hogy ott önállóan továbbra is fenntarthatja a tüneteket. Így pl. ha vese-tbc. descendálva a hólyagot is megbetegíti, a később végzett nephrektomia már nem segít a hólyag állapotán, mert ott a specifikus folyamat tovább terjedhet. Hasonlóképpen férfi- és női adnexgyulladások és sipolyok súlyos gyulladáshoz, a hólyagfal infiltrációjához és elhegesedéséhez vezethetnek és akkor is fennmaradhatnak, amikor már az elsődleges folyamat megnyugodott. Nem egyszer a kiindulási góc ki sem mutatható, csupán a meglévő, részben proliferatív, részben fekélyes elváltozásokat állapítjuk meg a hólyagban. Az ilyen makacsul megmaradó hólyaghurutnak egyik veszedelme a felszálló fertőzés, mely

a veseparenchyma fokozatos elpusztulását vonja maga után, a másik a zsugorhólyag kifejlődése. A hólyagzsugorodás eleinte még nem jelenti a hólyagfal rétegeinek teljes elhegesedését, hanem azoknak csupán részleges, gyulladással beszőrdösését. Tehát kedvező körülmények között visszafelldíthetők. A teljes elhegesedés, mint végső állapot, csak ritkán észlelhető.

A makacs hólyaghurutok gyógykezelését helyi öblítésekkel, töményoldatok becéppentésével szoktuk bevezetni, általános megnyugtatók, belső, nem izgató desinficiensek (neotropin, piridium stb.) és a meleg különféle alkalmazásának kíséretében. Néha állandó katheter, esetleg időszakos hólyagsipoly készítése megnyugtatólag hat a folyamatra. Heteroprotein és vaccinás kezelések kevés javulást hoznak. Proliferatiós, fekélyes, vagy incrustatiós hólyagelváltozások esetén az elektrocoagulációval, más-kor curette-tel érhetünk el eredményt. Solitaer, nem tbc-s ulcusok kimetszése is sikert ígér. A cystitis tbc. kezelésében leginkább megnyugtató instillatiók jöhetnek szóba (jodoform, guajacol, gomenol), esetleg a már előbb említett elektrocoagulatio körülírt tbc-s burjánzások és ulcusok égetésére. Kétségtelenül nagy türelemmel, de még nagyobb kímélettel és körültekintéssel kell az ilyen betegséget kezelni, hogyha nem akarunk a kívánt eredmény helyett rosszabbodást elérni és a betegnek csak fájdalmakat okozni. Mindig szem előtt kell tartani azt, hogy legtöbbször a hólyagfal rétegeibe hatoló és nem a felszínen lefolyó kóros szövetelváltozásokkal állunk szemben.

A felsorolt eljárások néha cserben hagyhatnak és ezen ritkább esetekben keresnünk kell olyan műtéti megoldást, amely vagy csökkenti a hólyag nagyfokú ingerlékenységét a fájdalomvezető idegpályák részleges megszakítása által, vagy pedig a hólyagot teljesen kirekeszti az elvezető rendszerből és így biztosítja annak nyugalalmát. Erre szolgál egyrészt a praesacralis sympathicus resectio, másrészt az ureterek transponálásának különböző módjai. Az előbbi következtében a fájdalomérző rostok nagy részének kikapcsolása a belső sphincter és trigonum görcseinek megszüntetésével a hólyagnak nagyobb tágulási lehetőséget nyújt, a jobb vérellátás pedig a gyógyulásra igen kedvező állapotot teremt, különösen, ha még localis kezelést is alkalmazunk. A műtét hatása azonban csak hónapokra terjed, mert a szervezet compensáló képessége visszaállítja egy idő múltán a műtét előtti állapotot. Tehát a sympathectomiával a gyógyuláshoz csak impulsust adhatunk és kedvező körülményt teremthetünk, de teljes eredményt csak akkor várhatunk, ha maga a kóros hólyagfolyamat néhány hónapon belül erre képes. Cystitis tuberculosára ez a műtét éppen csak hónapokra terjedő hatása miatt teljes gyógyulást hozni legtöbbször nem tud, bár a kellemetlen tüneteit lényegesen enyhíti. A másik műtéti eljárás az ureterek transponálásának különböző módja, mint az ureterostomia és ureter implantatio. Az ureterek elvezetése által a hólyag vizeletreszerváló szerepe megszűnik, így nyugalomba kerül. Ez a beteget mentesíti a gyakori fájdalmas ingerektől és magára a kórfolyamatra is gyógyítóan hathat. Az ilyen műtétek azonban csak akkor ajánlhatók, ha már más megoldást találni nem tudunk és az előző eljárásokat ismételtelen végigpróbáltuk.

Korai diagnosissal és ennek alapján alkalmazott helyes gyógykezeléssel a makacs hólyaghurutok száma lényegesen csökkenthető. Az elkerülhetetlenül fennmaradó másik rész az, amelyben a hurut pathologiai természete szerint az elsorolt eljárások valamelyikével igyekszünk gyógyulást elérni.

Noszkey Aurél dr.

az O. T. B. A. Rendelő Intézetének helyettes főorvosa.

Myotonia congenita.

A myotonia congenita családián öröklődő betegség, amit már az is bizonyít, hogy első leírója *Thomsen*, családjának több mint 20 tagján észlelte. Ha nem is kizárólag a férfinetem sujja, azonban mégis legnagyobb számban és intenzitásban férfiaknál észleljük. Az örökletes terhelttség szülők vérrokonságában leli alapját s első megnyilvánulása után még néhány generációban követhető.

A valódi myotonia első tünetei a kora ifjúságban jelentkeznek s a serdülés korában teljesen kibontakoznak. A későbbi korban fellépő myotoniák részben psychogen eredetűek, tehát hysteriás reakciók, részben gránátrobbanás, trauma, fertőző betegségek következményei — utóbbiak közül különösen a dysenteria és typhus jönnek számításba — és a veleszületett myotoniától az különbözteti meg őket, hogy rendszeren maradék nélkül gyógyulnak, szemben a *Thomsen*-betegséggel, amely mind a mai napig gyógyíthatatlan. A későbbi korban fellépő és külső behatásokra visszavezethető myotoniától az ú. n. myotonia acquisitától el kell még különítenünk a paramyotoniát is, amely a myotonia congenitához családiaság hasonló, azonban létrejötté hideg-behatásra vezethető vissza. Az acquirált és paramyotoniás myotoniás reakciók mellett még egy kórképet kell ebből a csoportból kihasítanunk és ez a dystrophia myotonica, melyben a myotonia rendszeren a kezeken nyilvánul meg, de ezenfelül az arcizomzat, ritkábban a törzsizomzat atrophiját is észlelhetjük; az atrophia progressiv jellegű. Találkozunk még myotoniás reakcióval syringomyelia esetében is, ahol elkülönítő jelül a többi syringomyeliás tünet mellett a thermoanaesthesia szolgál. Itt meg kell említenünk, hogy myotoniás reakciókat észlelhetünk a legkülönbözőbb organikus idegbetegségek keretén belül is, annak bizonyosságaképpen, hogy a betegség alapját az idegrendszer degeneratív folyamatai — heredodegenerációja — képezik. Myotoniával téveszthető össze a tetania néhány nem tipusos esete, azonban jó elkülönítő jel ezekben az esetekben a mellékpajzsmirigy és calciumanyagcsere kimutatható működési zavarán kívül a tetaniára jellemző tünetek sora.

Myotonia alatt az izomzatnak különös reakcióját értjük, ami abban áll, hogy akár innervációs inger, akár mechanikus vagy elektromos ingerlés esetén az inger elmúltával is fennmarad az izomzat tetanikus összehúzódása. Az így keletkezett tetanus 5—30 másodpercig tart, majd fokozatosan elmúlik. Hosszabb ideig tartó nyugalom után ismét tetanus lép fel az intendált izomcsoportban. A tetanusba került izom minden akaratlagos mozgásra képtelen, míg a görcs meg nem oldódik. Lépcsőn járaskor a láb emelése nem sikerül, míg többszöri próbálkozás után a nehézkesség lassan tűnik s végül a mozgás könnyen kivihetővé válik. Így a levélhordó munkáját jól elvégezheti, mert amíg jár, tonusbeli rendellenesség nem zavarja munkáját; a fájdalomtalan merevség, melyet leghelyesebben intentiós rigiditásnak nevezhetünk, csak akkor jön létre megint, ha az izommunkába később szünet vagy megszakítás iktatódott. Ilyen intentiós merevség az, amidőn a myotoniás egy pohár víz után nyúl és kinyújtott merev karjával addig más mozgást végezni nem tud, míg a merevség meg nem szűnt. A myotonia az izomzat abnormis innervációja tehát, aminek lényege, hogy a contracturát okozó inger megszűnte után is megmarad az izomhas maximális contracturája. Jóllehet, ezek a betegek rendszeren herculesi izmokkal rendelkeznek, azonban dynamometerrel mért izomerejük csökkentnek bizonyul, emellett fáradékonyak.

Ha a beteget külső behatás éri, akkor izomzata szintén tonusos állapotba jut s a beteg akarata már nem elég ahhoz, hogy a megfelelő izomcsoportot eler-

nyessze. A rágóizomzatban a tetanushoz vagy strychnin mérgezéshez hasonló trismus keletkezhet. Vannak esetek mikor a tonusbeli rendellenesség az összes izomzatot támadja meg s akkor az izommerevség oly nagy fokot érhet el, hogy a beteg bot módjára terül el a földön s a teljes oldódás bekövetkeztéig felkelni nem képes. Néha a musculus orbicularis oculiban észlelhetünk tetanust. Egyesek szerint ritka esetben a szívre terjedő myotoniás zavar is előfordul. Psychés behatásokra, izgalomokra s különösen ha azt hiszi a beteg, hogy megfigyelik, fokozódik a tonus zavara. Erősen fokozódik az izomzatnak mechanikus ingerelhetősége. Igen nagy hullámú és sokáig áll fenn az izomhas ütögtetésére keletkező idiomuscularis domb. Gyakran elégséges, hogy ujjunk hegyével megnyomjuk az izomhasat vagy megkopogtassuk a csontthártyát, sőt elégséges, ha az izomhas felett a bőrt lehűtjük, hogy az izomzat csontkeménnyé púposodjék. Fokozott a villamos ingerlékenység is, aminek legnagyobb foka az a jelenség, hogy galvanos ingerlésre az anodingerelhetőség mértéke egyenlő a kathodingerelhetőség mértékével, amit myotoniás reakciónak (My. R.) szokás nevezni. Gyenge áramok már igen tartós és nagyfokú izomösszehúzódást eredményeznek, emellett jellemző, hogy az izomhoz tartozó idegnek villamos viszonyai normálisak.

Sensorialis és sensoros körben elváltozások nincsenek, kóros reflexeket nem találunk, nem ritkán azonban imbecillitas vagy debilitas észlelhető a betegeken. Ami az anyagcserét illeti, fokozott a fehérje- és a kreatinanyagcsere, magnesium- és calciumvesztés gyakori és a vérnyomás alacsony volta mellett, sajátos módon a vércukor tükre igen alacsony, így 0.04% alá is csökkenhet. Ez a jelenség szülte azt a véleményt, hogy a myotonia congenita a mellékvese megbetegedésének tünete. Miután az izomzatban csak a sarcoplasma jelentéktelen és nem állandó elváltozását találták, némelyek a parasymphathicusba vagy az üregi szürke állomány gócaiba helyezték a betegség támadópontját. Tekintettel arra, hogy a betegség külső megnyilvánulásában a veratrin vagy kreatinmérgezéshez hasonló, egyesek autointoxicációs aetiológiára gondolnak. Mai ismereteink szerint a myotonia congenita örökletes terhelttség talaján fejlődő s az idegrendszer degenerációjával összefüggő betegség: myopathia.

A leírt állapot rendszeren 25—30 évig stationær marad. Eddig minden gyógyítási kísérlet eredménytelennek bizonyult. Lelkinyugalom, egyenletes meleg, mérsékelt mozgás és alkoholfogyasztás jó hatású. Ennél többé, sajnos, ma még nem tehetünk.

Büchler Pál dr.
egyetemi tanársegéd.

A tuberculosis actuális kérdései.

A physikális betegvizsgálat haladása a tuberculosis kórisméjében.

Tagadhatatlan, hogy a physikális vizsgálat jelentőségét nagyon megközelíti a röntgenátvitágítás és a felvétel. Mégis a röntgennel olykor elnézhetünk olyan elváltozásokat, amelyeket hallgatódzásaival nehézség nélkül feismertünk és fordítva. A percussio és auscultatio fontossága nem vitatható, amit az utolsó évek erre vonatkozó differenciálási részletmunkája is támogat. Ezek a tapasztalatok röviden véve a következők:

Percussio. Ha erős, szinte döngető kopogtatással kopogtatjuk át a mellkast, a légtartó tüdőben ülő kisebb beszűrődések nem ismerhetők fel. Ezért szabályként fogadjuk el,

hogy halkan és gépszerűen, tehát egyenlő intenzitással összehasonlítva kopogtassunk, mégpedig lehetőleg nagy csendben. A legjobbnak bizonyult sok más ajánlat mellett: az ujjon-ujjal kopogtatás. Értékét még így sem szabad *túlbecsülni*, miután egyrészt önsuggestio által befolyásolt eljárás, másrészt valóban megbízható leletet csak a már jól körülírt elváltozások adnak. Az eredményes kopogtatásnak előfeltétele, hogy azt előzetesen fizikális és röntgen-eredmények ne befolyásolják. Azok, akik minduntalan »rövidült csúcsot» kopogtatnak ki, nem értékelik eléggé a kopogtatással együttjáró hibaforrásokat, mint amilyen a skoliosis, a kulcsontok állapota, a mellkas felső aperturája, valamint a nyaki borda jelenléte. *Ulrici* 40%-ban talált elváltozást a csontos mellkason és véleménye szerint a csúcs feletti rövidülésnek önálló jelentősége egyáltalán nincsen. További tévedésre ad alkalmat a vállizomzat egyenlőtlen fejlődése. A »szűkebb *Krönig*» jelentősége is mélyen alászállt. A csúcskopogtatás túlértékelése kétségtelenül egyik oka annak, hogy a tüdőgyógyintézetekbe annyi nemgümőkóros kerül.

Folyadék felett abszolút tompulatot kapunk (tomba), zsugorodott heges tüdő felett a tompulat már enyhébb (tompult), míg a friss beszűródés felett a tompulat a legenyhébb vagy egyáltalában nem is kopogtatható ki. A rekeszmozgás egyoldalú visszamaradása gyakran mellhártyamegbetegedésre utal és alkalmilag, különösen a tüdő alsó részében ülő gócról nyújt felvilágosítást.

A *caverna* kopogtatás útján történő megállapítása csak ritkán sikerül, miután a tankönyvekből ismert classikus tünetek (*Wintrich*, *Gerhardt*, *Friedreich*) gyakran hiányoznak. *Dunham* 100 *caverna* közül csak egy ízben találta a classikus tüneteket. A franciák a tüdőgümőkór korai megállapításának kopogtatási és hallgatódzási praedilectiós helyeit »*alarmzónáknak*» nevezik, amilyen a fossa subscapularis és az interscapularis terület.

Fibrothorax-esetén kopogtatással azonos oldalon paravertebralisán derékszögű területen hypersonor kopogtatási hangot hallunk, melynek felső határa az első vagy második háti csigolya magasságában helyezkedik el. A hangváltozást az áthúzott légső, nagy bronchusok és talán az áthúzott emphysemásan megváltozott tüdő okozza.

Miután a *tracheobronchiális nyirokcsomómegebetedés* röntgenkórisméje csak előrehaladott stadiumban lehetséges, a korai diagnosis tekintetében fontos a klinikai vizsgálat kiépítése. A már ismert fizikális vizsgálati tüneteket *Rachid* a következőkkel egészíti ki: hátonfekvéskor percussióval a felső végtagok egyenletes tartása mellett a kulcs- és mellcsonti szögletben megállapítható: 1. normál esetben az egyik axillaris vonaltól a másikhoz közeledve, az első bordaközi résben az egyenletes hangzatos kopogtatási hang, 2. nyirokcsomómegebetedés esetében a sternalis vonal közelében a csökkent sonor hang, 3. intrapulmonalis elváltozás esetében a hónaljvonal közelében a csökkent hangzatos kopogtatási hang és 4. csúcselváltozással kapcsolatos vagy anélkül fennálló nagy nyirokcsomótumoroknál tompulat hallható meg, a mellcsonttól a hónaljvonalig.

A kopogtatásnál lényegesen nagyobb jelentősége van az *auscultation*nak. A jó hallgatósövet, amely nem nyeli el a zörejeket, semmiképpen sem pótolja a fonendoskop. A tévedés azzal kezdődik, hogy túlgyakran hallunk, különösen a csúcs felett »*érdes be- és megnyúlt kilégzést*» és még többször »*finom ropogást*». A röntgenvizsgálat többnyire nem mutat kóros eltérést. Az »*apicitis*», illetve »*catarrhus apicis*» kórisméje, amely csúcsbronchitist feltételez, már azért is helytelen, mert a *tüdőgümőkór a csúcsban nem hörghurut*tal, hanem gócos elváltozással kezdődik. A hurutos csúcsnak csupán mint a bronchitis maradványának lehet jelentősége.

A tévesen magyarázott légzési eltérések oka között szerepel a jobb oldali rendszeren is megnyúltabb kilégzés, a nyelési nyálszörtyölés zörejei, a vállizület idült gyulladásakor hallható zörejek, az ú. n. zsirropopogás, a kulcs feletti árkok ú. n. emphysemavánkosán hallható ropogás, a garat és nyelőcső útján tolvavezetett zöreje, különösen pedig az *izomcrepitiatio*, melyet jellemez, hogy a légzési szünetben is hallható. Hallgatódzásnál fontos, hogy a beteget *suttogva számoltassuk*, miáltal a bronchophonia kórismészeti fontossága lép előtérbe, másrészt már a vizsgálat elején *köhögtessek a beteget*, mert a zörejek gyakran csak ilyenkor hallhatók.

A *beszűródés és a folyadék megkülönböztetése* a szabálytól annyiban térhet le, hogy friss, tömött vagy mélyen fekvő infiltratio felett is lehet csupán gyengült a légzés, másrészt friss izzadmány esetén az összenyomott tüdő felett éles hörgilégzés hallható.

A tüdő hangvezetését az I magánhangzó kiejtésével vizsgálva megállapítható, hogy ez az eljárás az infiltráló és induráló folyamatok feletti gyors és áttekinthető tájékozódást megkönnyíti.

A röntgennel megállapított nagyobb egyöntetű beszűródések felett többnyire gyengült hörgilégzés (*souffle tubaire*) hallható. Túlnyomóan heges folyamatokban a hangos, éles, magasabb vesicularis és főleg a kilégzésben hallható légzés (*souffle bronchique*) van jelen, amit *heges légzésnek* nevezünk. Polymorph, tehát a tuberculosisra jellemző hegesedés, beszűródés, szétesés és ép tüdőszövetrel váltakozó folyamatra az átmeneti, tisztátalan, pattogásoktól és hallható apró szörtyölésektől kísért légzés jellemző.

Különösen *kulcs alatti kezdődő szétesésekre* jellemző a sorozatos, szinte sortűszerű középhólyagú, alig nedves szörtyölés (*Käserasseln*). A szétesést követő *caverna* auscultatorikus megállapítása kórjósati és therapiás beavatkozás szempontjából fontos és többnyire lehetséges. Üreg mellett szól a tisztátalan, esetleg bronchialis légzés, különösen akkor, ha amphoras színezete van és ha azt pectoriloquia, tehát a beszédhangnak közvetlen fülünk feletti hallása kíséri. Jellemzők a *caverna* felett hallható nyikorgó zörejek és consonáló rhonchusok. Rá kell mutatni azonban arra is, hogy a *cavernáknak* átlag $\frac{1}{5}$ -e nem ad jellemző hallgatódzási tünetet és még az ököl nagyságú *cavernák* is »*némák*» maradhatnak.

A *gyógyult tüdőrészek felett* általában magas színezetű hangos légzés és mellézkörejek nélküli bronchophonia hallható. Máskor meg gyengült légzés van jelen pleurális, atelectasias vagy kisebb bronchectasiákból származó zörejekkel, még akkor is, ha a tüdő már hosszabb idő óta klinikailag gyógyultnak tekinthető.

A *kulcs alatti friss beszűródések*, amelyek a harmadlagos phthisis kiindulását jelzik: percussió leletet rendszert nem adnak; az auscultatiós lelet is szegény, amennyiben légzési eltérés vagy egyáltalán nem hallható, máskor meg tisztátalan, érdes vesicobronchiális leletet ad egy-egy ropogással vagy bűgással. A valódi korai beszűródések felett szörtyölés csak ritkán hallható.

Amint láttuk, a fizikális diagnostikát a legnagyobb kritikával kell értékelni, különösen a csúcsok diagnostikáját, ahol az akadályozott orrlégzés következtében beálló csúcsatelectasia vagy a tracheitis és pharyngolaryngitis által fenntartott csúcsbronchitis lelete semmiben sem különbözik a gümős folyamatkor talált fizikális eltérésektől. A fizikális tüdővizsgálat eredményét különösen a boncolásokban jártasak, akik az összehasonlítást a klinikával jól átérzik, fogják értékelni olyan irányban, hogy lehetőleg anatómiai diagnostist állítanak fel.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, közkórházi főorvos

A vese sérülései.

A vese védett helyzete miatt külerőszaki behatásra aránylag ritkán sérül meg. Aszerint, hogy a sérülés kapcsolatban a bőr, illetve a hashártya is megsérül vagy ép marad, a vesesérülések nyitlak és fedettek, valamint intra- és extraperitoneálisak.

A *fedett vesesérülés* legtöbbször magasból való leesésre, ütésre, rúgásra, gázolásra jó létre, de keletkezhettek vesesérülések hirtelen izomösszehúzóadások következtében is (elcsúszás). Ilyenkor, ha a rekeszizom a vesét mélyre nyomja, a vese a borda és a gerincoszlop közé kerülhet, s megsérülhet.

A vesesérülés legenyhébb alakja az, ha a vesegyurma a vesetokon belül kisebb terjedelemben megzúzódik. Ez rendszeren kisebb vérzéssel jár. A vesesérülés súlyosabb alakja az, ha a vesetok is megreped s a veséből kisebb-nagyobb részek leszakadnak. A vesesérülés nagysága nemcsak a külerőszaki behatás nagyságától és irányától, hanem a vese pillanatnyi nedvtartalmától (vér és vizelet) is függ. A vesében lévő folyadék ugyanis átveszi a beható erő eleven erejét és a hidraulikus nyomás következtében a vese szinte szétrobban. Ez a magyarázata annak, hogy a vesén sokszor nagy külerőszaki behatások csak jelentéktelen sérülést okoznak, míg máskor egy jelentéktelennek látszó ütés már súlyos, akárhányszor halálos kimenetelű vesesérülést okoz. A vesesérülés legsúlyosabb alakja az, ha a vese a hilusról leszakad. Ez oly heves vérzést okoz, hogy a beteg élete csak azonnali sebészi beavatkozással menthető meg. Megtörténik, hogy a trauma a vesét magát érintetlenül hagyja, de a behatásra a vese felüggesztő szalagjai meglazulnak és vándorvесе keletkezik.

A vesesérültek rendszerint sápadtak és igen elesettek, ami jórésztben shok hatására vezethető vissza, de a shok akárhányszor el is marad. Ha a vese megsérült, akkor az ágyéki izomzat reflexesen megmerevedik, védekezik s a vizelet véres. A vese sérülése után néha nagy fájdalmak jelentkeznek. E fájdalmak oka vagy az, hogy a vesegyurmában történt vérzés a vesetokra nyomást gyakorol, vagy az, hogy az uretert nagyobb véralvadékok eltömészik s ezáltal a vizelet lefolyása akadályozott.

A vérvezetés a vesesérülések állandó kísérője. A vizelet néha csak kis fokban, míg máskor napokon át erősen véres. Ha a vesesérüléssel egyidejűleg az ureter is elszakad, akkor megtörténhetik, hogy a vizelet nagyfokú vesesérülés esetén is csak nyomokban tartalmaz vért. Nagyfokú vérzés esetén megtörténik, hogy a hólyagba lefolyó vér a hólyagot teljesen kitölti és a hólyagban megalvad.

A vesesérültet fektessük ágyba, a vesetájjra hideg borogatást alkalmazunk és a beteget figyeljük meg. A vesetájon keletkezett terimenagyobbodás amellet szól, hogy a hashártya nem sérült meg. Amennyiben a terimenagyobbodás gyorsan növekedik, s a beteg állapota észlelésünk alatt gyorsan rosszabbodik, érverése szapora, könnyen elnyomható lesz, akkor a terimenagyobbodást biztosan vérzés okozza, ha azonban a terimenagyobbodás lassan, az általános állapot lényeges változása nélkül fejlődik ki, akkor alapja többnyire vizeletbeszűródés.

A fedett vesesérülés gyógyhajlama általában jó. A vérzés rendszerint megáll és a vér felszívódik. Igen súlyos vérzés esetében, amikor az általános állapot gyorsan rosszabbodik, azonnal be kell avatkozunk. Igyekeznünk kell a vesét megtartani. A vérzést ha lehet lekötésekkel, átöltésekkel csillapítsuk. Amennyiben a vérzés megállítása

a túlságos nagy sérülés miatt lehetetlen vagy az ureter és vesemedence oly módon sérültek meg, hogy azok varratlaltal való egyesítése nem sikerül, akkor a vesét el kell távolítanunk. Gyakori az, hogy ha a vérzés meg is áll, a lassan fejlődő vizeletbeszűródés vagy amiatt kell beavatkozunk, mert a vérömleny és a roncsolt részek elgennyednek.

A hashártya sérülésével szövődött (intraperitonealis) sérülések az extraperitonealisaktól abban különböznek, hogy intraperitonealis sérülés esetén a vese körül terimenagyobbodás nem keletkezik, hanem a hasüregben szabad folyadék jelentkezik, amit csuklás és hányás kísér. A szabad hasüri folyadék vizelettől vagy vértől származhatik. Intraperitonealis sérülés esetében azonnal be kell avatkozunk, mert betegünket a hashártyagyulladás veszélyétől csak így szabadíthatjuk meg.

A *vese nyitlak sérülései* ritkábbak. A szúrt és vágott sebek rendszerint nem olyan súlyosak, mint a lövészi sérülések, amikor is a hidraulikus nyomás következtében igen kiterjedt roncsolások keletkezhettek. A nyitlak vesesérülés kórismézését megkönnyíti az, hogy a seben keresztül a vér mellet vizelet is távozik. Ha azonban a hashártya is megsérül, akkor a vizelet esetleg csak befelé folyik s kifelé nem ürül. A nyitlak sérülés kezelése a fedett sérülés kezelésével azonos. Ha a vérzés nem nagy s a hasüri szervek nem sérültek meg, akkor várakozási álláspontra helyezkedünk. Ellenkező esetben a vese sebet szélesen mielőbb fel kell tárnunk s a sebész ellátása után a sebet nyitva kell kezelnünk. A vesesérülések késői következményeképp nem ritkán hydronephrosis, pyonephrosis vagy kőmegbetegedés jelentkezik.

Mező Béla dr.,

egyet. magántanár, közkórházi főorvos.

Az orrfurunculus és kezelése.

A furunculus — a faggyúmirigyek körülírt gennyes gyulladása — a bőr felületén felhalmozódott pyogen staphylococcusoknak (albus et aureus) és olykor streptococcusoknak mechanikus bedörzsölése folytán keletkezik; kifejlődését az orrbemenet bőrének elváltozásai, mint ekzema, impetigo és sykosis segítik elő. A pyogen infectióval szemben gyengébb ellenállást tanúsító egyénekben (diabetes, kachexia, marasmus) az orrfurunculus gyakrabban fordul elő.

Furunculus esetében a gyulladás többnyire körülírt és a nekroticus csap kilökődése után gyógyulásra hajlamos. Ennek dacára az orrfurunculus a veszélyek egész sorozatát rejt magában. A nyomkodás, a pörk célszerűtlen lekaparása, az áttört gennynek ujjal és borogatásokkal a környezetbe juttatása újabb furunculások keletkezésére ad alkalmat, melyek az egész testen elterjedhetnek. Ha a kórokozók a nyirokutakba és a vérpályába kerülnek, láz és hidegrázás kíséretében lymphangitis és lymphadenitis, illetőleg kötegszerű, gyorsan terjedő thrombophlebitis keletkezik a vena angularisban, amelyet hamarosan a szemhéjak oedemája követ. A vena angularisnak az orbita fővénájával, a vena ophthalmica superiorral történő anastomosisa folytán a sinus cavernosusban is thrombosis keletkezhethet, amihez legtöbbször meningitis purulenta társul. A furunculus ezenkívül orbnácnak, osteomyelitisnek, az ízületekben és más szervekben keletkező metastasisoknak, majd általános pyogen fertőzésnek lehet az okozója.

A betegség lassan fejlődik. A beteg először bizsergést, feszülést, majd enyhe égő fájdalmat érez, amely fájdalom hamarosan fokozódik. Az orrcsúcs és az orrszárnnyak élénk-vörösek, dagadtak; néha a kép orbánchoz hasonlíthat. A helyi elváltozásokat rendszerint rossz közérzet, fejfájás, borzongás és láz kíséri.

Vizsgálatkor a vestibulum nasiban köles- vagy borsónagyságú, vörös udvarral körülvett kiemelkedés található, amely rendszerint kemény és érintésre fájdalmas. Ha a gyulladási góc az orrbemenet felső csúcsában, a recessus apicis nasiban van, akkor a jobb áttekintés céljából a beteg fejét hátra kell hajtani és az orr csúcsát kissé felemelni. E rejtett zug átvizsgálása kis gégetükör segítségével is elvégezhető.

A *kezelés* conservatív és sebészi. A fájdalom és a feszülés csökkentése céljából, ha komolyabb tünetek nincsenek, *Burow*-oldatba mártott vattatampon helyezzünk az orrbemenetbe és az orrnyílás széle körül patkóalakban elhelyezett *Burow*-oldatos borogatást alkalmazunk, melyet parittyakötéssel rögzítünk. A tampon és kötést napjában két-háromszor váltjuk. Ilyen módon a gyulladás visszaféldhető vagy beolvadás után spontán áttörés következhetik be, minek folytán a bemetszés elkerülhetővé válik. A furunculus spontán megnyílása után a pörköket sesamolajjal megpuhítjuk, mire ezek könnyen eltávolíthatók lesznek. Az orrbemenetbe 5%-os bór- vagy 10%-os zink-kenőcsös (Rp. Acidi borici 2.0, Eucerini anhydrati 40.0. M. f. ungu. D. ad tub.) vattatampon helyezzünk és utasítjuk a beteget, hogy a tisztaság betartásával a tamponokat naponta többször cserélje.

Ha a fájdalom nem csökken, vagy láz, hidegrázás jelentkezik, az arc esetleg oedemáson megduzzad, akkor azonnali bemetszés szükséges. A vestibulum nasinak 2%-os bórsav- vagy hidrogenperoxyd-oldattal történt megtisztítása és a műtési területnek jodtincturával végzett beecsetelése után a bemetszést chloraethyllel történő fagyasztás mellett végezzük. Infiltrációs érzéstelenítés a kórokozónak a szövetekbe történő bepréslés veszélye miatt nem végezhető. A nekroticus csap kiszakítása vagy kikanalazása, valamint a lobos góc nyomkodása és más erőművi ingerlése ártalmas, ezért kerülendő. A műtési sebet jodoformgazeval lazán tamponáljuk és a tampon naponta váltjuk. A nekroticus csap rendszerint a bemetszést követő első vagy második napon kilökődik, amikor a tamponálást elhagyjuk és az orrbemenetet, helyesebben a sebet kenőcsös (börkenőcs, byrolin, lanolin, vaselin) vattatamponokkal védjük a külső ártalmaktól. E tamponok további célja még az, hogy a geny beszáradását és környezetbe jutását meggátolják.

Egyesek a furunculus megnyitását galvanokauterrel végzik. Ezt az eljárást mi nem alkalmazzuk, mert az égési pörk és reactio a geny szabad lefolyását akadályozza.

Azokban az esetekben, melyekben az arc venáinak gennyes thrombophlebitise állapítható meg, utóbbiak széles feltárása szükséges. Az ilyen műtét csak intézetben végezhető s az életveszély miatt a kosmetikai szempontokra nem szabad tekintettel lennünk. Ha torzító hegek maradnak vissza, ezeket későbbi plastikai műtéttel lehet esetleg eltüntetni.

Amikor a furunculusok kiújulását ekzema vagy sykosis okozza, a kezelésnek az alapbaj elhárítására kell irányulnia (olajos tampon, 3%-os salicyl-, 1/2%-os merc. praecipitat-, 2%-os bismuthum subnitricum-, diachylon-, ichthyol-kenőcs, epilatio, diaeta stb). Recidiváló furunculus esetében pedig általános belgyógyászati és vizeletvizsgálat van helyén.

Bajkay Tibor dr.
egyetemi tanársegéd.

A maradéknitrogén diagnosztikus értékelése.

Maradéknitrogénnek (MN) nevezzük mindazt a nitrogént a vérben, mely a fehérjék kicsapása után visszamaradó vegyületekből ered. Meghatározása a fehérjementesített vésavóban történik. Egészséges ember MN-je 30—40 mg %. Ennek legnagyobb részét a carbamid adja, a többi aminosavak, húgysav, kreatin, kreatinin, indikán, ammonia stb. Mennyisége az egészséges szervezetben is függ bizonyos fokig külső körülményektől; fehérjedús étrend, szomjaztatás vagy vízvesztés emeli, fehérjeszegény táplálék, bő folyadékbevitel csökkenti a MN értékét.

Vizsgálatának legnagyobb jelentősége a vesebetegségekben van, ahol a magas, 100—200 mg %-os és afölötti értékek rendszeren a vese súlyos működési zavarát jelentik és az uraemiának alkotják kísérő tünetét. Kisebb emelkedések is kedvezőtlen jelentőségűek lehetnek, ha nem befolyásolhatók, illetőleg növekvő hajlandóságot mutatnak. A belgyógyászati vesemegbetegedések közül legmagasabb értékek az elsődleges és a másodlagos zsugorvese decompensációs szakában találhatók. Heveny vesegyulladásban többnyire kisebbfokú megszapordást látunk, melynek kórjósolata is általában lényegesen jobb: az állapot javulásával a MN is visszatér a normális nívóra. A sebészeti megbetegedések (tuberculosis, genyedés, kő, daganat) akkor okoznak MN-emelkedést, ha mindkét vese súlyosan megbetegedett; de ugyanide vezethet a húgyutak szűkülete is, ha a vizelet kiürülését meggátolja, de kisebb akadályok is, ha az állandó pangás a vese jórészét elpusztítja (kövek, kívülről való összenyomás, húgycsőszűkület, prostatahypertrophia stb). Megemlíthető még a ritka polycystikus vese kórképe, mely ugyancsak uraemiás halálra vezethet (nem ritkán az egyik vese hibás indicatió alapultól eltávolítása után).

De nem uraemiás vesebajban, sőt ép vese mellett is előfordulhat a MN kifejezett megszapordása uraemiára emlékeztető tünetekkel. Ez rendszeren a chloranyagcsere zavarához van kötve, éppen ezért hypochloraemiás azotaemiának, illetőleg uraemiának nevezik; a MN megszapordását ugyanis a vér csökkent chloridtartalma okozza. Ezt az állapotot leginkább olyan bajok váltják ki, melyek nagy chlor- és folyadékvesztést okoznak. Ilyenek a bőséges hányással és profus hasmenéssel járó betegségek, a pylorustáji és duodenális szűkületek (főleg fekélyes eredet esetén), mikor is a nagyobb mennyiségű sósav kihányása erős chloridvesztést jelent, továbbá a bélelzáródás, cholera nostras és egyéb erős hasmenéses állapot és minden csillapíthatatlan hányás. Mivel a hypochloraemia okozta MN-emelkedés és uraemia maga is következményes hányásra vezet, a beteg ilyenkor súlyos circulus vitiosusba kerülhet, amely azonban intravenás konyhasóbevitellel kitűnően befolyásolható. Éppen ezért indokolt lehet további kezelés fogantatása tisztázatlan, makacs hányás eseteiben, akkor is, ha a vérkonyhasó és MN vizsgálata technikai okokból nem végezhető el. A hypochloraemiás MN-emelkedésnek az oka lehet a konyhasó erős megszorítása a táplálékban is, ami éppen vesebajos egyéneken fordulhat könnyen elő. Erre az esetre mindig gondolni kell és ha a polyuriás stadiumban levő vesebajosnak, kinek a vízkiválasztása még jó, sok folyadékot rendelünk, hogy a nitrogen-retentiót elkerüljük, ne fedelkezzünk meg a kellő mennyiségű konyhasó beviteléről sem.

MN-emelkedést okozhatnak még más betegségek is, melyek rossz vízkiválasztással, fokozott fehérjeszételéssel járnak. Így decompensált szívbajok esetében gyakran látunk 50—60 mg %-os értéket, de nagyobb lehet a MN mennyisége fehérvérűségben, kachexiás állapotokban, különböző mérgezésekben, lázas betegségekben, súlyos májelégtelenségben (pl. atrophia hepatis flava) és közvetlenül a halál előtt.

A fentiekből látható tehát, hogy nem jelenti minden MN-emelkedés a vesék megbetegedését és azért értékelésében és befolyásolásában is mindig tekintettel kell lenni a betegség egyéb tüneteire és a baj kiváltó körülményeire is.

Dr. Buday László,
belklinikai tanársegéd.

Mit értünk oligodynamias hatás alatt?

Oligodynamias hatás alatt egyes fémeknek az élő protoplasmára gyakorolt rendszerint káros hatását értjük, amely látszólag a fém anyagvesztése nélkül jön létre. A classikus kísérletek a következők: 1. Szilárd táptalajt bakteriumokkal egyenletesen beoltunk és steril ezüstdarabot (pénz, lemez, sodrony) helyezünk a táptalajra. Az ezüst közelében bakteriumtelepek nem fejlődnek. 2. Fémézüstöt (pénzt) megtisztítva dest. vízzel több órán át rázunk. Annak ellenére, hogy a vízben a rendes chemiai eljárásokkal fémeket kimutatni nem tudunk, az így activált víz bakteriumok vagy algák fejlődését hátráltathatja, sőt őket el is ölheti.

E jelenségekhez régebben a legkülönbözőbb magyarázatokat fűzték. Naegeli mutatta ki 1893-ban elsőnek a rézre vonatkozóan, hogy a hatás minimális mennyiségű oldott fémion jelenlétéhez van kötve és alighanem tőle ered az elnevezés is. Későbbi vizsgálatok ezt a nézetet teljesen igazolták. Kiderült, hogy a fémek által activált tápfolyadékokban a fémeket mindig ki lehet mutatni, sőt elektromos mérésekkel vagy rendkívül érzékeny vegyi eljárásokkal mennyiségüket is meg lehet határozni. Kimutatható, hogy ha az oldatból a fémionokat quantitative eltávolítjuk, akkor az activált folyadék hatástalanná válik. Ha a fém felületét olyan körülmények közé hozzuk, hogy belőle ion ne hasadhat le, úgy a fém activáló képességét elveszíti. Oxygen, főleg könnyen lehasadó oxygen jelenléte viszont az activáló hatást fokozza. Fém sók megfelelő minimalis mennyiségével ugyanolyan activált folyadékot tudunk előállítani, mint a fémmel magával és a biológiai hatás és a fémion koncentrációja szigorúan párhuzamosan haladnak. Mindezen adatokból elég világosan és meggyőzően kitűnik, hogy tényleg oldott fémionok hatásával állunk szemben.

Szerző neve és kísérleti anyag:	Ag	Cd	Cu	Hg	Mn	Pb	Zn
Naegeli spirogyra, literenként			100γ				
Stoyanow, coli, literenként..	5γ						50γ
Hocs, coli és spirogyra, literenként	1γ		64γ	20γ		2mg	
Leitner, coli, literenként	2,7γ		20γ	12γ			
Wernicke és Modern, coli, literenként	5γ						
Walbum, állatkísérletben tbc., ill. tetanus+staphylococcus testsúlykilogrammonként..		45γ			22γ		
Wiechowsky, emberen, streptococcus viridans, atypusos coli testsúlykilogr. ként..					8—16γ		

A hatás egyes fémeknél tényleg bámulatosan kis mennyiségekre jelentkezik, mint ezt alábbi táblázatos összeállítás mutatja, ahol a mennyiségek ezredmilligrammokban (gammákban) vannak a tápfolyadék literében, ill. állat-

kísérletekben az állat testsúlykilogrammja számítva feltüntetve. Emberen eddig endocarditis lenta- és colitis esetében írtak le kedvező eredményeket. (L. a táblázat utolsó rovatát.)

Az újabb irodalomban csupán egyetlen ellentmondó adat van. Stoyanow (1931) azt állítja, hogy hatás akkor is létrejön, ha a bakteriumtartalmú tápfolyadékot quarcablakkal választja el a fém suspensiótól. Nézete szerint a fém a suspensióban oxidálódik, miközben sugárzást bocsát ki, ami a quarcablakon át a bakteriumokra hatást fejt ki. Kísérleteit azóta nem erősítették meg.

Nem egészen tisztázott kérdés e minimális mennyiségű fémionok hatásmechanismusa. Mindenképpen valószínű, sőt egyes fémekre biztonsággal is megállapítható, hogy a bakteriumtestekhez stb. kötődnek, absorbeálódnak, majd a protoplasmába penetrálnak. Kétséges azonban, hogy hatásuk direkt méreg hatás-e (specifikus fémion hatás) vagy pedig oxydatív-katalitikus hatás. Ma valószínűnek kell tartanunk, hogy mindkét eset előfordul és hogy a mechanizmus az egyes esetben a fém a substratum és a milieu szerint változik.

Végül talán még megemlítendő, hogy Feiler 1929-ben alkaloidák minimalis mennyiségeivel éri el állítólag kimutatható hatásokat és ezeket szintén oligodynamias alkaloid hatás névvel illette. Chininnel, strychninnel és aconitinnel adatai szerint 10^{-21} (!) hígításban sikerült még hatást kimutatnia, bár maga is elismeri, hogy az oldatban ténylegesen jelenlévő töménység a számítottnál némileg nagyobb lehetett. A hígítás mégis oly horribilis (10^{-20} száztrilliószoros hígításnak felel meg!), hogy még meg nem erősített kísérleteit kétkedéssel kell fogadnunk.

Groák Béla dr.
egyet. tanársegéd.

A párisi Saint-Louis kórház.

Nyári szabadságomat a párisi St. Louis-kórházban töltöttem el és arról, amit e rövid idő alatt ott láttam s tapasztaltam, óhajtok röviden beszámolni.

Magáról a kórházról sokat nem tudok mondani. A XVI. század végén épült, öreg, várkastélyszerű kórház kellemes benyomást kelt, de mint modern épület természetesen szóba sem jöhet a mi intézményeink mellett.

Első ízben Ravaut főorvos osztályát kerestem fel, akit a franciák egyik legjobb dermatologusuknak tartanak. Jellemző a mostani francia viszonyokra, — amit mint később megtudtam, az ott is nagyon érezhető gazdasági válság okoz — hogy nagyon tartózkodók, majdnem barátság-talanok az idegenekkel. Mikor azonban az osztály orvosai megtudták, hogy nem szándékozom Párizsban letelepedni, tehát nem vagyok jövőendő konkurensük, igazi francia közvetlenséggel és udvariassággal arra törekedtek, hogy minél többet lássak és tanuljak.

A kórháznak úgynevezett nagy bőrgyógyászati rendelését a hét hat napjain felváltva a főorvos vezeti két—három assistensével. Itt csak új betegek jelentkezhetnek. Négy oszlopban a négy vizsgálóorvos felé özönlenek a betegek, akiknek a száma sokszor a 200—300-at is meghaladja. A főorvos körül csoportosulnak a külföldi orvosok. A kép elég internacionális, az orvosok és a betegek között sok a színes fajú.

Ha az assistensek a hozzájuk kerülő betegek közül érdekes esetre akadnak, a főorvoshoz vezetik, hogy valamennyien lássák és együttesen beszéljék meg. Ezen a consultation kívül a 6 osztályon mindennap külön rendelés van régi és új betegek számára. Itt természetesen sokkal kisebb a forgalom.

A receptura — bár osztályok szerint módosul — nagy vonalaiban egyöntetű.

Pyogén folyamatokra gyakran alkalmazzák a hydrargyrum oxydatum flavum kenőcsöt, nem számolva az esetleges kénesőrzékenységgel. Alapanyagok majdnem minden kenőcshez disznózsírt használnak, a vaselin és egyéb alapanyagok helyett. Valamennyi rendelésen kiterjedten rendelik a »Milian oldat«-ot, mint fertőtlenítőt, melynek összetétele: kristályibolya, methylzöld aa. 0.25 100 rész 90 %-os alkoholra. Főleg idősült nedvező ekzema, makacs dyshydrosis, dermatitis esetén alkalmazzák ecsetelésre. Ezekben az esetekben, hozzávéve még a pruritust, prurigot, idősült urticariát, mindenkor focal-sepsis után is kutatnak. A megfelelő osztályokra küldve, végig vizsgálják a beteget, különösen a fogak és tonsillák állapotára fektetnek fősúlyt. Ha itt nem találják meg a gócot, az egész szervezetre kiterjedő vizsgálat következik.

Milian osztályán lupus vulgarisban szenvedő betegeket is láttam kizárólag »Milian oldat«-tal kezelni, meglepően jó eredménnyel. Ezeknek a betegeknek legnagyobb része különben eredeti concentratoros Finsen lámpás kezelésben részesül, amit sok esetben Gerson diétával kötnek össze. Ezenkívül persze általános besugárzást is kapnak. A Gerson-diétát úgy láttam, a francia betegek sokkal jobban tűrik, mint a mieink. Minden beteg nyomtatott lapon kapja meg az egy hétre megállapított sónélküli menüjét, amit otthon elkészíthet.

Ravaut osztálya sok diathermiás kezelést végez. Az így gyógyított epitheliomás, basaliomás esetek valóban recidiva nélkül gyógyulnak. Ezzel a módszerrel coagulálnak kis kiterjedésű lupus vulgarist, míg galvanokautert erre nem használnak. Folliculitis esetén a megbetegedett szőrszálak kitépése után az activ polust képező tüvel jó mélyen — míg erősebb ellenállás nincs — behatolnak és 1—4 m a. erősségű áramot 10"—20"—ig engednek hatni. Még haemangioma, talpon levő verrucákat távolítanak el ilyen módon. Minden érzéstelenítés nélkül coagulálják a Nicolas—Favre-betegség kisebb kiterjedésű elváltozásait, főleg az inguinális mirigyeket. Ilyen betegek e mellett általános kezelésben is részesülnek, ami a szokásos lugol és hyposulfite injectiókból áll. A tetoválást ugyan ilyen módon távolítják el, noha az eredmények kosmetikai szempontból nem kielégítőek, gyakran vaskos keloidos heggel gyógyulnak. Keloidokat diathermiás szikráztatással, Oudin-kezeléssel simítanak el, természetesen sokszor ismételve.

Nagy szerepe van a diétának. Ekzema, dermatitis, alopecia areata, vitiligo, prurigo, psoriasis, rosacea, lupus erythematosus, urticaria eseteiben eltiltják a húst, a kenyeret, a teát, a kávé, az alkoholt és a fűszeres ételeket. Figyelmeztetik a beteget, hogy lassan egyék és mindent jól rágjon meg.

Ekzema, dyshydrosis, dermatitis esetén a rendes kezelésen kívül, Ravaut minden esetben »desensibilisál« egy-egy Sonluol-tablettát (0.01 altsalvarsan) ad naponta két ízben, amit másodnaponként — ugyancsak naponta kétszer — egy centigrammos calomel-pillulák váltanak fel. A kétféle gyógyszert 20 napon keresztül szedik, az eredmények meglepően jók.

A syphilis kezelésére Milian ma is bürettábol adja az 50 ccm-nyire felhígított novarsenobenzolt és csak fekvő betegnek. Így akarja elkerülni a nitritoid krisist, amely mint hallottam, számos halálos áldozatot is követelt. Minden frissen fertőzött beteget egy-két hétre befektetnek a kórházba és ezalatt kizárólag novarsenobenzolt kap, míg a fekély behámosodik. Különben a beteg nem kap egyidőben kénesőt és salvarsant, hanem csak az egyiket, vagy csak a másikat. A novarsenobenzol egyes adagjai 0.10 ctgr-

tól 4—5 naponként adva 0.15 ctgr-al emelkedve, elérik a 0.90 ctgr-ot, sőt nem ritka az 1.20 gr-os adag.

A kölni Orvosegyesület salvarsan-bizottságának statisztikája ezzel szemben kimutatja, hogy a neosalvarsan 0.60 gr-ig adagolva 1 : 162.792 arányban okoz halálestet, ezen az adagon felül 1 : 3000 arányban, tehát 54-szer nagyobb számban. — Egy kúra alatt átlag 5—6 gr-ot (testsúlykilogrammonként 0.10 gr) adnak. Egy hónapi szünet után, ha a Bordet—Wassermann-reactio negatív, a beteg hg. oxycyanatumos kúrát kap, ami hús 0.01 gr-os injectióból áll, amit mindennap intravénásan adnak. Ha valaki ezt a szert nem bírja, csak akkor kap bismuth-injectiókat. Ha a B. W. nem negatív, akkor a beteg a szünet után ismét csak novarsenobenzol-kúrát kap.

A hatalmas tömegű bejáró-beteganyag injectiók kezelését medikusok végzik, akiket harmadéves koruktól kezdve egy ú. n. kórházi vizsga letétele után osztályokra osztanak be. Délelőtti munkájukért napi nyolc frankot, a délutáni tömegkezelésért 25 frankot kapnak.

A kórház egyik főértéke a moulage-múzeum, ami arányaival és tökéletes készítményeivel egyedülálló. A múlt század nyolcvanas éveitől megtalálhatjuk a legkülönbözőbb bőrbajok érdekesnél érdekesebb eseteinek viasz másolatát. A múzeum könyvtárában a világ összes dermatológiai szaklapjai megtalálhatók (magyar is).

Végül még egy szomorú érdekességről, a máltai lovagrend áldozatkészségéből 1930-ban felállított lepra-intézet-ről kell megemlékezni. Mielőtt ez az igazán szép, modern, minden kényelemmel ellátott épület felépült, a leprás betegek a többi betegek között feküdtek, bizonyítékául annak, hogy kellő óvatosság mellett a leprafertőzés elkerülhető. Kezelésében a legjobb eredményt még ma is a chaulmoogra-olaj adja, amit per os, rendkívül fájdalmas intramuscularis injectiók és beöntés formájában alkalmaznak. Elkülönítve, szép tágas, félig üvegfalú szobákban élnek, nagy kényelemben és válogatottan jó étellel, azonban a betegek mégis rendkívül idegesek és az orvosok mindent felejtetni akaró kedvességét is gyanakodva fogadják.

Befejezésül még csak annyit szeretnék mondani, hogy jó és hasznos idegen országban körülnézni, mert csak akkor látja az ember, hogy a mi kis megnyomorított országunk semmivel sem áll a boldog győztes államok kulturája mögött.

K. Haspel Lujza dr.,
bőrgyógyász-szakorvos.

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés: Betegem már 15 éve szenved bizonyos igen erős viszketéssel járó bőrbántalomban. A viszketés az egész test bőrén, de főleg a combok belső felszínén, hason, mellen jelentkezik. A kültakarón semmi néven nevezendő elváltozás nem látható. A viszketés a hideg idő beálltával kezdődik és a meleg tavasszal elmúlik.

Próbált a beteg már mindenféle kenőcsöket, calciumot intravénásan, legfeljebb csökkent viszketése, de nem mult el; mi váltja ki betegemnél ezen hideg időben keletkező viszketést és mivel lehet megszüntetni?

Hideg urticaria lenne? Adjak tovább calciumot, esetleg padutint?

Felelet: A beteg valószínűleg pruritus hiemalisban szenved; ez főképpen felnőtteknél hideg időben jelentkezik és nem azonos a hideg urticariával. Ezekben az esetekben a szervezetnek minden irányban való átvizsgálása, diéta (só- és húszegény, fűszermentes) táplálkozás és gondos testápolás szükségesek. Fontos továbbá a bőrizgalmak távoltartása, a bőrnek hideg elleni védelme; gyenge massage-ok valamely enyhítő kenőccsel (Ichthyoli g 1.5, Zinci oxydati, Talci veneti aa g 7.5, Adipis lanae anhydr. Vasel. fl. americ. aa ad g 50.0) is jóhatásúak szoktak lenni.

Földvári Ferenc dr.

Kimutatás az 1935 január 13-19-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) és haláleseteiről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphtheria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis		Morbilli	Influenza	Malaria	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.
1. Abaúj-Torna	92.827	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	54	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	111.860	3	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.131	2	—	—	—	16	—	4	—	—	—	—	—	7	4	—	—	—
4. Békés	334.130	3	—	2	1	10	2	3	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—
5. Bihar	179.115	6	1	2	—	4	1	—	—	—	—	—	—	30	1	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	304.182	1	1	—	—	3	1	14	—	—	—	—	—	12	3	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.511	2	1	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
8. Csongrád	148.191	1	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
9. Fejér	230.719	8	—	—	—	7	2	6	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.241	1	—	—	—	6	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11. Hajdú	180.159	9	2	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—
12. Heves	320.921	4	—	—	—	9	—	4	—	—	—	—	—	14	4	—	—	—
13. Jász-Nk.-Szolnok	417.676	9	—	—	—	12	2	14	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.173	8	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
15. Nógrád és Hont	226.557	—	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Sol.-Kk.	1.418.317	15	1	2	1	56	3	48	1	—	—	—	—	53	1	—	—	1
17. Somogy	388.775	—	—	—	—	7	2	35	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
18. Sopron	143.235	—	—	—	—	4	1	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	410.116	14	2	—	—	3	1	7	—	1	—	—	—	72	1	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	154.630	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21. Tolna	267.560	1	3	—	—	13	1	18	—	1	—	—	—	108	1	—	—	—
22. Vas	274.227	5	—	—	—	11	—	6	—	—	—	—	—	22	1	—	—	—
23. Veszprém	246.093	2	—	—	—	5	1	8	—	—	—	—	—	39	—	—	—	—
24. Zala	367.564	5	2	—	—	8	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25. Zemplén	148.150	4	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	2	3	—	—	—
I. Baja	29.329	—	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1.027.106	9	1	2	—	37	1	66	—	—	—	—	—	78	—	—	—	—
III. Debrecen	121.326	2	—	—	—	3	—	8	—	—	—	—	—	38	—	—	—	—
IV. Győr	50.844	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.825	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
VI. Kecskemét	80.729	—	—	—	—	6	1	1	—	—	—	—	—	44	—	—	—	—
VII. Miskolc	62.597	3	1	—	—	5	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII. Pécs	65.963	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	21	3	—	—	—
IX. Sopron	36.022	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	46	—	—	—	—
X. Szeged	137.479	—	1	2	—	7	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.247	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen : 8,840.527		121	16	10	2	261	21	289	2	2	—	—	—	690	23	—	—	1
Előző évben :		76	3	13	—	372	29	346	6	—	—	1	—	235	12	2	—	—

Pályázat.

A Nógrádvármegyei »Mária Valéria« közkórházban megüresedett egy alorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása a 124.000/1926. N. M. M. sz. ministeri rendeletben megállapított fizetés, egy szobából álló szabad lakás és tisztii élelmezés, amelyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. Pályázhatnak nőtlen, illetve hajadon orvosdoktorok. A kinevezés egy évre szól, amely további két-két évre, pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Magángyakorlat folytatása nincs megengedve.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények február hó 10-én déli 12 óráig méltóságos *Soldos Béla dr.* főispán úrhoz intézve a kórház igazgatójához nyújtandók be. A kérvényhez melléklendők: születési bizonyítvány, orvosdoktori oklevél, esetleges eddigi működést igazoló bizonyítványok, illetve ezek hiteles másolatai.

Balassagyarmat, 1935 január hó 16.

Kenessey Albert dr. s. k.,
kórházigazgató-főorvos.

Pályázat.

A püspökladányi járáshoz tartozó Nádudvar községben megüresedett és jelenleg helyettesül betöltött II. községi orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy készítésüket, eddigi alkalmaztatásukat, valamint erkölcsi és politikai megbízhatóságukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmeket hozzám folyó évi február hó 16-án déli 12 óráig annál is inkább adják be, mert a később érkező pályázati kérelmeket figyelembe nem veszem.

Az állás javadalma a 62.000/1926. B. M. sz. rendeletben megállapított, illetőleg a mindenkor érvényben lévő rendeletekkel csökkentett fizetés és lakáspénz.

A választás napjának kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Püspökladány, 1935 január hó 16.

Rásó dr. s. k.,
főszolgabíró.

Kipróbált

**Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum**

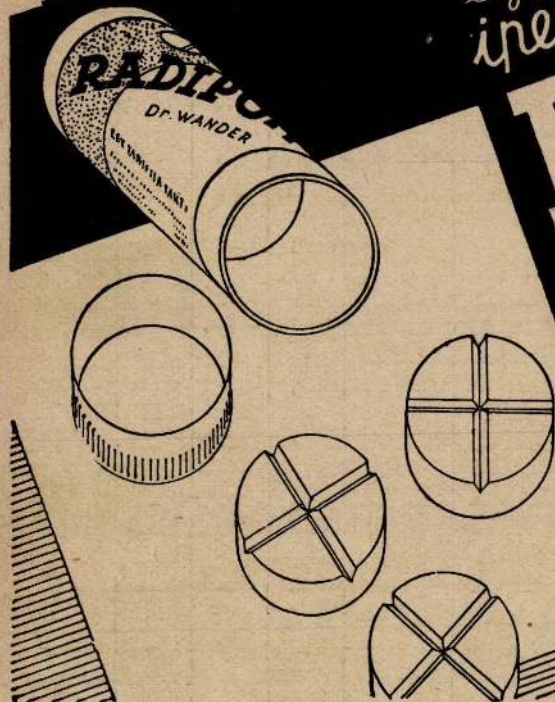
LYSALGIN

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

Dr. Wander R.T.

egyenletes, változatlan
ipecacuanha hatás standardizálva**RADIPON**

tabletta dr. Wander



1 Radipon tablettá - 1 ek. inf. Ipecacuanha / 0.5-1.80 /
 1/2 " " " " / 0.25-1.80 /
 1/4 " " " " / 0.12-1.80 /

10 tablettá ára P. 140.

hazai, olcsó, megbízható
expectorans

Dr. Wander gyógyszer- és tápszergyár Rt., Budapest.

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

VIDEX

BÉLREGULATOR

„CHINOIN”

physiologias bélmozgató anyagokat tartalmazó

Javallt kuraszerűen chron bélműködési zavaroknál. 50 dragéet tartalmazó dobozokban

PANTAL

NÖVÉNYI LAXANS

„CHINOIN”

görcsöt nem okozó, kellemes

20 és 40 dragéet tartalmazó dobozokban

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal

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

Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele

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

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

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



Syrup hypophosphit. comp.

Dr. EGGER

*Évtizedek óta bevált souverén
roborans és tonicum*



Polybrom

effervesc. tabl. dr. EGGER

*A brom adagolás legcélszerűbb formája.
Kellemes szénsavas italt szolgáltató tabletták*

Készítményeim rendelésénél kérjük a

„*see Egger*“

pontos megjelölését



Dr. EGGER LEO és EGGER I. BUDAPEST



Devegan

a vaginalis fluor kezelésére,
még az eddig nehezen befolyásolható trichomonas-kolpitisnél is, valamint a hüvelynyálkahártya dysfunkciójánál.

Helyreállítja a hüvely normális flóráját és elősegíti a tejsavbacillusok szaporodását. Biztos hatású, tiszta és kellemes kezelés

Eredeti csomagolások:
Doboz 15 és 30 tablettával



»Bayer«

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

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

GLANDUBOLIN

Izolált tüszőhormon.
10.000, 1000, 100 és 40 egéregységet tartalmazó ampullák,
1000, 300 és 100 egéregységet tartalmazó tabletták,
1000 egéregységet tartalmazó suppositoriumok.

GLANDUITRIN

A hypophysis hátsó lebenyének kivonata.

Szülészeti fájásgyengeség, atonia uteri eseteiben.

Egyéb indicatiói: Postoperatív bélparalysis, cholelithiasis, nephrolithiasis.

RICHTER GEDEON
vegyészeti gyár r. t., Budapest, X.