80. évfolyam 1. szám Budapest, 1936 január 4

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Hüttl Tivadar: A tüdővérrög-emboliáknak az időjárással való összefüggéséről és azok keletkezéséről. (3—13. oldal)
Krompecher István: A csonttörések kezelésének irányelveiről. (14—16. oldal)
Tamási Gyula és Teveli Zoltán: A csecsemő- és gyermekkori dysenteria serologiai diagnosisa. (16—19. oldal)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (1—4. oldal)
Móritz Dénes: Adatok a meningitis tuberculosa pathologiájához. (19—21. oldal)
Csekey László: A villamos áramcsapás későbbi következményei. (21—22 oldal)
Kollarits Béla: Adenoma sebaceum-Pringle és fibromatosis subungualis, a neurofibromatosis-Recklinghausen tünetei. (23—24. oldal)
Haranghy László: Két holttest feldarabolásának érdekesebb esete. (24—25. oldal)
Lapszemle: Sebészet — Szülészet — Gyermekgyógyászat — Szemészet — Bőrgyógyászat. (25—27. oldal)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei (27—28. oldal)
Zemplényi Imre: Az orvosi kamara feladatai. (28—29. oldal)
Önkéntes könnyűhalál. (29—30. oldal)
Vegyes hírek (30. és a boríték 4. oldalán)
Hetirend (a borítólap 4. oldalán)

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

A tüdővérrög-emboliáknak az időjárással való összefüggéséről és azok keletkezéséről.*

Irta: *Hüttl Tivadar dr.*, ny. r. tanár.

A tüdővérrög-emboliák és az időjárás közötti összefüggés tanulmányozására két körülmény késztetett. Az egyik az volt, hogy a tüdőemboliák halmozódása az utolsó években a vezetésem alatt álló klinikát sem kímélte meg, sőt 1931 november és december havában ijesztő mérveket öltött. E két hónap alatt nem kevesebb, mint öt beteget vesztettem el váratlanul, percek alatt tüdőembolia miatt. Ezek a minden sebészi számítást keresztülhúzó halálesetek, érthetően olyan lelkiállapotba hoztak, amelyben a műtétek végzésétől való félelem azzal a tépelődéssel párosult, vajjon miképpen lettek volna a emboliák elkerülhetők, s vajjon a halmozódást nem az egyes, ajánlott prophylacticus eljárások elhanyagolása okozta-e? Bár a thyroxin előzetes adagolásától olyan eredményeket, mint *Walters* és *Fründ* nem láttam, mégis azon tépelődtem, hogy a lábszárak rendszeres pólyázásával *(Fischer, Jaeger, Lange, Rupp, Paas)* vagy chlorcalcium injectiókkal *(Martin)*, a vena saphena előzetes lekötésével *(Mortens, Payr, Sellheim, Henschen)*. esetleg gyógyszerek (Eupaverin, Sympathol) adagolásával (előbbit *Denk*, utóbbit szénsavas belégzésekkel együtt *König* ajánlotta) nem lehetett volna-e ezen embóliákat megelőzni; nem is szólva arról, hogy milyen szerepe volt a vivőeres injectióknak az emboliák keletkezésében annál is inkább, mert a kezelésnek ezt a módját eddigelé kiterjedten alkalmaztam.

A másik körülmény, mely az emboliák tanulmányozására indított, az volt, hogy az utóbbi években minduntalan napvilágot láttak olyan közlemények, amelyek az emboliáknak általánosan észlelt gyakoribb előfordulásával foglalkoznak, az emboliák, thrombosisok, valamint időjárási tényezők közötti összefüggést tárgyalják, anélkül azonban, hogy végeredményben mindezideig sikerült volna az összefüggést és főképpen annak mibenlétét határozottsággal, egybehangzóan tisztázni.

Az emboliák gyakoribb előfordulásának okát *Geisendorfer* az emberiség fokozatos elöregedésében látja; *Payr* a táplálék kaliumtartalmának megnövekedésével, *Pfleiderer* a fémeknek, mint gyógyszereknek, *Oehler, Fahr, Linhardt* pedig az intravenás injectióknak kiterjedtebb alkalmazásával hozza ezt összefüggésbe. *Kurtzen* az autók elterjedésével a benzolgőzök fokozottabb belégzésének tulajdonít jelentőséget. Az időjárási tényezőkkel történő összefüggésre vonatkozólag *De Quervain* úgy nyilatkozik, hogy az emboliák és thrombosisok február és október hónapban a leggyakoribbak. Ha azonban a műtétek havi számához viszonyított relativ gyakoriságukat vizsgáljuk, akkor juniusban és októberben találkozunk a legtöbb emboliával. *Calmann* szerint az emboliák a tavasz vége felé, *Pirker* szerint tavasszal és ősszel, *Breitner* szerint tavasszal és nyáron, *Henschen, Nelz, Kazda* és *Stöhr* szerint influenzás járványok alkalmával támadnak gyakrabban. *Seemen* és *Neupart* is az időjárással hozzák őket összefüggésbe, *Henschen* pedig egyenesen azt mondja, hogy a thrombo-emboliák néha epidemásan lépnek fel, különösen ha »föhn« uralkodik. Ugyanezen az álláspontón van *Fritzsche* is, aki szerint az emboliák előfordulása 43%-ban föhn, 54%-ban erős déli légáramlat idejére esik. A légköri befolyások fontosságára figyelmeztetnek még *Martin, Böttner* is, akik közül utóbbi hangsúlyozza, hogy a thrombo-emboliák aetiologiájában atmospherikus cyklon képződések is figyelembe veendők. *Sarafoff* a Payr-klinikáról megjelent közleményében azt állapítja meg, hogy az emboliák és thrombosisok 1924-ben és 1929-ben fordultak elő a legnagyobb számmal, mégpedig főképpen a hideg évszak alatt. Mindezen felfogásokkal szemben *Nordmann* az időjárásnak semmi szerepet nem tulajdonít és legfeljebb annyit ismer el, hogy műtét utáni tüdőcomplicatiókban a thrombosisok is gyakoriabbak. Néhány újabb közlemény, melyek azóta jelentek meg, amióta az emboliákkal foglalkozom *(Domrich, Domrich* és *Wagemann, Scheidter, Rappert, Huber)*, megint bi-

* A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1935 március 30-i ülésén tartott előadás nyomán.

zonyos összefüggést állapít meg az emboliák és a meteorologiai tényezők között.

Az emboliáknak helyhez kötöttségére, egyes helyeken ritkább, vagy gyakoribb előfordulására vonatkozólag is több irodalmi adat áll rendelkezésünkre. *Sparmann* szerint emboliák a holland gyarmatokon nem fordulnak elő, *Nikolaysen* Norvégiában aránylag kevés, *Fischer* Afganisztánban pedig igen sok thrombo-emboliát látott. *Haberer* is beszámol arról, hogy Düsseldorfban több emboliát észlelt, mint előbbi működési helyein. *Roegholt*, *Quant* közleménye szerint, azt állítja, hogy a trópusokon embolia nem fordul elő s ezt úgy magyarázza, hogy ott a betegek a nagy hőség, a legyek és szúnyogok miatt műtét után nem tudnak nyugodtan feküdni és ez a korai mozgás akadályozná meg az emboliák képződését. *Reddingius* szerint az embolia a trópusokon csupán a bennszülötteken nem fordul elő, a bevándorlott egyéneken azonban igen s ezt a különböző táplálkozással, a vegetativ idegrendszer eltérő reactiós képességével magyarázza. *Burhaneddin* szerint keleten az emboliák ritkák, aminek az az oka, hogy a vegetariánus táplálkozás thrombosisra nem hajlamosít. Hasonló megfigyelést tett *Pflomm* is, aki arról számolt be, hogy postoperativ thrombosisok a kinaiakon nem fordulnak elő. Ezt a megfigyelést ő a *Boshammer*-féle elmélet alátámasztására használja fel, amely szerint thrombosisra a csökkent anyagcsereforgalom hajlamosít, a kínaiaknál pedig tudvalevőleg az alapanyagcsere fokozott.

E néhány adat is élénken bizonyítja, hogy az emboliákkal kapcsolatosan számos oly megfigyelés van, amelyek egymásnak ellentmondani látszanak s a hozzájuk fűzött magyarázat is további bizonyításra szorul. Ennek következtében érdemesnek tartottam megkísérelni annak eldöntését, hogy van-e összefüggés az emboliák és az időjárás között, lehet-e ezeket a különböző megfigyeléseket egymással összeegyeztetni, van-e módunkban az emboliák keletkezését céltudatos kezeléssel megakadályozni, vagy pedig bele kell-e törődnünk abba, hogy ez a rettegett szövődmény hatalmunkon kívül áll. Ez a kísérlet annál érdekesebbnek igérkezett, mert egyrészt az embolia, mint pillanatok alatt fellépő szövődmény, az időjárási tényezőkkel történő összefüggés tanulmányozására különösen alkalmas, másrészt, mert a kísérlet egyúttal hivatva volt feleletet adni arra a kérdésre is: van-e létjogosultsága annak a törekvésnek, amely a meteoropathologia keretét kibővíteni, gyakorlatilag is értékesíthető alapokra fektetni igyekszik.

A vizsgálatokhoz mindenekelőtt saját eseteimet állítottam össze. 1921 novemberétől az 1932. év végéig összesen 21 beteget vesztettem el boncolással is igazolt tüdőemboliában, ami a klinika fekvőbetegein ezen idő alatt végzett 18.808 műtét 0·11½-ának felel meg. Ez a szám beteganyagomban is 1929-ben érte el tetőpontját, amikor az emboliás halálozás 0·58%-ra emelkedett. E tíz év alatt a debreceni kórbonctani intézetben 11.437 boncolás végeztetett. A halál oka 45 esetben, azaz 0·39%-ban tüdőembolia volt. A 45 közül 29 sebészeti- és szülészeti embolia, 3 gyermekgyógyászati- és 13 belgyógyászati esett. Az emboliáknak a boncolási anyagból kiszámított százaléka a sebészeti boncolásokban 1·29%-ot, a belgyógyászati boncolásokban pedig 0·72%-ot tett ki. Ezt azért tartom érdemesnek megemlíteni, mert ezen számadatok szerint a sebészeti emboliák gyakoriabbak, mint a belgyógyászatiak, holott *Landois* és *Petermann* szerint a belgyógyászati emboliák gyakrabban fordulnak elő. Ezek száma e kimutatásban semmiesetre sem olyan magas, mint ahogy azt *Martini* és *Oppitz* találták, akik *Friedrich Müller* és *Borst* anyagát feldolgozva e számot 5·7%-ban állapították meg.

A debreceni sebészeti klinika emboliáinak száma azonban egymagában csekély volt ahhoz, hogy ezekből megbízható következtetéseket lehessen vonni, s ezért azon kéréssel fordultam az ország sebészeti klinikáinak és osztályainak vezetőihez, hogy anyagukat rendelkezésemre bocsássák. Kérésemet a legtöbben készséggel teljesítették, s így lehetővé tették, hogy vizsgálatom anyagát összesen 301 tödővérrög-embolia képezhesse.

Tervem eredetileg az volt, hogy kizárólag a boncolással igazolt sebészeti emboliákat állítom össze. Ezt azonban megvalósítani nem tudtam, mert sok vidéki kórházban a sebészeti és a szülészeti osztály nincs különválasztva s ezek sebészeti emboliák mellett szülészeti emboliáikat is rendelkezésemre bocsátották. Mások viszont a boncolási anyagukban előfordult emboliákat közölték velem s kimutatásukban a sebészieken kívül belgyógyászati-, ideg-elmegyógyászati-emboliák, sőt egy-két tüdőinfarctus is szerepelt. Miután pedig az eseteknek csak egy kis részében volt feltüntetve, hogy a betegeken műtét történt-e vagy sem, a kimondottan sebészi emboliákat kiválasztani nem tudtam. A válogatásban azonban a legnagyobb nehézséget az okozta, hogy sok vidéki kórházban nincs prosectura, vagy ha van is, rendszeres boncolások nem végeztetnek. E kórházak eseteiben az embolia sok esetben nem volt boncolással bizonyítva, hanem csak klinikai megfigyelés alapján állíttatott. Ennek következtében tévedéseket nem lehetett kizárni, s hogy ilyenek tényleg előfordultak, bizonyítja az, hogy az egyes osztályok emboliás halálozása között meglehetősen nagy eltérések voltak. Így pl. egyik vidéki kórház arról értesített, hogy sebészeti osztályán 10 év alatt egyetlen tüdőembolia sem fordult elő, annak ellenére, hogy ezen idő alatt a nagyobb műtétek száma a 30.000-et is meghaladta.

Mindezek alapján tehát a nem boncolt eseteket voltaképen figyelmen kívül kellett volna hagynom. Hogy azonban ennek a *Payr* által is hangoztatott követelménynek mégsem tettem eleget, annak egyrészt az az oka, hogy el akartam kerülni az önkényes válogatás esetleges vádját, másrészt az, hogy a nem boncolt esetek között soknál a részletes kórtörténeti leírás alapján kétségtelen volt, hogy a beteg halálát csakis tödővérrög-embolia okozhatta. Ezektől a typusos lefolyású, gyorsan ölő emboliáktól nem szívesen tekintettem volna el, mert ezek a meteorologiai vizsgálatok számára igen értékesek voltak. Ezért ezeket is számításba vettem. Hogy ebből lényegesebb hibaforrás nem keletkezett, bizonyítja az, hogy statistikai adataim még így is nagyjából megegyeznek az irodalmi adatokkal. Az egyes kimutatásoknál egyébként a boncolt és nem boncolt eseteket, azok számát, külön megjelöltem.

Ezek előrebocsátása után a 301 embolia statistikai adatairól az alant következő táblázatban számolok be. E táblázatban az emboliákat általában a végzett műtétek szerint kényszerültem csoportosítani, mert sok esetben más kórjelző adat nem állott rendelkezésemre. Ha azonban a betegről küldött értesítés a diagnosist is megadta, a táblázatban ezt külön jelzem.

Miként a táblázatból kitűnik, első helyen áll a cholelithiasis. Ezt követik gyakoriság sorrendjében a lágyék- és combsérvek, a gyomorfekélyek és féregnyulványgyulladások, illetőleg az azoknál végzett műtétek. Ez azonban nem jelenti azt, mintha a cholecystectomia hajlamosítana legjobban az emboliára, mert ha a betegségek műtéteinek számához viszonyítjuk a gyakoriságot, úgy egészen más sorrendet kapunk. A relativ gyakoriság szempontjából, úgylátszik, első helyen állanak a vastag- és végbélcarcinomák, amelyeknél beteganyagomban az emboliás műtét utáni halálozás 2·3%-ot tesz ki.

Ez megegyezik azzal a megállapítással, amelyhez *Tempsky* jutott, aki a Küttner-klinika anyagán végbélcarcinomáknál szintén magas, 3·3% emboliás halálozást talált. Általában a carcinoma műtétek után fordul elő relative leggyakrabban embolia, miként azt *Schmidt* az 1930. évi sebésznagygyűlésen klinikám beteganyagán kimutatta, míg a gyakrabban végzett műtétek közül az appendicitis műtétek, 0·1—0·2% gyakorisággal, a sorrend végére jutnak. Csak röviden akarom még megemlíteni, hogy a táblázatban egy struma is szerepel, de hogy vajjon ez hyperfunctiós volt-e, éppen úgy nem tudtam a rendelkezésemre bocsátott adatokból eldönteni, mint azt sem, hogy az epeköves megbetegedések között volt-e olyan, amelynél sárgaságban lépett fel az embolia. Ennek következtében arra a kérdésre, vajjon ezek a betegségek emboliára tényleg nem hajlamosítanak-e, ezek az esetek választ adni nem tudnak. Ezenkívül még felemlítem, hogy a 301 eset közül egyben sikertelenül Trendelenburg-műtétet kíséreltek meg, s hogy az egyik emboliában, mely lovagló embolus lehetett, a súlyos tünetek fokozatosan visszafejlődtek és a beteg meggyógyult.

A következő táblázaton (1. melléklet I. ábra) az emboliákat nem és kor szerint csoportosítottam. A nők valamivel gyakrabban szerepelnek: 118 férfire 183 nő esik. Férfiaknál a 40—70., nőknél pedig a 40—60. életév között a leggyakoribb. Az átlagos életkornak, az összes eseteket véve alapul, középértékben a 49. év felel meg. Az irodalmi adatok ugyan e kort valamivel magasabban, az 53. évben állapítják meg, de ennek kétségtelenül az a magyarázata, hogy anyagomban több fiatalkorú egyén, köztük egy 2 és egy 10 éves gyermek is szerepel.

E statistikai adatok összeállítása után az emboliáknak a meteorologiai tényezőkkel való összefüggését vizsgáltam. Az ilyen irányú vizsgálatokat lényegesen megkönnyíti az, hogy az újabb dolgozatok a fontosabb alapvető meteorologiai ismereteket is tárgyalják és ezáltal lehetővé teszik, hogy a meteorológiában nem járatosak is. e kérdéssel foglalkozhassanak. E munkák közül elsősorban *De Rudder* könyvét kívánom megemlíteni, amely mindazokról a vizsgálatokról beszámol, amelyeket ezen összefüggés tanulmányozására eddigelé végeztek. Könyvében felsorolja mindazon megbetegedéseket, amelyek kifejlődésében a meteorologiai tényezők 1. kétségkívül, 2. nagy valószínűséggel, 3. valószínüleg, de kellő bizonyítékokkal még kellőkép alá nem támasztva szerepet játszanak. E megbetegedéseket meteorotrop betegségeknek nevezte el és ezek közé a második csoportba sorolja a tüdővérrög-emboliákat is. Külön fejezetben tárgyalja ezután az ú. n. »saison-betegségek«-et, amelyeknek különleges időjárási tényezőkkel való összefüggése már rég óta kiterjedt kutatás tárgyát képezi. *Rudder* ezen érdekes munkássága vetette meg tulajdonképpen alapját azon további kutatásoknak, amelyeket magyar szerzők közül *Belák*, valamint *Dániel* is folytattak, akik közül előbbi a diphtheria-járványok és napfolt tevékenység között szoros összefüggést állapított meg, utóbbi pedig a tuberculosisnak évszakok szerinti előfordulását vizsgálta. A továbbiakban valamennyi, e tárgykörben mozgó munka felsorolására, valamint a vizsgálathoz szükséges meteorologiai ismeretek részletes tárgyalására nem térhetek ki, — ez utóbbiak legkönnyebben *Defant* könyvéből sajátíthatók el, — csupán a vizsgálatok eredményeinek értékelése és az azokhoz fűzött következtetések szempontjából fontosnak tartom kivonatosan megemlíteni azt, hogy a mi zónánkban, 40—70-ig terjedő szélességi fok között, az általános légáramlatra elsősorban a vándorló alacsony légnyomású területek, a depressiók, vagy cyklonok vannak befolyással. E depressiók, illetve az általuk eltolt légtömegek irányítják a barometer állását és e légtömegek kicserélődése van leginkább hatással közérzetünkre és szervezetünkre, nem pedig az éppen uralkodó időjárás. Középeurópára nézve az atmosphaera három actiocentrumának van fontossága. Ezek: 1. a magas nyomásos terület az Azorok szigetcsoportja felett, 2. a téli magas nyomásos terület Ázsia- és 3. a mélynyomásos terület Island felett. Ez utóbbi van a mi időjárásunkra legnagyobb kihatással, mert az innen kiinduló minimumok kölcsönzik klimánknak sajátos tulajdonságait.

A Grönland felett fekvő hideg levegő, hőmérsék különbségek hatására, kelet felé veszi útját. Előrehaladtában érintkezésbe kerül a földünk felett fekvő melegebb levegőtömegekkel, s azokat eltolja, helyükről kiszorítja. A különböző levegőtömegek érintkezési felületét »frontoknak« és más összetételű levegőtömegek átvándorlását »front-betörések«-nek nevezzük. Általában hideg, vagy poláris és meleg, vagy tropicus frontot különböztetünk meg. A frontátvonulások jellegzetes meteorologiai változásokkal járnak együtt. A hideg levegőtömegek közeledtével délkeleti, déli, majd délnyugati széllel kapcsolatosan a barometer esni kezd, ezzel egyidejüleg a hőmérséklet emelkedik. A levegőtömegek elvonulása után hideg levegő áramlik be, s ez a barometer emelkedéséhez és a hőmérséklet eséséhez vezet. A beáramló levegőtömegek elülső felszínét éppen ezért meleg frontnak, hátsó felszínét hideg frontnak nevezzük. A meleg és hideg levegő érintkezési felszíne nem egyenletes, hanem állandóan hullámzó mozgásokat végez. E hullámzó mozgások következtében a hideg levegő vagy felemelheti a meleg levegőnek nagyobb tömegét, vagy körülzárhatja azt és ezáltal betörési, occlusiós, vagy felsikló frontok képződhetnek.

Meteorologiai szempontból, meteoropathologiai vonatkozásban az is fontos, hogy a poláris és tropikus levegő összetétele különböző és hogy mindegyiket a meteorologiai sajátosságok egész sora jellemzi. A kettő közötti különbség a hőmérséklettől eltekintve abban áll, hogy a poláris levegő aránylag száraz, elektromossággal gyengén töltött, jó hővezető, a rövid hullámú sugarak számára jól átjárható, nem gáznemű levegőrészecskéket kisebb mértékben tartalmaz, instabil rétegzésű és kisebb mértékben ionizált. Ezzel szemben a tropusi levegőnek éppen ellentétes tulajdonságai vannak. A felsorolt tulajdonságokon kívül a meteorologia újabban a levegőtömegeknek egyéb sajátosságait is megkülönbözteti, amelyek közül a potentiális esést a talaj és legalsó réteg között csupán azért kívánom megemlíteni, mert betegségekkel kapcsolatosan újabban ezt is vizsgálták.

A tropikus és poláris levegőnek e tulajdonságai azonban nem állandó jellegűek, hanem a legkülönbözőbb módon combinálódva, a variatióknak beláthatatlan számát tárhatják elénk. Már maga az a körülmény, hogy a poláris levegő a szárazföld felett haladva, avagy az Atlantióceán felett előzetesen felmelegedve jutott-e el hozzánk, éppen úgy megváltoztatja a levegő physikai összetételét, mint az is, hogy a levegőtömegek mennyi ideig vesztegelnek egy helyen, s ezáltal ú. n. »öregedési folyamaton« mentek-e keresztül. Mindezek nemcsak a meteoropathologiai kutatásokat nehezítik meg, hanem egyúttal magyarázatát adják annak is, hogy a pneumatikus kamrákkal végzett ilyen vizsgálatok miért nem vezettek eddig eredményhez.

Egy másik körülmény, amely a meteorologiai vizsgálatokban nehézséget okoz, az, hogy a frontok átvonulását jelző meghatározások az ú. n. »front-térképek« naponta egyszer: reggel 7 órakor készülnek és tulajdonképpen ezen időpontnak megfelelő meteorologiai helyzetet rögzítik le. Miután pedig e frontoknak átvonulási ideje néha igen rövid, azok az emboliák, melyek a nap-

nak késői óráiban fordultak elő, közelebb esnek a másnapi frontmegállapításokhoz, mint annak a napnak frontologiai sajátosságaihoz, amely napon az embolia előfordult. Ezt e vizsgálatok alkalmával éppen úgy figyelembe kell vennünk, mint azt is, hogy nálunk csupán azon frontátvonulások figyelhetők meg, amelyek 3000 méternél nem magasabban haladnak felettünk el. Ha mindehhez hozzávesszük még azt, hogy az ilyen meteorologiai vizsgálatok csak akkor vezethetnek eredményhez, ha az embolia kezdetének időpontja is másodpercnyi pontossággal meg van adva, akkor élénken elénk tárulnak azok a hibaforrások és nehézségek, amelyekkel az emboliák időjárási tényezőkkel történő összefüggésének tanulmányozásakor számolnunk kell.

A meteorologiai kutatások általában követelményként állítják fel azt a tételt, hogy ha időjárási factoroknak betegségekkel történő összefüggését tanulmányozni akarjuk, akkor sohasem szabad megelégednünk egy időjárási tényezőnek a vizsgálatával, hanem több ilyen tényezőt kell egyidejűleg figyelembe vennünk, mert a tényleges időjárási viszonyokról csak ezek együttesen adnak felvilágosítást. Meggyőződésem szerint ez gyakorlatilag nem valósítható meg. A meteoropathologiai kutatások még olyan kezdetleges stadiumban vannak, hogy nem képezheti célját annak meghatározása, melyek azok a meteorologiai tényezők, amelyek egy betegségnek kifejlődését, lefolyását irányítják, hanem egyelőre meg kell elégednünk azzal a törekvéssel, vajjon létezik-e egyáltalában időjárás és betegségek között összefüggés, vagy sem. E célt pedig sokkal könnyebben el tudjuk érni, ha az egyik időjárási tényezőt ragadjuk ki, s ezt tesszük vizsgálataink kiindulási pontjává. Ellenkező esetben a számok olyan adathalmazatával fogunk szemben állni, amelyben az eligazodás csaknem teljesen lehetetlen.

Vizsgálataimat ezen elgondolásból kiindulva, a következőképpen végeztem. Az időjárási tényezők közül a légnyomást, mint a legkönnyebben megfigyelhető időjárási tényezőt ragadtam ki és azt igyekeztem megállapítani, hogy miképpen viselkedett a légnyomás akkor, amikor embolia előfordult. E célból a debreceni földrajzi intézettel — amely e vizsgálatok végzésekor mindenkor a legnagyobb készséggel volt segítségemre — kétféle légnyomásgörbét készíttettem. Egyrészt olyan havi görbéket, amelyek a légnyomás napi középértékeit kötik össze az emboliák előfordulási helyén, másrészt olyan napi görbéket, amelyek az embolia napján az egyes órák légnyomás-középértékeit tüntetik fel. E középértékekből szerkesztett görbékre vezettem rá a rendelkezésemre álló adatokat, hogy az embolia melyik napon, mikor, hol fordult elő, vajjon történt-e boncolás vagy sem és egyúttal megjelöltem a táblázaton a beteg megadott személyi adatait és betegségének kórisméjét is. Az így készült táblázatokból igen érdekes megállapításokra jutottam, s ezek végeredményben a következőkben foglalhatók össze:

1. Olyan hónapokban, amikor valamelyik napon a légnyomás zuhanásszerű esés után a havi átlagértékeknél jóval mélyebb állást foglal el, majd a következő napon megint hirtelen emelkedik, az embolia gyakran éppen a görbe legmélyebb pontján lép fel (L. melléklet 2. ábra.) A feldolgozot emboliák 17%-a ilyen mélypontra esett.

2. Hasonló, ugyancsak 17% gyakorisággal fordultak elő emboliák a légnyomás magas állásánál akkor, amikor annak hirtelen emelkedését a következő napon hirtelen esés követte. (L. melléklet 3. ábra.) Az összes emboliák 34%-a tehát ilyen magas- vagy mélyponton lépett fel.

3. Az emboliák túlnyomórészt olyan napokban fordultak elő, amikor a légnyomás napi görbéje feltűnően ingadozott. Vagy hirtelen emelkedett, vagy esett, vagy pedig amikor rövidebb ideig tartó emelkedések és esések sűrűn váltották fel egymást. A légnyomás ezen hirtelen irány-, ú. n. »tendencia«-változásainál továbbá azt lehetett kimutatni, hogy az embolia leggyakrabban akkor következett be, amikor ezek a legfeltűnőbbek voltak. (L. melléklet 4. ábra.)

4. A táblázatokból az emboliák bizonyos jellegzetes csoportosulását is meg lehetett állapítani. Ez a csoportosulás abból áll, hogy amikor a légnyomás esése és emelkedése az egymásutáni napokon sűrűn követte egymást, az emboliák is nagyobb számban fordultak elő és ilyenkor néhány napon belül több embolia adódott. (L. melléklet 5. ábra.)

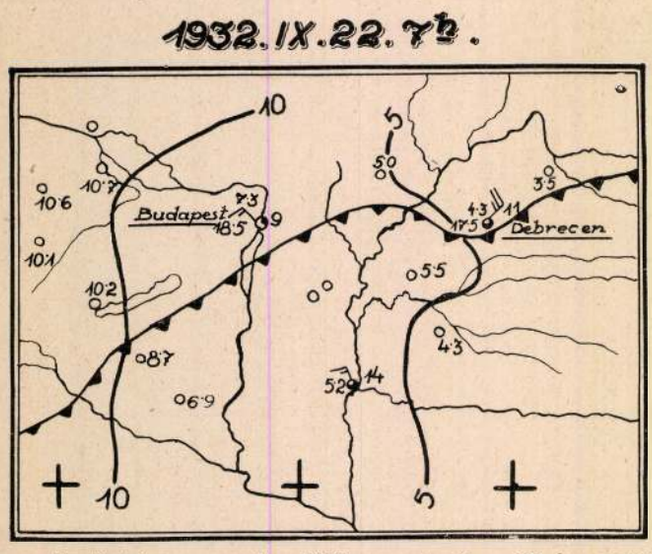
5. Az emboliák duplicitása sem tartozik a ritkaságok közé. (L. melléklet 6. ábra.) Ez gyakrabban figyelhető meg, mint ahogy az a valószínűségi számítás szerint várható volna. A *Lexis*-féle quotiens, amelyet *Tóth Lajos*, a debreceni orvoskari physikai intézet adjunctusa volt szíves kiszámítani, a feldolgozott anyagnál 3·4-nek felelt meg. Az egyik napon 3 embolia fordult elő.

6. Megállapítható volt továbbá, hogy a nyári hónapokban, amikor a légnyomás nagyobb fokú ingadozásokat nem igen végez, az emboliák is ritkábbak. Duplicitások azonban ilyenkor is előfordulnak. Olyan nyári hónapokban azonban, amikor a légnyomás erősebben ingadozik, az emboliák száma is felszökik, ami amellett bizonyít, hogy a már említett szerzők azon megállapítása, mely szerint az emboliák a nyári hónapokban ritkák, csak akkor helytálló, ha e hónapokban nagyobb légnyomásingadozások nincsenek.

Már ezen adatokból is kétségtelenül kitűnik, hogy a légnyomásingadozás és az emboliás halálozás között összefüggés áll fenn. Feltűnő ez az összefüggés még akkor is, ha az említett hibaforrásokat mind tekintetbe vesszük és nem szól ellene az a körülmény sem, hogy az emboliák ezen feldolgozásakor sok esetben nem az emboliák fellépésének idejéhez, — ez több kórtörténetből hiányzott — hanem a halál bekövetkeztének időpontjához voltam kénytelen igazodni. Ezen emboliák ugyanis, néhány kivételtől eltekintve, mind gyorsan ölő emboliák voltak, amelyekben a két időpontot legfeljebb rövid percek választották el egymástól. Miután pedig a légnyomás az időjárásnak csak egyik kifejezője, az összefüggést úgy is szövegezhetjük, hogy az időjárás bizonyos irányú megváltozása az emboliák keletkezését elősegíti, azaz mint az emboliák egyik kiváltó oka szerepel. Ez a megállapítás — ezt hangsúlyozni kívánom — természetesen az emboliák magyarázatára eddigelé felállított elméleteket: a szervezet colloid-chemiai, fermentativ, különösen műtétek után fellépő változásainak szerepét nem érintheti, hanem csak azt jelenti, hogy thrombosiskészség esetében az időjárás változása is egyik oka az emboliának. Többé-kevésbbé ezen összefüggés mellett szól az is, hogy az időjárás és emboliák közötti kapcsolat legfeltűnőbb az aseptikus műtétek után, míg genyedések és rákos cachexia esetében ez kevésbbé kifejezett. Úgylátszik, utóbbi esetekben a fokozottabb thrombosiskészség már egymagában is, vagy kisebb időjárási behatások segítségével képes emboliákat létrehozni. Érdekes és ugyancsak ezen összefüggés mellett bizonyít, hogy azon területek, melyeken az irodalom adatai szerint embolia ritkán fordul elő, nagyjából olyan helyek, melyek felett állandó légnyomásos maximumok, vagy minimumok fekszenek. Nem kétlem, hogyha erre vonatkozólag emboliás térképek készülnének, ezek e kapcsolatot szemléltetően tárnák elénk.

Az időjárás és az emboliák közötti kapcsolat tanulmányozására mindazon napokról, amelyeken embolia előfordult, fronttérképeket is készíttettem. A debreceni földrajzi intézet vezetőjének, *Milleker Rezső* tanárnak,

valamint *Berényi Dénes* tanársegédnek előzékenységéből olyan fronttérképek birtokába jutottam, amelyek a megadott napon, reggel 7 órakor, a légnyomásnak az egyes városokban mért magasságát, a frontátvonulás helyzetét és jellegét, valamint a városnevek megemlítésével az emboliák előfordulásának helyét is feltüntetik, miként azt az alábbi térkép szemléltetően ábrázolja.



E térképen, amely 1932 szeptember 22-én reggel 7 órakor készült, egy betörési front látható, amely észak-nyugat—dél-keleti irányban haladva, ebben az órában Budapestet már elhagyta és közvetlenül Debrecen alatt foglal helyet. A térképen az egyes számok a különböző helyeken a légnyomás állását adják meg, a két, nagyjából függőleges irányban haladó vonal pedig isobaroknak felel meg, amelyek az egyenlő légnyomású területeket kötik össze. E napon Debrecenben reggel 2 óra 30 perckor, Budapesten pedig délelőtt 11 óra 45 perckor támadt egy embolia.

E fronttérképek mellett még olyan kimutatásokat is készítettem, amelyek egy-egy évre vonatkozólag jelzik, hogy az év melyik napján milyen front vonult felettünk el és egyúttal feltűntetik azt is, hogy melyik napon fordult elő embolia. (Lásd melléklet 7. ábra.) Mindezen térképeket és kimutatásokat áttanulmányozva, meg lehetett állapítani azt, hogy az emboliák 90%-ban frontátvonulás idejére esnek. A frontok 53%-ban betöréses, 23%-ban occlusiós és 14%-ban felsikló frontok voltak. Frontátvonulást az emboliák 10%-ánál nem találtam. Ez azonban nem jelenti határozottsággal azt, mintha ezen emboliák frontmentes napokon keletkeztek volna, mert egyrészt egyes napokról fronttérképet beszereznem nem sikerült, másrészt lehetséges, hogy e napokon a front magasabban vonult el felettünk, amit kizárólag érzékenyebb műszerek, mikrobarographok segítségével lehetett volna kimutatni. Éppen ezért e térképekből további következtetéseket nem is merek levonni. Nem végeztem vizsgálatokat arravonatkozólag sem, hogy vajjon az emboliák cyklonok vagy anticyklonok idején fordulnak-e elő gyakrabban. E kérdést már *Scheidter* és tőle függetlenül *Rappert* is tanulmányozták, akik közül előbbi megállapította, hogy az embolia szempontjából különösen a cyklonalis időszakok és meleg frontok veszedelmesek, míg *Rappert* szerint az emboliák előfordulása 50%-ban hideg és 30%-ban meleg frontra esik. Csupán megemlítem még, hogy az embolia néha nem a frontátvonulás napján, hanem azt megelőzőleg, vagy követőleg keletkezik. Ennek fontosságot tulajdonítok és a továbbiakban erre még hivatkozni fogok.

Mindezek az adatok tehát azt bizonyítják, hogy az emboliák keletkezése szoros kapcsolatban van a frontátvonulásokkal, illetve azokkal a hirtelen változásokkal, amelyekkel kapcsolatban *Stengel* az apoplexia előfordulásának gyakoriságát vizsgálta és amelyeket időjárás-apoplexiának lehetne nevezni.

*

Ha ez az összefüggés tényleg fennáll, akkor önkéntelenül felvetődik az a kérdés, hogy a meteorologiai tényezők, illetve ezek változásai miképpen idézik elő az emboliákat, azaz milyen elváltozásokat képesek a szervezetben létrehozni, hogy erre az reactióképpen emboliával válaszol. Feleletet nagyon nehéz adni. Az kétségtelen, hogy az időjárási tényezők közül a közvetlenül érezhetők, mint a hőmérséklet ingadozása, vagy a szeles időjárás, kellemetlen érzeteket, sőt arra fogékony egyéneken betegségi tüneteket is képesek kiváltani, de hogy azok a tényezők, amelyek csak műszerek segítségével figyelhetők meg, — amilyenek a levegő elektromos töltése, vezetőképessége milyen hatással vannak a szervezetre, az ma még nincs eldöntve. A szerzők többsége szerint ezt az egész kérdést ma még homály borítja s ezért megvitatásra még nem érett. *Rudder* szerint ugyan a betegségek előidézésében a levegő elektromossága játssza a főszerepet, mégpedig a sympathicus idegrendszer útján, azonban ez még bebizonyítva nincsen, sőt a föhnre vonatkozólag *Storm van Leuwen* ezt meg is cáfolta. Sokkal érdekesebbek azok a kutatások, amelyeket *Brugsch* hallei klinikáján *Franke* végzett, mert ő éppen a légnyomás hatását tette tanulmányozás tárgyává s azt akarta eldönteni, hogy a légnyomás ingadozásaira mikép változik a vérnyomás. Kísérleteiről a »Strahlentherapie« 1932. évi 43. kötetében számolt be. Kimutatta, hogy úgy egészségesek, mint különböző betegségben szenvedők légnyomásváltozásra vérnyomásváltozással felelnek. A vizsgált esetek kétharmadában, pontosabban 66%-ban a légnyomás-emelkedést vérnyomás-emelkedés, 65·5%-ban pedig a légnyomás esését vérnyomás-esés követte. Az esetek kisebb százalékában megfordítva: a légnyomás-emelkedés vérnyomás-eséssel, illetve a légnyomás-esés vérnyomás-emelkedéssel járt. Ezek a vizsgálatok, amelyeket eredetileg néhány esetben már *Staehelin* és *Plungian* is végeztek, tehát nemcsak azt bizonyították be, hogy a légnyomás ingadozás a vérnyomás ingadozással szoros kapcsolatban van, hanem azt is, hogy amíg legtöbbször a légnyomás párhuzamosan halad a vérnyomással, addig vannak olyan szervezetek, amelyek a légnyomás változásra megfordítva felelnek, sőt vannak olyanok is, amelyek vérnyomása ily reactióra képtelen.

Franke-nak ezen megállapításai azt a gondolatot keltették fel bennem, vajjon nem játszik-e szerepet az emboliák keletkezésében is a szervezet ezen reactiójának valamilyen zavara, annál is inkább, mert *Franke* szerint a légtömegek változásánál 80%-ban fordul elő erősebb vérnyomás változás, tehát alig valamivel kisebb százalékban, mint amilyenben összefüggést találtam az emboliák és frontátvonulások között. Ezenkívül *Franke* szerint a vérnyomás változás nem esik mindig össze a légnyomás változással, hanem néha egy nappal megelőzi, máskor pedig követi azt. Tehát a légnyomás változások és a vérnyomás között hasonló a kapcsolat, mint a frontátvonulások és az emboliák keletkezése között. A két adatnak analogiája joggal vethette fel azt a kérdést, hogy van-e szerepe a vérnyomás változásnak az emboliák keletkezésében?

A kérdés eldöntésére a klinikán egy barographot szereltettem fel, hogy azon a betegségekkel kapcsolatos események azonnal feljegyezhetők legyenek. A betegek egy részénél rendszeres vérnyomásméréseket végeztettem

abban a reményben, hogy talán sikerül az emboliák keletkezésére vonatkozólag értékesíthető adatokat kapnom. A vizsgálatokból azonban csak annyi derült ki, hogy a vérnyomás a légnyomásingadozásra tényleg sokszor megváltozik és hogy a légnyomás nagymérvű hirtelen változása, más betegségeknek, így a gyomorfekélyátfúródásnak, lábszárthrombosisoknak is kiváltó oka lehet, mást azonban megálapítanom nem sikerült.

Miután e vizsgálatok célhoz nem vezettek, az emboliák keletkezési mechanismusának magyarázatához más kiindulási pontokat kellett keresnem. Az egyik kiindulási pontnak az a klinikai megfigyelés kínálkozott, amely szerint a boncolás az embolia kiindulási helyére vonatkozólag sokszor felvilágosítást adni nem tud, mert vagy nem talál a vivőérrendszerben rögösödést és kénytelen a »thrombus primarius deest« megjegyzésre szorítkozni, vagy pedig csupán a műtéti területen talál talán egy lekötött kisebb vivőérben rögösödést és ilyenkor erőltetett, de megnyugvást nem keltő módon tudja csak az embolia keletkezési helyét meghatározni. Nem is olyan ritka, hogy boncolásnál elsődleges rögösödést nem találunk. Feldolgozott anyagomban is szép számmal szerepelnek ilyen esetek. *Magnus* 32 emboliás haláleset közül 8 esetben, tehát az esetek ¼ részében, *Nikolaysen* pedig 16%-ában nem talált a vivőérrendszerben rögösödést. Különösen akkor állunk azonban tanácstalanul a boncasztal mellett, amikor jelentéktelen rögösödés esetén a boncolás mint halálokot kétoldali tüdőemboliát állapít meg, mert az a magyarázat, hogy leszakadt apró rögök a szívben örvénylő mozgásokat végezve, kettészakadva és megnövekedve kerültek be részint az egyik, részint a másik arteria pulmonalisba, egyáltalában nem elégít ki bennünket. Nem kapunk megfelelő magyarázatot arra sem, hogy e rögök miért akadnak fenn oly gyakran az arteria pulmonalis főágában, amelynek üregét még a postmortalis rögösödéssel együtt sem szokták teljesen elzárni? Miért nem kerülnek ezek minden esetben az arteria kisebb ágaiba, a tüdőinfactusokat hozva létre? Ez annál feltűnőbb, mert az arteria pulmonalis fő- és elsőrendű ágaiban rendesen olyan érfalelváltozások nincsenek, amelyek a vérárammal tovasodort rög megtapadását megmagyarázni tudnák. E nem ritka megfigyelések felett egyszerűen napirendre térni nem lehet.

A további vizsgálatok másik kiindulási pontját azok a körülmények képezhetik, amelyek szerint emboliák keletkezésénél a cardiovascularis rendszer zavarának, a keringés elégtelenségének van fontos szerepe. E megfigyelést számos szerző megerősítette és e mellett bizonyít az is, hogy emboliás halálesetekben — *Clairmont* szerint 70%-ban, a mi eseteink szerint, beleszámítva a nagyerek súlyosabb elváltozásait is, 90%-ban, — a boncolás a szíven kóros elváltozást tud kimutatni. Az általános felfogás szerint az emboliás halál nem is fulladásos, hanem szívhalál.

Hogy a keringési zavarnak az emboliák előidézésében milyen fontos szerepe van, arról két betegemnél magam is meggyőződtem, akiknek a kórtörténeti adatait ezért röviden ismertetni szeretném

Az egyik 56 éves, túltáplált nőbeteg volt, *Rehn*-typus embolicusa, akinél csepleszkizáródás miatt köldökvéna-műtétet végeztem. A beteg, akinek mindkét alsó végtagján szokatlanul tág, nagyszámú, kanyargós vivőerei voltak, a műtét után elsődlegesen gyógyult. Az akár mutatóujjnyi vastag, felületesen a bőr alatt haladó erekben sem a műtét előtt, sem a sebgyógyulás alatt rögösödést kimutatni nem lehetett, ezek vízszintes helyzetben teljesen kiürültek, álló helyzetben azonban hatalmasan megduzzadtak. A beteg a hatodik naptól kezdve gyakran felült, forgolódott ágyában és így akaratlanul is eleget tett annak a követelménynek, amelyet *Walthard* az emboliák megelőzésre fontosnak tart és «Spaziergang im Bett«-nek nevezett el. A kilencedik napon kifogástalan közérzet mellett felkelt, néhány lépést téve összeesett és a tüdőembolia jellegzetes tünetei között néhány másodperc alatt meghalt. Boncolásnál az alszár visszereit túlnyomórészt folyékony vér és kevés postmortalis alvadék töltötte ki, viszont mindkét tüdőérben egy-egy nagy falhoz tapadó thrombus foglalt helyet. Miután sehol másutt élőben keletkezett rögösödés nem volt kimutatható, váratlan halálát másképpen magyarázni nem tudom, mint úgy, hogy amikor a beteg felkelt, a vér egy tetemes része az alsó végtagok igen tág vivőereibe süllyedt, s a beteg mintegy belevérzett a lábszár ereibe. Ez vérnyomássüllyedést kellett, hogy maga után vonjon, ez viszont keringési elégtelenséghez vezetett. Frontátvonulás, erősebb légnyomásingadozás a beteg halálában szerepet nem játszott, mert úgy a beteg halálának napja, mint az azt megelőző és követő nap is, frontmentes napok voltak.

A másik esetben egy 44 éves nőbetegem kifekélyesedett emlőcarcinoma műtéte után keletkezett az embolia. A sebgyógyulást genyedés zavarta, aminek következtében a beteg erősen leromlott és állandó lázai voltak. Az embolia, a beteg fekvőhelyzetében, hirtelen erősen süllyedő légnyomás mellett állott be. Feltűnő volt, hogy már az emboliás roham kezdetén, a vena jugularis externa ijesztően megduzzadt. Ez a tünet szintén a vérkeringés elégtelenségének volt egyik kifejezője, mert e tünetet *Wollheim*, a vérkeringési elégtelenség egyes alakjai tárgyalásánál mint a »plus decompensatio« egyik tünetét írta le.

A két esetből a következő tanulságokat vonhatjuk le: Mindkét betegnél az embolia keringési elégtelenség tünete kíséretében fejlődött ki. Az első esetben a keringési elégtelenséget a keringő vérmennyiség hirtelen csökkenése, a második esetben pedig minden valószínűség szerint a hirtelen légnyomásesés idézte elő. Ez utóbbi esetben ezt kell feltételeznem, mert egyrészt a beteget abban az időpontban semmiféle külbehatás — gyógyszeres kezelés, kötésváltás — nem érte, másrészt, mert nála az embolia fekvő helyzetben lépett fel. Ha tudjuk azt, hogy a légnyomás a szervezet vérnyomását megváltoztatni képes, s hogy a légnyomásváltozás és az emboliák között összefüggés van, akkor abban sem kételkedhetünk, hogy a légnyomás a vérnyomáson keresztül hat a szervezetre, annak vérnyomás reactiójában idéz elő zavart. Ezáltal segíti elő azon keringési zavar kifejlődését, amelynek emboliák keletkezésében nagy szerepe van. A légnyomásnak tehát ez a hatásmódja. Arra alkalmas egyénekben a vérnyomást változtatja meg és ezáltal hozza létre a cardiovascularis rendszer elégtelenségét. Ezen elégtelenség létrehozásában úgylátszik fontosabb szerepe van a légnyomás hirtelen esésének, mint hirtelen emelkedésének. Legalább is e mellett bizonyítanak az eddigi klinikai megfigyelések, valamint a meteorologiai tényezőkkel kapcsolatosan végzett vizsgálatok. Hogy azonban a vérnyomás zavara lényegileg miben áll, hogy miképpen viselkedik ilyenkor a vivőeres nyomás, az ütőeres nyomáshoz viszonyítva, hogy kik azok az egyének, akik légnyomásingadozásoknál embolia veszélyének leginkább ki vannak téve, azok-e, akik a légnyomás által kiváltott vérnyomás ingadozására ellentétes módon reagálnak, vagy reactioképtelenek: erre ma még nem lehet feleletet adni. Nemkülönben arra sem, hogy minden emboliát ilyen súlyos keringési zavar előz-e meg és hogy a tüdőinfractusok is az emboliákkal azonos elbírálás alá esnek-e?

Egy azonban bizonyos, hogyha mindazt, amit a bon-

colások, klinikai megfigyelések és kísérletek eddigelé megállapítottak, szem előtt tartjuk, úgy önkéntelenül is felvetődik az a kérdés, vajjon mi bizonyítja azt, hogy a tüdőemboliák távolabbi rögök leszakadásából keletkeznek? Mert ha a keringési elégtelenségnek az embolia keletkezésében tényleg olyan nagy szerepe van, úgy nem kell mást tennünk, mint egyelőre feltételeznünk azt, hogy mikép minden anatomiai szervegységen belül vannak élettanilag gyengébb helyek, úgy nem képezhet ez alól kivételt a vérkeringés sem. Ha pedig ezt elfogadjuk, úgy ez a gyenge hely az egész szervezetet ért behatások alkalmával a kis vérkör kiindulási helye kell, hogy legyen, vagyis ahol a nagy vérkör, az egyébként is más hivatást teljesítő és a légzés által is befolyásolt, kis vérkörbe megy át. Ezen elgondolás alapján a vérkeringés élettanilag gyenge helyének az arteria pulmonalis felel meg. Ez esetben pedig, az emboliák keletkezésére vonatkozólag önmagától adódhat az a következtetés, hogy a tüdőemboliák nem lehetnek szószoros értelemben vett emboliák, hanem ezek *magában a tüdőérben, a keringés elégtelenségére létrejött autochton rögösödések.*

Bármilyen szokatlan és pathologiai ismereteinkkel nehezen összeegyeztethető ez az állítás, mégis meglepő, hogy minél többet foglalkozunk az emboliákkal, annál inkább meggyőződésünkké válik, hogy egyre több érvet tudunk felhozni fenti felfogás mellett és hogy tulajdonképpen nincsen olyan biztos adatunk, amely az emboliás eredetet kétségtelenül bizonyítaná. Az, hogy tüdőemboliában elhaltak vena saphena, vagy porta rendszerében, a plexus prostaticusban már megelőzőleg rögösödések léptek fel, egyáltalán nem bizonyítja azt, hogy a tüdőembolia kiindulási helyét e rögösödések képezik. Ez nem jelent mást, mint azt, hogy olyan esetben, amikor különböző tényezők thrombosiskészséget hoztak létre, a thrombosis először is ott keletkezik, ahol e tényezőkhöz még egy újabb, az érfalnak már megelőzőleg fennállott, vagy a műtéttel kapcsolatosan létrejött megbetegedése is társul. Az azonban, hogy az embolia ezekből a rögökből szakadna le, bebizonyítva nincsen. Az a lelet, amikor a pulmonalisból kivett rög, vízben kiterítve, ágaira oszlik és ezzel az ágazatos formáival következtetni enged az elsődleges rögösödés helyére, még nem vehető olyan bizonyítéknak, — már ritkasága miatt sem — amely az emboliák keletkezésének általánosított magyarázatára alkalmas volna. Saját eseteinkben ilyen pulmonalis rögöt nem észleltünk, hanem a rög mindig rövidebb-hosszabb, vaskos, el nem ágazó volt. A szerzők egyrésze az emboliák keletkezésével foglalkozva, *Frank* és *Alvens*, *Martin*, *Naegeli* s *Janker* dolgozatait idézi, akik az alszár vivőérhálózatába contrastanyagot fecskendeztek és megállapították, hogy az már néhány másodperc mulva kimutatható a tüdőben. Ez a vizsgálat szintén nem bizonyíték az emboliás eredet mellett, hanem legfeljebb a véráramlás sebességének mérésére szolgálhat. Viszont ezzel szemben a tüdőemboliák thrombosisos eredete sokkal inkább összhangba tudja hozni a klinikai megfigyeléseket a boncolási leletekkel és feleletet tud adni arra a már-már meddőnek látszó vitára is, amely az emboliák keletkezése és az állandó cseppinfusiók szerepe körül forog. Az eddigi vizsgálatok alapján kétségtelen, hogy az emboliák nem a tű helyén képződött thrombusok leszakadása, hanem különböző tényezők egész sorozatának összejátszása következtében jönnek létre. Állandó cseppinfusiónál az embolia szempontjából a következő tényezőknek van szerepük: 1. az alapbetegségnek, mely a thrombosiskészséget hozza létre; 2. a műtétnek, mely rejtett tályogok segítségével a thrombosiskészséget fokozhatja; 3. a bevitt folyadékmennyiségnek és gyógyszernek, amelyek a szervezet vérnyomási reactiójában zavart idézhetnek elő és 4. a légnyomásnak, illetve időjárási tényezőknek, melyek az előbbiek segítségével keringési elégedetlenséget hozhatnak létre. Ezen tényezők azonban nem mindig vannak jelen egyidejűleg, vagy legalább is egyenlő mértékben. Olyankor, amikor ezek egyike igen kifejezett hatást hozott létre, már egy másik csekélyebbnek közreműködése mellett is keletkezhet embolia. Hasonló elbírálás alá esnek a vivőeres injectiók és egyes érzéstelenítési eljárások is. Utóbbiak közül az emboliák szempontjából a legveszélyesebb eljárásnak a magas pantocain gerincvelőérzéstelenítést tartom, melyre a vérnyomás legerősebben szokott süllyedni és amely után két emboliát észleltem annak ellenére, hogy ezt az érzéstelenítési eljárást csak kivételesen alkalmazom. A gyógyszerekre vonatkozólag pedig mindenben osztom *Sellheim* felfogását, hogy az emboliák szempontjából legveszedelmesebb, ha a betegnek vérnyomást emelő és csökkentő gyógyszereket adunk válogatás nélkül.

A felsorolt érvek már önmagukban is elegendőképpen indokolják, hogy az emboliák keletkezésének eddigi magyarázatát revisio tárgyává kell tennünk és meg vagyok győződve, hogy a további kutatások minden tekintetben meg fogják erősíteni azt a felfogást, hogy a tüdőemboliák legalább is túlnyomó részben nem emboliák, hanem autochton rögösödések. (Vizsgálataim befejezése és munkám megírása után jelent meg *Huber* közleménye [Arch. f. klin. Chir. 182. k. 1. f. 1935.], melyben megnyugvással olvastam, hogy *Kovács* a tüdőinfarctusok bizonyos alakjaira vonatkozólag szintén ezt a felfogást vallja.)

Az elvégzett vizsgálatok és az azokhoz fűzött következtetések alapján az emboliák megelőzésére a sebészi gyakorlat számára felfogásomat a következőkben foglalhatom össze:

1. Az emboliák megelőzésének leghatásosabb eszköze a vérkeringés megjavítása és a thrombosiskészség csökkentése. *Aschoff* úgy fejezi ki magát, hogy »a vér eukrasiájának helyreállítására kell törekednünk«.

2. Extrem légnyomáskor, vagy hirtelen légnyomásváltozáskor a műtött betegek első felkelését tanácsos elhalasztani.

3. A vérkeringéselégtelenség kifejlődésének egyik hatásos ellenszere az alszárak pólyázása, mely visszértágulatokban sohasem mellőzendő. Érdekes, hogy akik e pólyázást rendszeresen végzik, kivétel nélkül jó eredményekről számolnak be.

4. A vena saphena lekötésével a tüdőemboliák fellépését megakadályozni nem lehet.

Jól tudom, hogy az elmondottakban többször hivatkoztam a meggyőződésre, mint ahogy azt a tudományos kutatás exactsága megengedi. Mentségül szolgáljon azonban az, hogy *Altschul* szavával élve, »a detailok ezen chaosából« az igazságot kihámozni nagyon nehéz és a további tudományos kutatás számára munkaprogrammot másképpen felállítani nem lehet.

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

Melléklet Hüttl Tivadar dr. »Tüdővérrög-embolia« cikkéhez.

A tüdővérrög-emboliák száma összesen: 301.

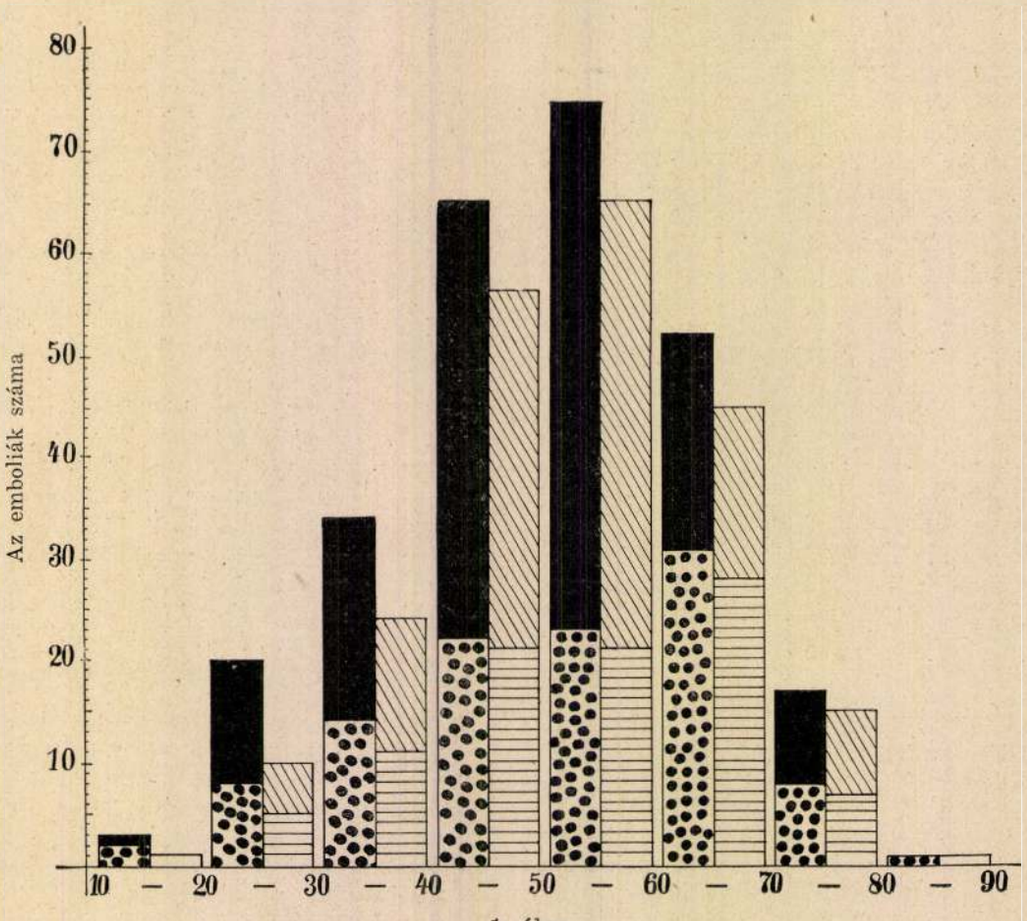
Életkorra vonatkozó adat rendelkezésemre állott 266 esetben, még pedig 109 férfinél és 157 nőnél.

Az emboliák átlagos életkorának az összes esetekben a 49. év felelt meg (férfiakon 50, nőkön 48·7 év). A boncolással igazolt emboliákban az átlagos életkor az 50·5 év volt (férfiakon 50·6, nőkön 51·2 év).

Az emboliák életkorok szerinti elosztódása a következő volt:

Életkor	Az összes esetek száma	Fi	Nő	A boncolt esetek száma	Fi	Nő
10–20 év	3	2	1	1	1	—
20–30 «	20	8	12	10	5	5
30–40 «	34	14	20	24	11	13
40–50 «	65	22	43	56	21	35
50–60 «	74	23	51	65	21	44
60–70 «	52	31	21	45	28	17
70–80 «	17	8	9	15	7	8
80–90 «	1	1	—	1	1	—
Összesen:	266	109	157	217	95	122

Jelmagyarázat:

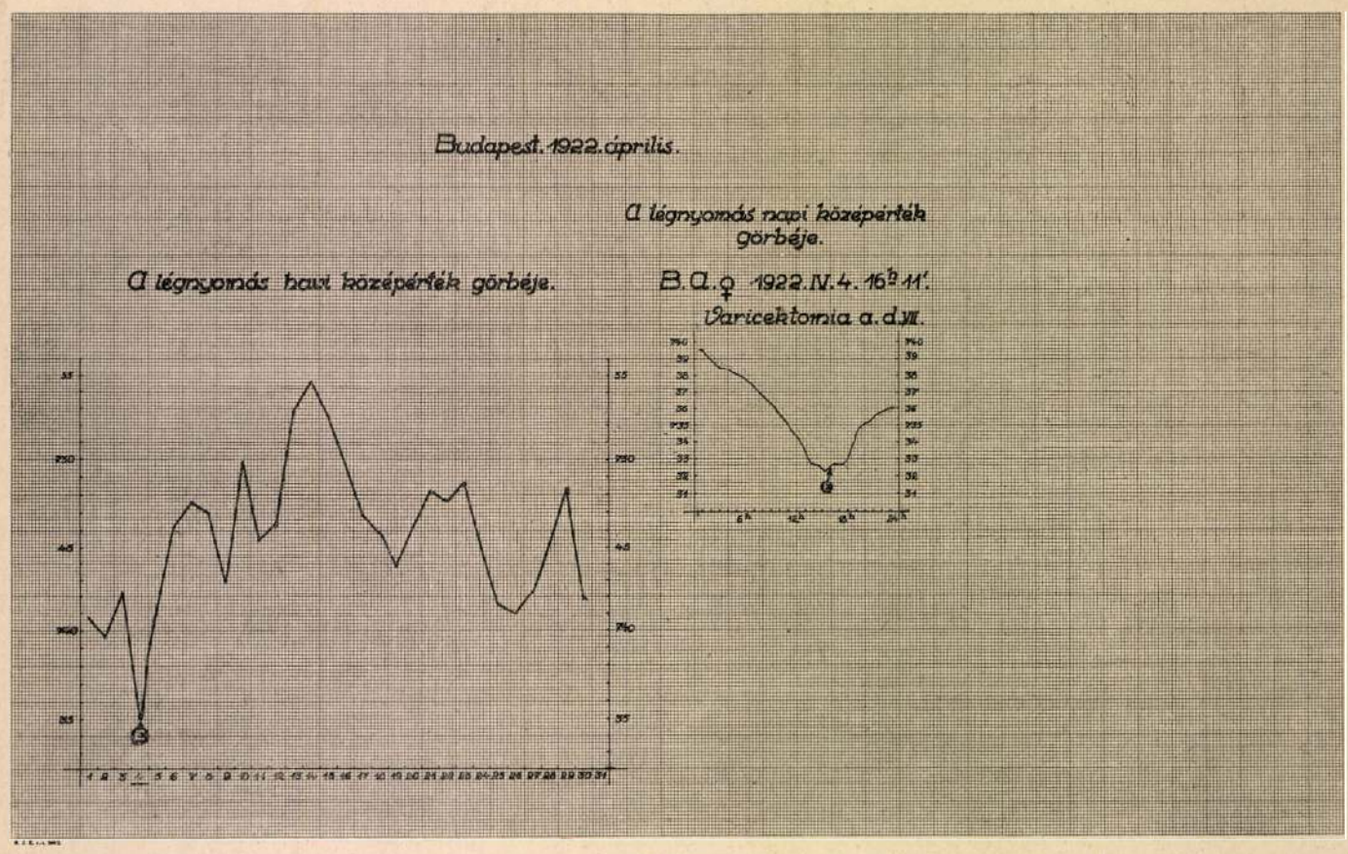


1. ábra.

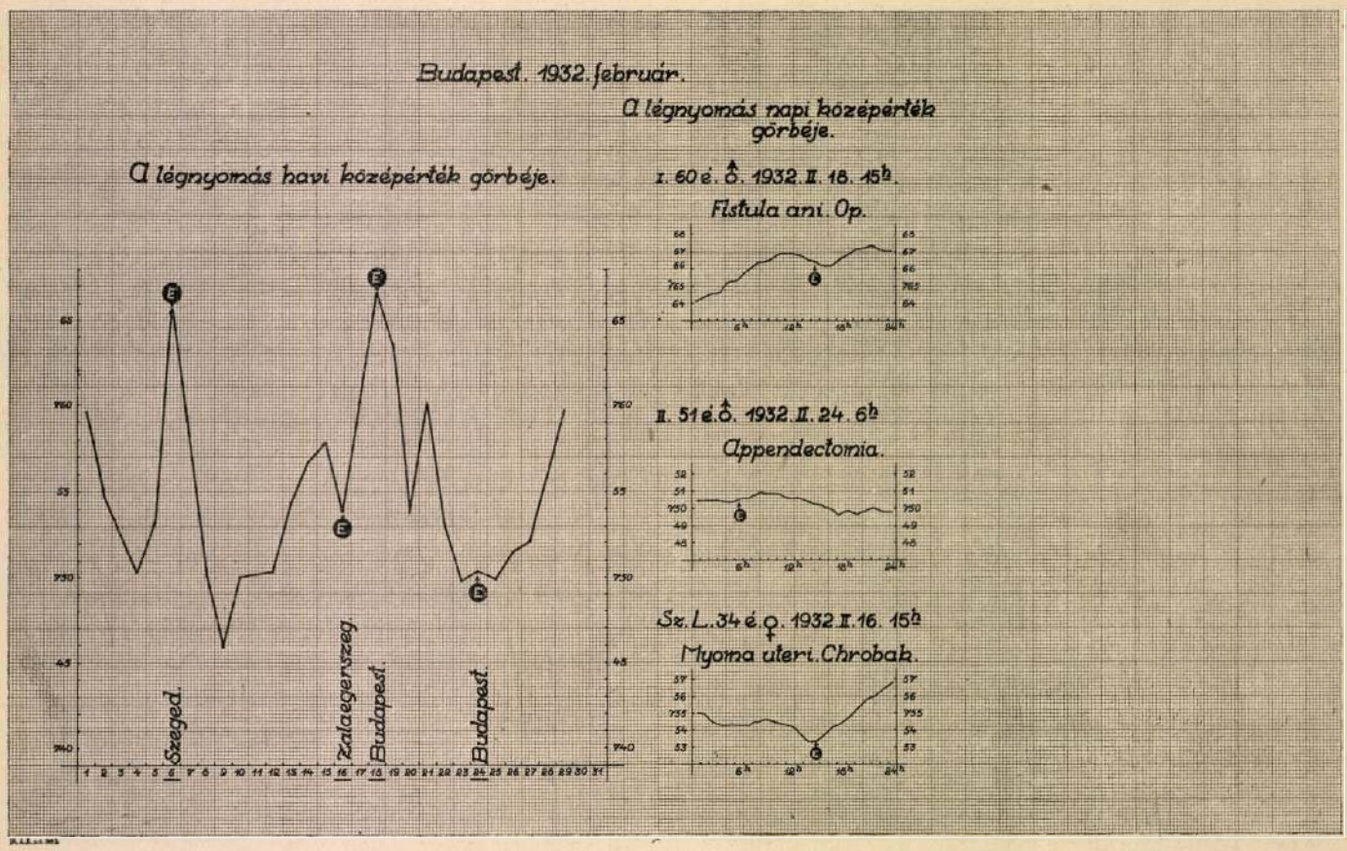
Életkor.

Férfiakon az embolia leggyakoribb a 40—70., nőkön a 40—60. év között.

Melléklet Hüttl Tivadar dr. »Tüdővérrög-embolia« cikkéhez.

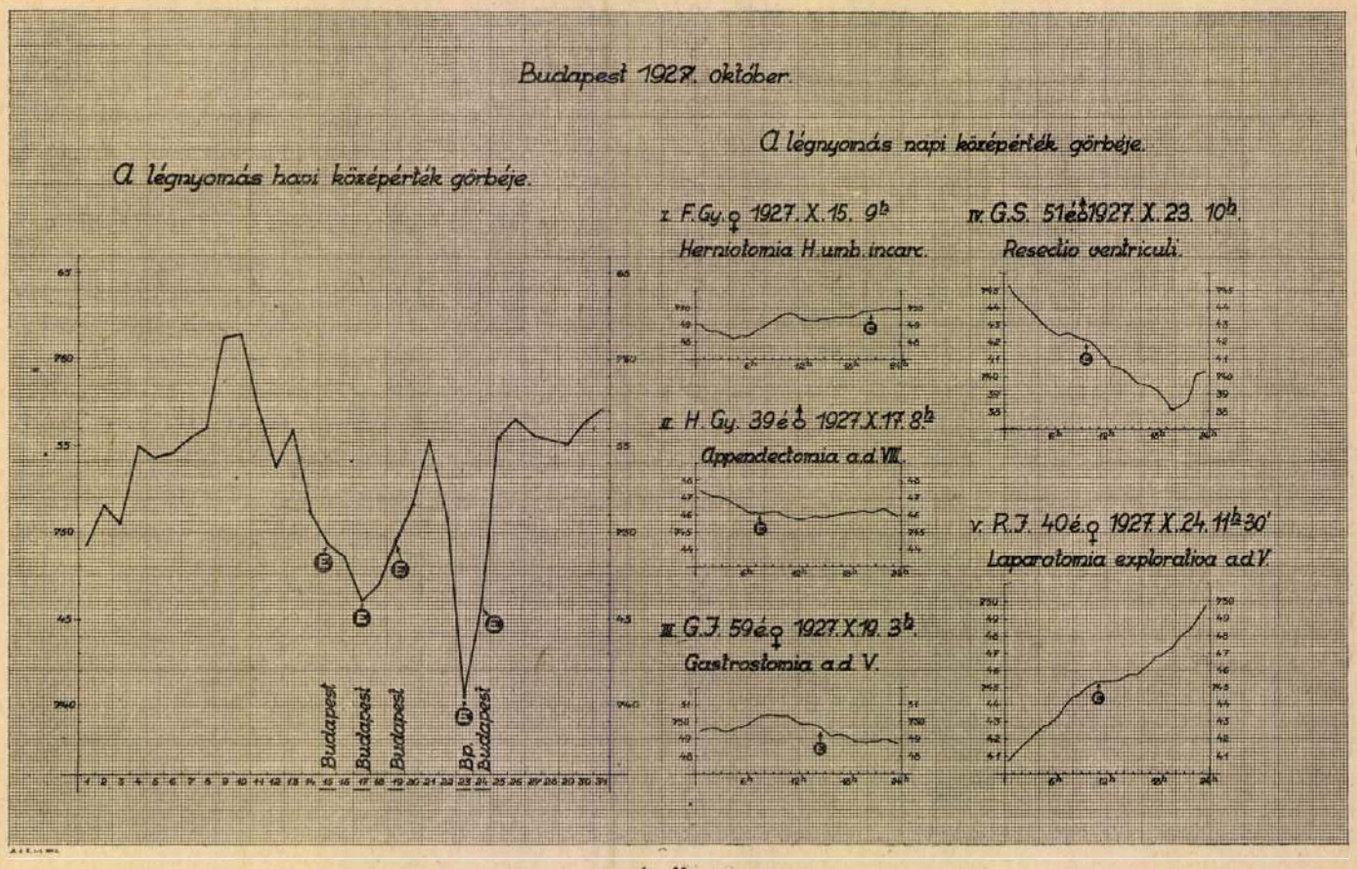


2. ábra.
Egy embolia 1922. ápr. 4-én Budapesten a légnyomás havi legmélyebb állásánál. Az embolia napján a légnyomás 32·7 mm-re süllyedt. Az embolia 4 óra 11 perckor akkor lépett fel, amikor a légnyomásesés emelkedésbe ment át. (Az embolia napjának aláhúzása a boncolás megtörténtét jelzi.)



3. ábra.
1932 februárban a légnyomásgörbe két ízben ért el nagyobb magasságot. Szegeden 6-án emelkedett a legmagasabbra, Budapesten pedig 18-án. Ennek megfelelően Szegeden 6-án, Budapesten pedig 18-án fordult elő egy-egy embolia, 759, ill. 766·3 mm magas légnyomásállásnál.
(A szegedi emboliát is a budapesti görbére vezettem rá, mely a szegedivel nagyjából azonos.)

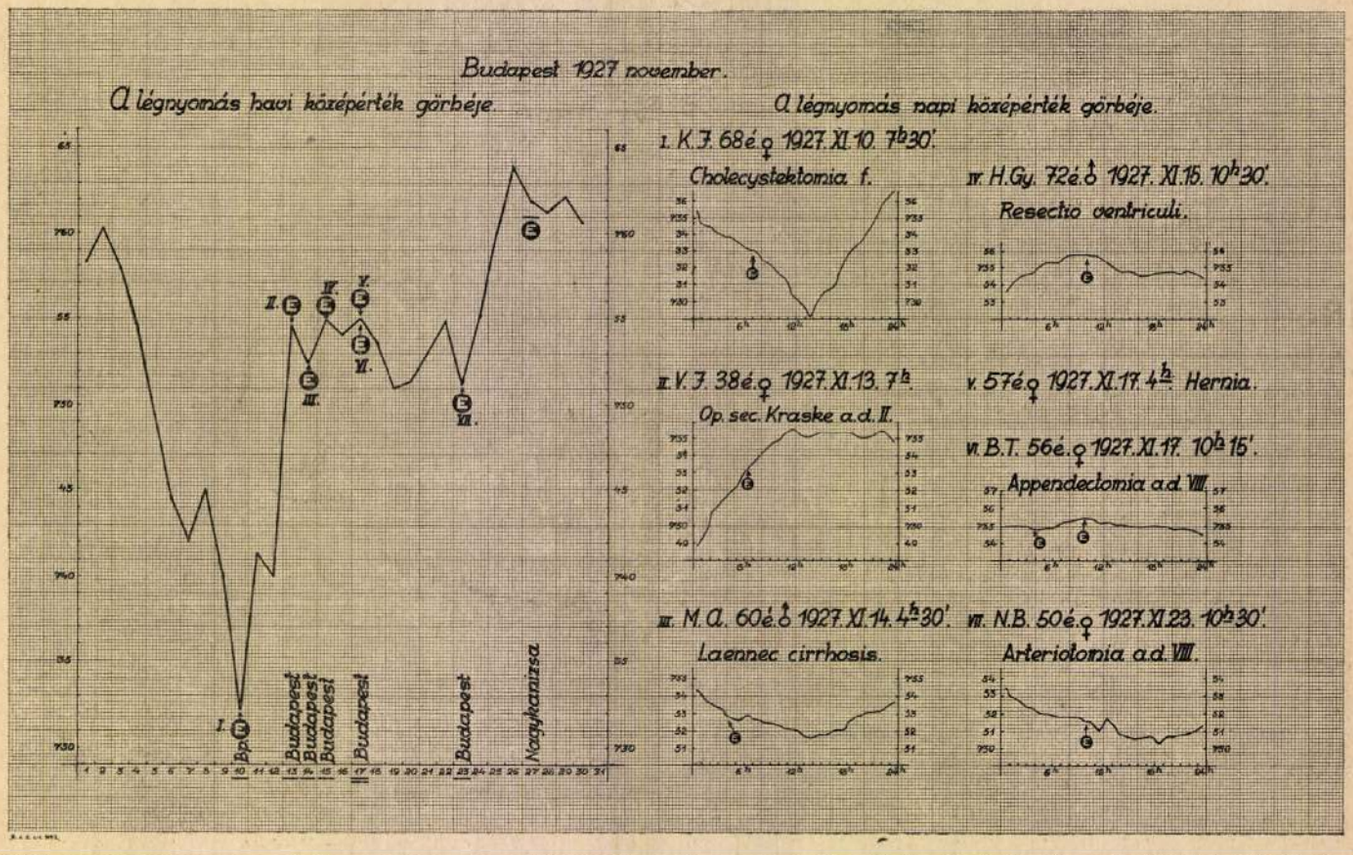
Melléklet Hüttl Tivadar dr. »Tüdővérrög-embolia« cikkéhez.



4. ábra.

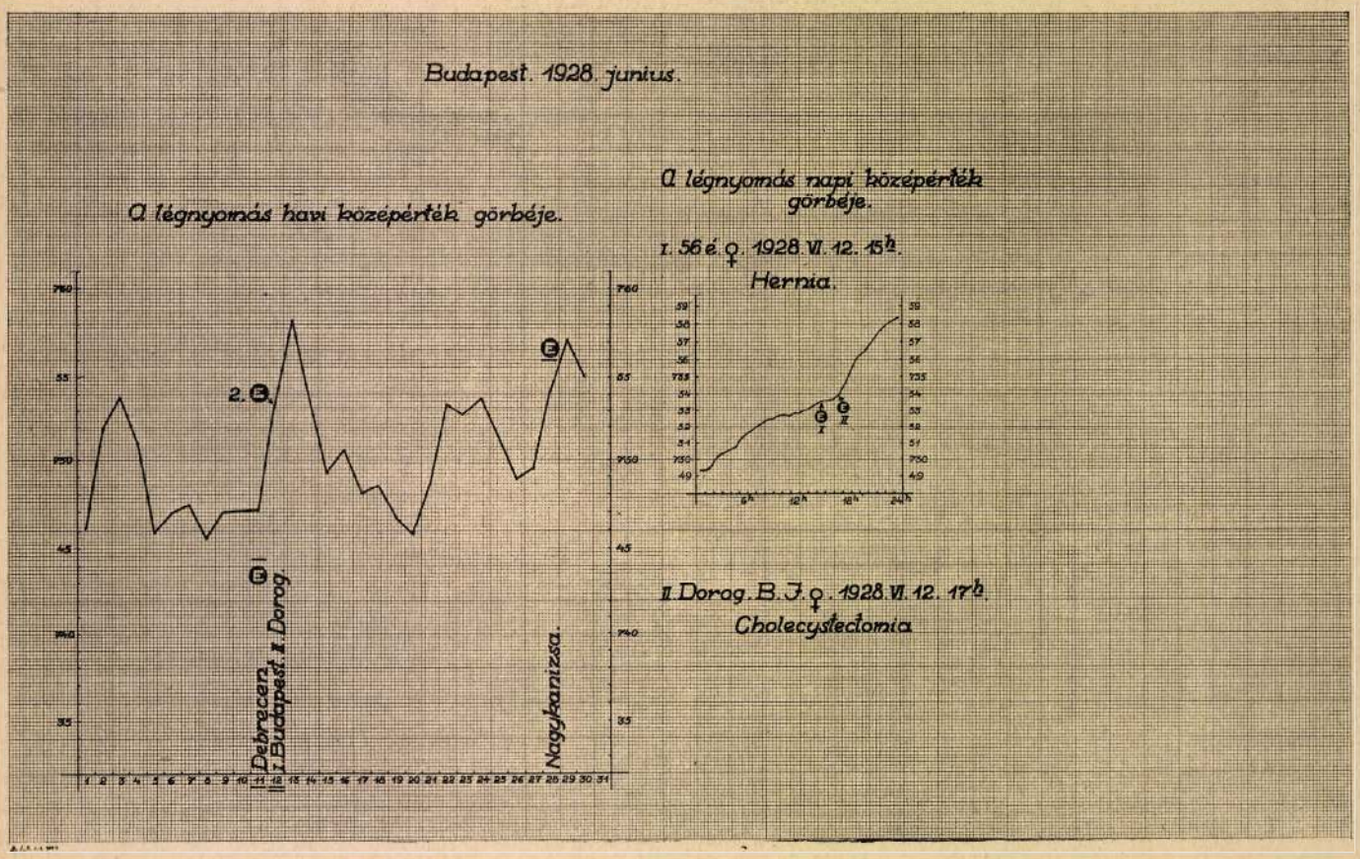
1927 októberben egy embolia a légnyomás legmélyebb pontjánál, egy a következő napon, három a légnyomásgörbe egy rövidebb szakaszára esik. Napi görbéket erősebb esés, emelkedés és élénk irányváltozás jellemzi.

5. ábra.



1927 novemberben egy embolia a mélyponton. 13-ától 17-éig Budapesten öt embolia fordult elő, ezek közül kettő 17.-én. Ezeken a napokon a légnyomás iránya az előző napihoz képest megváltozott. Az irányváltozás a valóságban jóval nagyobb volt, de a középértékekből összeállított görbén is jól kivehető. Feltűnő a napi görbék erős ingadozása.

Melléklet Hüttl Tivadar dr. »Tüdővérrög-embolia« cikkéhez.



6. ábra.

1928 junius havában 11-én Debrecenben volt egy embolia, 12-én Budapesten és Dorogon egy-egy. A két utóbbi embolia között csak 2 óra telt el. A légnyomás ezen a napon 749·2 mm-ről 758·2 mm-re emelkedett.

Embóliák és frontok gyakorisága. 1931.

Hónap.	napok.																												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Január		■		■	●		▼										■		▼	■	▼	■	●		●				●	●	▼
Február						▼	●	▼			■	●		■		▼		●								■	■				
Március	●	▼			●		●	●	▼ ●	■	▼			●			●				▼	■	■		▼	▼			▼	
Április					■			▼		●		▼	●	▼	▼				▼			▼	▼	●		■ 3	▼				
Május				▼	●			▼	●						▼			▼	▼	▼	●	▼			●			●		
Június	▼	▼		●	●		▼	▼	●					●	▼			▼		▼	▼			●		▼				
Július		●	●		▼	▼		▼						●		▼			▼ ●	●	▼								▼		▼
Augusztus	●						▼				▼			●		▼			●		▼		■		▼ ●				■		
Szeptember					▼	▼					▼ ●	▼ ●					■	▼ ●			▼	▼	●	▼	▼	▼					
Október							▼	■	▼ ●							●			▼		▼		●	●	▼	▼ ●		■	▼		
November				▼			▼		■		■		●	■	■		▼	■	▼						●		●	●	▼ ●	▼ ●	
December				●	■ ●		●		●	●				●	●	■					●	●			●	▼		●	■	▼	●

▨ embólia, ● felsikló –, ■ okklúziós –, ▼ betörési front.

7. ábra.

A Pázmány Péter Tudományegyetem anatomiai-tájbonctani intézetének közleménye (igazgató: Kiss Ferenc ny. r. tanár).

A csonttörések kezelésének irányelveiről.

Újabb fejlődéstani kutatások és a mechanikai behatások szerepének figyelembevételével, kisérleti vizsgálatok alapján.

Irta: *Krompecher István dr.*, egyetemi magántanár.

Tudjuk, hogy az eltört csontok összeforradásáról a természet maga igyekszik gondoskodni (callusképződés stb.) Az orvosnak, a sebésznek a feladata a törvégek összeillesztésével olyan viszonyokat teremteni, hogy ez az összeforradás minél hamarább és olyan eredménynyel következzék be, hogy a sérült csont eredeti alakját és működését minél kisebb zavarral ismét felvehesse. *A fractura non sanata*-val szemben már a *fractura male sanata* (deviatio ad axim, ad latus stb.) is eredménynek számít, a sebésznek azonban az a törekvése, hogy a törvégek összeillesztésével és kellő helyzetben történő rögzítésével deviatio nélküli gyógyulást érjen el. Ez a legtöbb esetben kétségtelenül sikerrel is jár. Tehát elérték a *fractura sanátát*. A gyógyult csonttörések röntgenképein azonban azt látjuk, hogy a csonttörések helyét egyszer alig jelzi valamelyes callus, máskor viszont igen hatalmas callustömeg (callus hypertrophicus) rutítja el a képet. Ez a callustúltengés aztán nem egyszer az erekre, vagy idegekre gyakorolt nyomás vagy az izomműködés akadályozása által bajt okoz.

A képződő *callus mennyiségét* eddig nem lehetett szabályozni. Ismeretes volt, hogy van porcos és van kötőszöves callus, de a callusképződés ezen *minőségbeli* különbségének a jelentőségét eddig nem ismertük. Eddig tehát a sebész gondoskodott a törvégek összegyógyulásáról, de hogy azokat milyen minőségű és mennyiségű callus kösse össze, arra — legalábbis tudatosan — irányító befolyást gyakorolni nem tudott.

Az alábbiakban ezen kérdés tisztázására vonatkozó vizsgálataimról, illetve kísérleteimről óhajtok beszámolni. Aki figyelemmel kíséri a tudományos kutatómunkák keletkezését, annak számára nem meglepő, hogy ezen a therápiát szolgálni akaró munkámnak számos klinikai, kórszövettani, anatómiai, szövettani megfigyelés, legelsősorban pedig több, mint két évre terjedő fejlődéstani kutatás szolgál alapjául.

Ezen embryologiai vizsgálataimból a gyakorlat számára most csak az alábbi két főkövetkeztetést emelem ki: *a normalis csontfejlődés folyamán a nyomásnak* kitett felszíneken mindig *porcos praeformátio alapján*, nyomás viselésére alkalmas szerkezetű és minőségű csont képződik; a *húzásnak* kitett felszíneken (izom, szalagtapadás stb.) pedig *kötőszövetes praeformátio* alapján olyan minőségű és szerkezetű csont alakul ki, amely húzás viselésére lesz alkalmas.

Hangsúlyoznom kell, hogy ez az összefüggés az általam eddig vizsgált számos fejlődő csont mindegyikén — emberieken és állatiakon egyaránt — kivétel nélkül világosan leolvasható volt. Ha pedig ennek ilyen általános érvénye van, akkor az összefüggés az erőművileg, a csontok eltörése által keletkezett új felszíneken, a csont regeneratiójában, a callusképződésben is meg kell, hogy nyilvánuljon. Ezen feltevés szerint a nyomásnak kitett törési felszínnek porcos, a húzásnak kitett törési felszínnek viszont kötőszövetes callus útján kell regenerálódnia.

A kérdést kísérletileg próbáltam tisztázni. Két kísérleti állaton (kutyán) a bal elülső lábszárat (a rádiust és az ulnát) két helyen, egymástól körülbelül 4 cm-nyi távolságban harántul átfúrtuk.* Mindkét átfúrási helyen acéltűt vezettünk keresztül. Az acéltűk végeit befogtuk. A két átfúrási hely közt a csontokat a lágyrészek lehető kímélésével Gigli-fűrésszel átvágtuk. A kiálló acéltűket csavarmenetes sínek közvetítésével az egyik állaton távolítottuk, ami által a törvégek is kis mértékben eltávolodtak egymástól. A tűknek a csavarmenetes sínen való távolításával a törvégeket a kezelés folyamán állandó, sőt fokozódó húzás alá sikerült helyezni. A másik állaton az acéltűket a csavarmenetes sínen egymáshoz közelítve, a csontvégeket egymáshoz nyomtuk. A kísérleti állatok hasonlóak voltak, a műtétet azonos körülmények közt egyformán végeztük. A különbség az volt, hogy *a törvégek a callusképződés folyamán az első esetben széthúzásnak, a másik esetben összenyomásnak voltak kitéve.*

Tekintsük meg, hogy milyen minőségű és mennyiségű callus képződött a húzásos és milyen a nyomásos kezelés alatt:

Megismételt *húzásos* kísérletnél mindig *kötőszövetes*, desmális callus képződött a törvégeken. A fiatal csontba ágyazott kötőszöveti kollagén rostnyalábok révén a kötőszövetes fejlődésmód még későn is biztonsággal megállapítható. De különösen tanulságos a kép és speciális csontszövettani tudás nélkül is meggyőző, ha a korai callustermelés idején dolgozzuk fel a kísérleti anyagot. Ilyenkor azt a képet kapjuk, mintha a törvégekből a kötelek szálai (kötőszöveti kollagen rostnyalábok) nyúlnának ki, amelyek közt az osteoblastok csontalapállománytermelés közepette fejlődnek ki csontsejtekké. A törvégek egész felszínén mindenütt a kötőszövetes csontfejlődés van folyamatban. Ezek a kötőszöveti rostnyalábok (amelyek tehát a provisorikus kötőszövetes callust képviselik) az egyik törvégtől áthúzódnak a másik törvéghez, ahol az egyes nyalábok közt hasonló kötőszövetes csontfejlődési folyamatot észlelhetünk.

A *nyomásos* kísérleteknél az előbbiektől merőben eltérő kép tárul szemeink elé. A törvégeket mindenütt *porcogó*, illetve enchondralisan fejlődő csont vonja be. Itt tehát nyomásos viszonyok mellett a törvégek közt porcos callus fejlődik. Keresztmetszetben teljesen az epiphysisvonalra emlékeztető kép mutatkozik. A törvégekkel határosan az újonnan képződött csontgerendák tengelyében élénken szembeötlenek a megmaradt porcogós irányító gerendák. Ezek cáfolhatatlan tanúi annak, hogy az ott képződött csont porcos praeformátio alapján alakult ki. Kissé távolabb a fiatal csont és a porcogó határán az enchondralis csontfejlődés jellegzetes képe gyanánt ott látjuk porcogós irányítógerendák közt az előrehatoló vérérkapillarisok phalanxát, amint a kukoricasorszerűen rendeződött porcsejtoszlopok helyére betörnek. Ez a porcogó csak bizonyos vastagságban vonja be a csontot. Közte és a szembelevő másik csontvég hasonló porcos callusa közt fiatalabb esetben a porcogó növekedési zónájára jellemző fiatalabb sejteket vehetünk észre.

A nyomásos kísérletnél megtaláljuk tehát: 1. az enchondrális csontfejlődés képét és 2. a már kialakult fiatal csontban a porcmaradványokat, a porcos callusból való fejlődésnek bizonyságául. Éppen így a húzásos kísérletnél is megvan: 1. a desmalis csontfejlődés jellegzetes képe és amellett 2. a már kialakult fiatal csont-

* A műtéteket részben az egyetemi anatomiai intézetben *Matolcsy Tamás dr.* tanársegéd úr, részben az állatorvosi kar sebészeti klinikáján *Gnoth* prof. úr szíves hozzájárulásával *Farkas* László dr. tanársegéd úr közreműködésével végeztem. Önzetlen támogatásukért fogadják ezúton hálás köszönetemet.

ban a nagyszámban belcágyazott kötőszöveti kollagen rostnyaláb.

A két kép összehasonlításakor a kötőszövetes callu-son puszta ránézésre is meglátjuk a feszülésnek, a húzásos viszonyok közti fejlődésnek a bélyegét, míg a porcos callus egyenletes vastag porcogós párnájával a nyomást jól viselő csontfelszín képét nyujtja.

Tanulságos lesz két »nem sikerült« kísérlet eredményét is megtekinteni. A kísérleti részletek tüzetes leírását mellőzve, csak annak megállapítására szoritkozom, hogy az egyik esetben a törvégek compressióját a kisérlet 6. napján a szerkezet eltávolításával fel kellett adni, amikor is a már összetapadt törvégek egymáshoz szögletben megtörtek. A törési felszínek ilyenformán egyik félen továbbra is egymásra nyomódtak, a másik oldal felé azonban tátongtak. Itt a csontfelszínek közti sarjszövet kifejezetten húzás alá kerül. A csontfejlődés képe igen tanulságos: a törvéget azon az oldalon, amelyik az egész idő alatt nyomásnak volt kitéve, porcogó vonja be és a csontfejlődés végig enchondralis. A szöglettörés folytán utóbb húzás alá került csontfelszínt viszont igen vékony porcborítás (ill. enchondralisan termelődött csontréteg) vonja be, amelyik folyó átmenettel megy át igen nagy tömegű tisztán kötőszövetes callusba.

A másik kísérletben a törvégek húzásnak voltak kitéve. A röntgenképen is megállapítható módon húzásos viszonyok közt bő callus termelődött. Az egymás felé növekvő, már elmeszesedett callustömegek azonban az extensiónak kb. az 5. héten való megszűnése után a kísérlet befejeztéig hátralévő 5—8 napig egymásnak ütköztek és az izmok összehúzása folytán egymásra nyomást gyakoroltak. A kép a következő: rendkívül dús és nagymennyiségű, tisztán desmalis callus, igen nagy területen már elcsontosodva. Ellenben ott, ahol a két oldalról fejlődő már elmeszesedett callustömeg egymásnak ütközik, mindkét részen kis porcsziget jelenik meg.

Ezen két esetből azt a fontos következtetést lehet levonni, hogy a mechanikai viszonyoknak közvetlenül és állandóan irányító hatásuk van a csontfejlődés módjára. A húzás alatt kötőszövetesen megindult csontfejlődési mód akkor, mikor a húzás helyett egyszerre nyomás hat a növekedési felszínre, rögtön az annak megfelelő porcos fejlődésmódba csap át. Az elsőnek említett példa pedig azt mutatja, hogy nyomásos viszonyok között porcosan indult csontfejlődést a hirtelen beállott húzás hatására rögtön kötőszövetes fejlődésmód váltja fel. A fejlődésmód tehát szorosan alá van vetve a mechanikai igénybevételnek és utóbbi megváltozására rendkívül érzékenyen reagál. Az egyik irányban megindult csontfejlődési mód a mechanikai viszonyok megváltozásával mindjárt átcsap a másik fajtába.

Óvakodnunk kell a túlnagy nyomás alkalmazásától is: ilyenkor a törvégeken lakunáris csontresorptió indul meg, a sarjszövetnek a csontfelszínnel határos sejtjei osteoklastokká lesznek és a callusképződés megindulása késedelmet szenved.

Hogyan képzelhető el tehát a törvégek között a callus kialakulása? Vegyük példának a csövescsont fedett törését, ahol a csontokon kívül a lágy részek is jelentős sérülést szenvednek. A törvégek közt és körül egy zsák keletkezik jelentékeny mennyiségű roncsolt szövetalkatrészszel és alvadt vérrel. Ebbe a tömegbe a környező szövetekből vérércapillárisok és differenciálatlan mesenchymasejtek burjánoznak be. Az így kialakuló sarjszövet sejtjei a törvégek közt és az azt övező zónában is fellelhetők. A környező, viszonylagosan épen maradt szövetek indurálódnak és ezáltal is hozzájárulnak a csontvégek rögzítéséhez. A törvégek területén levő sarjszövetből alakul ki a callus, mégpedig olymódon, hogy az ottlévő sejtek vagy kötőszövetes callussá, vagy pedig porcos callussá lesznek. Az előbb felsorolt embryologiai megállapítások, kórszövettani tapasztalatok és a leírt kísérletek beigazolása szerint a törvégek széthúzása esetén ez a sarjszövet kötőszöveti callussá, nyomásos viszonyok közt viszont porcos callussá lesz.

Nézzük meg közelebbről, miként hat a húzás és a nyomás a kötőszövet ill. porcogó kialakítására.

A sarjszövet, ill. a differenciálatlan mesenchymasejtek (pluripotens sejtek, polyblastok) kétségtelenül jelen vannak a törvégek közötti és körüli zsák minden részén. *Extensiós* kezelés, vagyis húzás esetén a törvégeknél lévő zsák a benne lévő szövettörmelékkel, sarjszövettel, fiatal sejtekkel stb. mindenestül meghúzódik és a sejteknek táptalajul szolgáló fenti közeg (médium) is a csont hossztengelyével párhuzamos, húzódó strukturát vesz fel. A szövettenyészetekből ismerjük, hogy a szaporodó, növekvő és differenciálódó sejtek fejlődésükben a médium strukturájához alkalmazkodnak. Innen már csak egy lépés vezet odáig, hogy a folytonosan ható feszülésnek a viselésére a szervezet az ott fejlődő sejteket is felhasználja olyanformán, hogy azok hosszanti irányban megnyúlva kötőszöveti rostnyalábokat termelő sejtekké differenciálódjanak és így a medium mellett most már a kialakulásukkor jelenlévő mechanikai viszonyoknak megfelelő. helyzetbe azok is organikusan beleilleszkedjenek.

Compressiós kezelés alatt viszont a törvégek közt lévő közeg nyomás alatt áll. A sarjszövet sejtjei e nyomás hatására itt olyan primitív szövetté differenciálódnak, amelyik nyomás viselésére alkalmas. Ez a szövet a porcogó. A fejlődő és a felnőtt ember szervezetében is az összes erős és közvetlen nyomásnak kitett csontfelszíneket porcogó vonja be. Ezen provisorikus porcogó az állandó nyomás behatás alatt szintén ugyanúgy adja át helyét az enchondralis csontfejlődés ismert mechanismusával a csontszövetnek, amint az a csövescsontok epiphysisporcogójánál végbemenő normális csonthossznövekedésnél végbemegy. Ilyenformán elnevezésbelileg és időbeli sorrendben is tisztult fogalmakkal állunk szemben. A friss törés után differenciálatlan sarjszövet nő a törvégek közé. Ez az *indifferens stádium*, amiből még bármelyik féleség lehet. Ilyenkor a törvégek ezen sarjszövet által lazán vannak összetapasztva. a) *Nyomás esetén* ez a sarjszövet porcogóvá alakul. Ez az *ideiglenes porcos callus*. Ebből alakul ki az enchondralis csontfejlődés útján a maradandó *csontos callus*, amely azonban porcos fejlődésmódjának nyomait magában hordja. b) *Húzás esetén* a sarjszövet kötőszövetté alakul, ez képezi az *ideiglenes kötőszövetes callust*, amiből aztán a desmalis csontfejlődés útján alakul ki a kötőszöveti maradványokat tartalmazó maradandó *csontos callus*.

Megismerve a callus minőségbeli különbségét, azoknak jelentőségét, valamint azon mechanikai viszonyokat, amelyek a callus minőségi kialakulását befolyásolják, most már oda kell hatnunk, hogy ennek tanulságai a csonttörések gyógyulásában is érvényesíthetők legyenek. Fentiek ismeretével nem lehet számunkra közömbös, hogy az összeillesztett törvégeket milyen minőségű callus köti össze. A törvégek közt olyan minőségű callust kell kitermelni, amilyen ott a későbbi mechanikai igénybevételnek megfelel. Fenti kísérletek eredményéből ennek a megoldási lehetősége is feltárul. Például nyomásos igénybevételű csontfelszínek összeforradásánál nyilvánvalóan nyomásos, porcos callusra van szükség, amit az in statu nascendi alkalmazott nyomásos viszonyok teremtésével el tudunk érni. Ez esetben a jól összeillesztett törvégeket megfelelő minőségű callus köti össze. Ez azután valóban csak a törvégeket fogja összekötni, tehát azon túl nem

burjánzik és élő szövetek belső szervüléséről lévén szó, megközelítőleg restitutio ad integrum következik be. Hasonlíthatjuk a porcos callust az *epiphysisporcogóhoz* is. A fiatal korban három darabból álló csövescsontnak növekedésére és egy csonttá való egyesülésére az epiphysisporcogó szolgál. Ezt a physiologiás csontösszeforradási előképet figyelmen kivül hagynunk nem szabad. Természetesen más lesz a helyzet, ha a nyomásos igénybevételű helyen a gyógyulás folyamán húzásos viszonyokat teremtve, húzásos, desmalis callust kapunk. Ez a húzásos callus ott a nyomásos igénybevétel helyén alkalmatlan minőségű lesz. Ez okból a reáháruló feladatot csak úgy tudja ellátni, hogyha minőségi silányságát mennyiségi túlprodukcióval pótolja. Valóban azt találjuk, hogy a nyomásos igénybevételű csontdiaphysis törésének húzásos kezelésénél igen nagy mennyiségű callus képződik, míg egy ugyanolyan törés nyomásos kezelésénél callus csak a szükséges mennyiségben termelődik. A nem odavaló minőségű és nagymennyiségű callus képződésének pedig rendkívüli hátrányai vannak: a nagy callusmennyiség kitermelése a szervezetet felesleges módon igénybeveszi, a minőségileg rossz callus elfoglalja a törvégek közti területet és a szervezet ahelyett, hogy a tiszta területen végezné építőmunkáját, a későbbi igénybevétel folyamán hónapok, sőt évek munkájával kényszerül a hibás minőségű csontot megfelelő minőségű és szerkezetű csonttá átépíteni. Ez is felesleges igénybevétele a szervezetnek. Végül pedig rendkívüli módon szenvednek a környező lágyrészek: az erek, idegek és főleg az izmok, amelyek az azelőtti egyenes lefutásuk helyett most szöglettöréssel kénytelenek a callustömeget megkerülni, ami rendkívül sok functionális és rheumaticus zavart okoz. De előfordul gyakran az is, hogy az izmok egy része a képződött callustömegbe beleesik, rögzül és kiterjedten hegszövetté alakul át. Ezeknek a figyelembevételével nincs többé okunk a húzásos kezelés röntgenképén látható bőséges callust örömmel üdvözölni és például a nyomásos kezelésnél (csontvarratnál) jó összeillesztés mellett észlelhető csekély callust lekicsinyelni, mert, amint látjuk, *a megfelelő minőségű callus kellő mennyiségben termelve összehasonlíthatatlanul jobb eredményt ad, mint a nagymennyiségű, de alkalmatlan minőségű callus.* A callusképződésnél tehát a *mennyiséggel szemben a megfelelő minőséget* kell a fentiekben megadott mechanikai viszonyok alapján kitermeltetni.

A csonttörések therápiájának haladásában tehát a *fractura non sanata* és *fracura male sanatán* túlhaladva nem kell már megállanunk a deviatio nélküli, de akármilyen callussal összeforradt *fractura sanatánál.* A fenti fejlődéstanilag és szövettanilag felépített és kísérletileg is beigazolt elvek alapján elérhetjük a megfelelő minőségű és ekkor magától adódóan kellő mennyiségű callus kitermelésével tudatosan a *fractura bene sanatát.*

Munkámban szándékosan nem tértem ki ezen elvek gyakorlati, sebészi megoldására vonatkozó kérdésekre. Meg akartam maradni a fejlődéstani leletek, szövettani vizsgálatok és kísérleti eredmények pontos leírásánál és az azokból a sebészet számára hasznosítható következtetések összefoglalásánál. (Az ezen vizsgálatokból levonható egyéb elvi jelentőségű következtetéseket (a mechanikai faktor sejt, illetve szövetdeterminációs hatását, organizátorproblemát, sejtdifferenciálódást stb.) más helyen fogom ismertetni).

A sebészi, gyakorlati megoldást illetőleg, hogy t. i. az adott esetben a fenti elvek a gyakorlatban hogyan közelíthetők, ill. valósíthatók meg, ezt a nehéz és felelősségteljes kérdést esetenként a sebészorvos tudása és művészete lesz hivatva eldönteni.

Összefoglalás: A csont normális fejlődésére vonatkozó korábbi munkáimban kimutattam, hogy minden *nyomásnak* kitett csontfelszín *porcos* praeformatio alapján nő, a *húzásnak* kitett csontfelszínek pedig *kötőszövetesen* nőnek. Vizsgálat tárgyát képezte, hogy ezen összefüggés a regeneratív csontképződésnél, a callusképződésnél is fennáll-e. A kísérletek kimutatták, hogy a *törvégek összenyomásakor porcos callus képződik,* ha pedig a *törvégeket széthúztuk, kötőszövetes callus termelődött.* — A kétféle callus kialakulásának, szöveti képeinek, szerkezetének, valamint teherbíró képességének összehasonlítása. — A sebésznek módja van a mechanikai viszonyok egyszerű szabályozásával önkényesen porcos, vagy kötőszövetes callust kitermelni.

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

A csecsemő és gyermekkori dysenteria serologiai diagnosisa.

Irták: *Tamási Gyula dr.* és *Teveli Zoltán dr.*

A dysenteria kórokozótypusát fertőző osztályon nemcsak azért érdemes meghatározni, hogy a járvány jellegét ismerjük, hanem azért is, mert a Shiga-dysenteriásoknak a Flexner- és Sonne-dysenteriásoktól elkülönítése is kívánatos. Ugy az irodalomban, mint saját beteganyagunkon is találkoztunk olykor vegyes dysenteriafertőzésekkel, amelyeknek egy része kórházi superfectiónak tekinthető. A superfectio meggátlása alig képzelhető el másképpen, mint a Shiga-dysenteriások elkülönítésével. Az elkülönítés feltétele a megbízható, kórokozótypus szerinti diagnosis.

A typusmeghatározásnak (megbízható és helyes technikai kivitel mellett a csecsemő- és gyermekkorban is) legeredményesebb módja a kórokozónak a székletből direct kimutatása. Azonban a dysenteria későbbi szakában, sokszor már az első napok eltelte után a bakterium kitenyésztése nagy nehézségekbe ütközik. Ilyenkor lehet szükség a Widal-reactióra. Egyes esetekben — mint ismeretes — már a betegség első napjaiban felállítható a serologiai diagnosis, máskor, főleg csecsemőkorban csak a második hét után jelennek meg a specifikus dysenteriaagglutininek.

A Widal-reactio kórjelző érzékelhetőségének egyik akadálya az, hogy nemcsak dysenteriások, hanem egészséges egyének vérsavója is tartalmaz gyakran magas titerben positiv reactiót adó agglutinineket. *Kruse, Steinbock, Jakobitz* stb. főleg paradysenteria agglutinineket találtak. Ismeretes az is, hogy a vérsavónak ez a tulajdonsága a korral nő. A dysenteriára jellemző határérték az agglutinintiter nagyságát illetőleg azért is nehezen állapítható meg. Vannak egyes szerzők, nevezetesen *Schmidt,*[1] *Barrenschen,*[2] stb., akik nagyobbszámú törzs normalagglutinatiójának megvizsgálása után megkülönböztettek normalsavókban jól és rosszul agglutináló törzseket. Widal-reactióhoz az említett szerzők szerint főleg a normalsavókban rosszul agglutináló törzsek használhatók. Igyekezetünk az, hogy typus szerint is megkíséreljük definiálni azokat a törzseket, amelyek a Widal-reactióhoz alkalmasak lehetnek.

A Widal-reactió értékelhetőségének másik akadálya az, hogy a legfiatalabb csecsemőkorban tökéletlen az agglutinképzés. *Büchner*[3] bizonyítónak veszi azt, ha a beteg vérsavója 200-szoros higításon felül agglutinál és csak az első életnegyedévre fogad el 100-szoros higításban észlelt agglutinatiót. Más szerzők, mint *Pfuhl, Lentz, Jakobitz, Hohn, Fürth, Slawik,*[4] *Rauss*[5] és *Szendey* felnőttkorra vonatkozólag is megelégszenek a 100-szoros higításon felüli agglutinatióval.

További zavaró momentum rejlik abban, hogy az agglutininképzés csak igen ritka esetekben korlátozódik a dysenteriát előidéző bacillus typus homolog agglutininjére és nagyon gyakran találkozunk a mellékagglutinatiónak olyan fokával, mely joggal kétségessé teszi a serologiai vizsgálatból a kórokozó typusára irányuló következtetésnek helyes voltát. Egyes szerzők többféle agglutininnek együttes előfordulásából vegyes fertőzésre hajlandók következtetni. A mellékagglutinatio nem ritkán oly fokot érhet el, hogy »paradox reactio« formájában leplezheti a főagglutinint.

A Widal-reactió esetén jelentkező hibaforrások egy részének kiküszöbölését kíséreljük meg jelen dolgozatunkban. Az első feltétel természetesen az ismételt bakteriologiai controll és a beteg vérsavójával végzett sorozatos vizsgálat. A budapesti gyermekklinikán az utóbbi három év alatt 138 klinikailag dysenteriás és bakteriologiailag is positiv csecsemő- és gyermekbetegeken végeztünk serologiai vizsgálatot az esetek nagyobbik részében legalább is két-három alkalommal egy, illetve kéthetes időközökben. Ez az időszak egyben alkalmat nyujtott arra is, hogy nemcsak a Flexner-csoport tagjaival, hanem a Shiga-Kruse-bacillus által létrehozott dysenteriák esetén is elvégezhessük a Widalt. Ezen idő alatt a dysenteriás betegeknek csaknem fele bakteriologiailag is Shiga-Kruse-dysenteriának bizonyult.

A vizsgálatokhoz olyan A, B, D, H és Shiga-Kruse-törzseket használtunk, amelyek homolog immunsavókban jól agglutináltak. Egyikünk *(Teveli)*[6] nagyszámú egészséges egyén (csecsemő, gyermek és felnőtt) vérsavójának agglutinálóképességét vizsgálta az említett törzsekkel szemben és azt találta, hogy egészséges egyének vérsavója legnagyobb higításban a H és kisebb higításban a B törzset agglutinálja, tehát éppen azokat a törzseket, amelyek a kórokozók között alig szerepelnek. D és Shiga-Kruse-agglutininek egészséges egyének vérsavójában ritkán találhatók és a D agglutinin normal emberi savókban egy esetben sem lépte túl a H titert. A D és H agglutinineknek ez utóbb említett viselkedése késztetett arra, hogy a Widal-reactio értékelésében az egyes typus-agglutininek egymás közti viszonyát figyelemmel kísérjük.

A betegsavót 50—3200-szoros higításban állítottuk be. Az agglutinatiós vizsgálathoz az előbb említett öt typustörzset használtuk. Miután utóbbi időben Sonne-Kruse és Schmitz-törzsekkel egyáltalában nem találkoztunk, e két utóbbi törzset nem használtuk. Csakis olyan esetekről számolunk be most, amelyeket bakteriologiailag tisztáztunk. A székletből kitenyésztett bakteriumtypus controllja alapján igyekszünk a Widal-reactiók eredményeit a gyakorlat számára értékesíteni. Eseteinkben a bakteriologiai vizsgálat szerint vagy Shiga, vagy valamely Flexner-typus bizonyult kórokozónak. A Widal-reactio eredményét négy órai thermostatban és 20 órai szobahőn állás után olvastuk le szabadszemmel és nagyítóval.

A Flexner-Y-csoporton belül nálunk leggyakrabban fordul elő a D typus okozta dysenteria. (Ezt *Kanyó* magántanárral együtt a Phylaxia serumtermelő intézetben végzett vizsgálatainkból tudjuk, melyekben receptoranalysis segítségével határoztuk meg a hazai kórokozó dysenteriatörzsek typusait).[7] E dysenteria typusban a Widal-reactio eredményének értékelése rendszerint nem ütközött nehézségbe, mert a D törzs csecsemőkorban is jó agglutininképzőnek bizonyult és mellékagglutininek az értékelést nem zavaró titerben szerepeltek csupán.

Ami a csecsemőkor agglutininképző képességét illeti, lényeges különbséget találunk a Shiga-Kruse és Flexner-dysenteriák között annyiban, hogy a csecsemőkorban lezajlott Shiga-Kruse-dysenteriák alatt a Shiga-Kruse-agglutininképzés sokkal alacsonyabb titert ért el, mint a Flexner-csoport tagjai által létrehozott megbetegedések esetében a homolog agglutinin. A D typus okozta dysenteria 9—12 hónapos csecsemőkön is legtöbbször nagy, némelykor 1600-as titerű agglutinatiót eredményezett. Shiga-dysenteria alatt kis csecsemőkön az estek nagy részében az 50-szeres higításban sem találtunk agglutinint, még a megbetegedés harmadik hetében sem. A harmadik évnegyedben Shiga-dysenteriákban legfeljebb 50-szeres higítású agglutinatiót észleltünk, 100-szoros higításban agglutinatio csak egy éven felüli gyermekeken jelentkezett. Egy éves kor után Shiga-dysenteriákban is kifejezetten jelentkezett az agglutinatio, gyakran 800—1600-szoros higítást is elérő erősségben.

A beteg kora	Hány napja beteg?	Székletből tenyésztett törzs	Agglutinatiós titer A	B	D	H	Shiga-Kruse	Serologiai diagnosis
3 év	15	Flexner D.	50	200	1600	200	100	Flexner D.
9 hó	24	Shiga	0	0	0	0	?	?
8 év	19	Shiga	200	200	200	1600	400	Shiga
4 év	10	Flexner	50	100	800	50	0	Flexner D.
4 év	12	Shiga	0	100	50	200	800	Shiga
5 hó	16	Flexner	0	0	50	0	0	Flexner D.
3½ év	10	nem vizsgáltatott	0	100	0	200	400	Shiga
4 év	11	Shiga	100	200	200	1600	400	Shiga
1½ év	24	Flexner D.	50	50	0	50	50	Nem immun-agglutinatio
3 év	8	Flexner B.	0	50	0	50	0	Flexner B. ?
	15		0	400	0	400	0	
8 év	12	Shiga	0	800	0	200	800	Shiga és Flexner B társfertőzés ?
6 év	14	Shiga	0	50	0	400	200	Shiga
1 év	9	Flexner	50	100	800	0	0	Flexner D.
2 év	22	Flexner	50	50	1600	200	0	Flexner D.
10 hó	16	Flexner D.	0	0	50	50	0	Flexner D.
9 hó	24	Flexner	0	0	100	100	0	Flexner D.
7 év		egészséges	100	200	50	400	50	Normal
9 hó		egészséges	0	50	0	50	0	Normal

Az e kérdésre vonatkozó nagy irodalom áttekintése után az a következtetés vonható le az egyes szerzők vizsgálataiból, hogy a csecsemőkorra nézve az 50-szeres higításban észlelt Shiga és a 100-szoros higításban észlelt Flexner-agglutinatio (makroskopikus), a csecsemőkoron túl a 100-szoros higításban észlelt Shiga és a 200-szoros higításban észlelt Flexner-agglutinatio dysenteriára kórjelző. Azt hiszem, nagyjában, talán inkább didaktikai szempontból, ezeknek az említett specifikus titert jelző számoknak szem előtt tartása nem látszik feleslegesnek. Amint azonban eredményeink részletezéséből kitűnik, egyes esetekben sokkal kisebb, máskor sokkal nagyobb higítású agglutinatio jelzi nézetünk szerint a dysenteriás fertőzést.

A Shiga-dysenteriások nagy részében a kórokozó typusára történő következtetés helyességét nagy mértékben zavaró paradox reactióval mi is találkoztunk. Feltűnt azonban nekünk az, hogy a homolog agglutininter emelkedése mellett igen ritka kivételtől eltekintve a H agglutinin mutatott csaknem törvényszerű emelkedést és igen sok esetben meg is haladta a Shiga-agglutinin titerét. Két év előtt mindjárt vizsgálataink kezdetén figyelhettük meg e jelenséget olyan gyermekeknél, akiket klinikailag typusos dysenteriával vettünk fel és akiken a bakteriologiai vizsgálat Shiga-Kruse-dysenteriát mutatott. Ezzel szemben a betegek vérsavója a Shiga-törzset kisebb higításig agglutinálta, mint a H törzset. Paradox reactióra gondoltunk és hogy a vegyes fertőzést kizárjuk, néhány esetben ugyanazon gyermekek székletéből 25—25 dysenteria coloniát isoláltunk és identificáltunk a H törzs esetleges kimutathatósága céljából. Ezekből a vizsgálatokból kiderült, hogy ezek tiszta Shiga-Kruse fertőzések voltak, amelyekben a H agglutinin csaknem törvényszerű emel-

kedést mutatott, mégpedig a Shiga-dysenteriásoknak könülbelül felében paradox reactio formájában (tehát a Shiga-agglutinint meghaladó titererősségben) az esetek másik felében a H agglutinin nem haladta meg a Shiga agglutinin titerét, de olyan emelkedést mutatott, hogy a fiatal gyermekeken is meghaladta a szerzők egy része által megállapított és kórjelzőnek tartott 100-szoros higítás értékét. Több betegen találtuk azt, hogy a H titer növekedése 1600-szoros higításig is erősen kifejezett volt, míg a kórokozóval homolog Shiga agglutinin csak 800-szoros higításig adott positiv reactiót.

A H agglutinin paradox reactiójának oka lehetne az, hogy az általunk használt H törzsek különösen könnyen agglutinálható törzsek voltak. E feltevés alapján elsősorban a Flexner-Y csoport tagjai által létrehozott dysenteriák eseteiben várhatnánk paradox reactiót, mert serologiailag a H törzs közelebb áll ezekhez, mint a Shiga—Kruse typushoz. Vizsgálatainkban mégis azt találtuk, hogy a Flexner-dysenteriákban a H agglutinin titere az átlagos mellékagglutinatio nagyságát meghaladó fokot nem mutat, paradox reactio formájában csupán a Shiga-fertőzések esetében jelentkezik. Feltételezhető lenne, hogy évekkel ezelőtt H typusú járvány folyhatott le, ennek következménye lehetne a H agglutinin jelenléte, amit az újabb Shiga-fertőzés magas titerre emel. Ez ellen szól az a tapasztalatunk, hogy az utóbbi 2 év alatt H typusú bacillust egy esetben sem sikerült a dysenteriások székletéből kitenyészteni s hogy a H agglutinin paradox reactióját nem csupán idősebb gyermekeken, hanem fiatal, 1—2 éves gyermekeken is észleltük, akiken lezajlott H typusú dysenteriafertőzést — részben a negativ anamnesis, részben az utóbbi évek járványainak bacterialis vizsgálata alapján — nem tételezhetnük fel. Ezekből is következik, hogy a H agglutinin magas titeréből a kórokozó typusára következtetést vonni nem lehet s hogy a H agglutinint — nagy valószínűséggel — nem tarthatjuk lezajlott H typusú dysenteria következményének sem.

A H agglutinin emelkedésének időpontját összehasonlítva a Shiga-agglutinin emelkedésével a következő megfigyeléseket tehettük: az esetek nagyobbik részében a Shiga-agglutinin emelkedésével párhuzamosan a betegség első hetében megindult a H agglutinin titerének emelkedése, míg a többi mellékagglutinin rendszerint csak a második héten jelentkezett. Az esetek kisebbik részében a Shiga-agglutinin emelkedését később, a többi mellékagglutinin keletkezésével párhuzamosan követte a H agglutinin emelkedése, de magasabb értéket ért el, mint a többi mellékagglutinin. Az esetek jelentékeny részében a H agglutinin megelőzte a kórokozóval homolog Shiga-agglutinin keletkezését. Magából a H titer hatalmas emelkedéséből is gyanakodhatunk a Shiga-dysenteriára. A Shiga-dysenteria diagnosisa kétségtelen akkor, ha a H agglutinint rövidesen követi és esetleg meg is haladja a Shiga titer emelkedése. Mint legfontosabbat kiemeljük, hogy azon csecsemők és gyermekek vérsavójában, akik a bakteriologiai székletvizsgálat szerint Shiga-dysenteriásoknak bizonyultak, egyetlen esetben sem lépte túl a D titer a Shiga titert. Az általunk észlelt paradox reactiók a H agglutinin emelkedése voltak. Eredményeinkből azt a következtetést vonjuk le, hogy ha a beteg vérsavójában a (normalsavókban kevésbé és immunsavókban jól agglutináló) D törzs titere túllépi a Shiga-titert, akor vegyes, Flexner—Shiga infectióra kell gondolni. Az alábbiakban néhány betegünk Widal reactiójának eredményét közöljük. Az eredményt jelölő szám (50—100—200 stb.) azt a savóhigítást jelöli, amelyben agglutinatio még szabad szemmel látszott.

Shiga-dysenteriánál néhány esetben a betegség előrehaladott stádiumában a B agglutinin egyforma erősségben jelentkezett a H agglutininnel. Olyan magas B agglutinin értéket — 800-szoros titer emelkedést — mint amilyen a H agglutininnél nagyon gyakori volt, csak egyetlen esetben láttunk. Ezt az egy esetet tabellánkban is közöljük. Nyolc éves Shiga-dysenteriás gyermek (akinek székletében csakis Shiga-bacillust találtunk) vérsavója úgy a B, mint a Shiga-törzset 800-szoros higításban agglutinálta. Kétségtelen, hogy a serologiai lelet ebben az esetben is tiszta Shiga-fertőzés mellett szól, mert a B törzset egészségesek savója is sokszor magas titerben agglutinálja. Hasonló esetben mégis lehet vegyes fertőzés gyanujával élni, bár ennek lehetősége igen csekély. Sajnos, ebben az esetben újabb serologiai vizsgálat nem volt lehetséges. Nem lehetetlen, hogy egy későbbi Widal-reactióval ebben az esetben is eloszlott volna a vegyes fertőzés felvételének gyanuja.

A Flexner-Y csoport tagjai által létrehozott dysenteriáknál a Shiga titer csak jelentéktelen emelkedést mutat. A H agglutinin némely esetben itt is elérte a székletből kitenyésztett bacillussal homolog agglutinin titerét. De a nálunk leggyakrabban előforduló D dysenteriánál, amely fiatal gyermekeknél is nem ritkán 800—1600-as agglutininter emelkedéshez vezet, a H agglutinin legfeljebb 400-szoros higításig agglutinált. A Flexner-dysenteriákra jellemző volt a D agglutinin erős emelkedése. Találkoztunk jó agglutininképző fiatal csecsemőkkel és gyenge agglutinin-képző nagyobb gyermekekkel. Olyan gyermekek székletében, akiknek seruma a D törzset ugyanolyan, vagy nagyobb higításban agglutinálta, mint a H törzset, mindenkor Flexner-bacillust tenyésztettünk ki. A H titerrel egyforma, vagy annál magasabb D titer tehát Flexner-dysenteriát jelent. A H-nál magasabb D titer pedig kifejezetten D dysenteriát bizonyít (tehát egyes esetekben a Widal-reactio a kórokozó Flexner-typus közelebbi meghatározására is alkalmas). Ha a H-val, vagy B-vel egyformán emelkedik a D titer, az Flexner-dysenteriát jelent, (ilyenkor a kórokozó Flexner-typus nem határozható meg közelebbről).

Az elmondottak alapján tehát a dysenteria immunagglutinatiónak jellemző képe van, amely nemcsak az agglutinatio magasságától függ, hanem az egyes agglutininek egymás közötti viszonyától is. A Flexner- és Shiga-dysenteriának egymástól elkülönítése tehát csak olyan esetekben nem volt lehetséges, amelyekben az immunagglutininképzés valami okból kimaradt. A Flexner kórokozótypusok egymásközötti elkülönítése a Widal-reactio alapján csak körülbelül az esetek felében volt lehetséges.

Voltak egyes esetek, főleg a dysenteria első napjaiban, ahol az immunagglutininképzés még nem volt kifejezett. Ezt a helyzetet elsősorban a normalagglutinatio ismerete alapján magyarázhatjuk helyesen. Ilyen esetben természetesen a Widal-reactio megismétlése szükséges.

Összefoglalás. 138 bakteriologiailag igazolt dysenteria esetben vizsgáltuk a vérsavó agglutininjeinek viselkedését a Shiga-Kruse, továbbá a Flexner csoporthoz tartozó A, B, D, H typustörzsekkel. A dysenteria Widal-reactióhoz serologiailag jól ismert törzseket kell használni, a törzseknek nagyszámú normalsavóval controllálása elengedhetetlen. Egyes typusokra nézve még egy bizonyos korhatáron belül sem jelölünk meg specifikus titert. A 100-szoros, vagy akár a 200-szoros savóhigítás immuntiternek jelölése helytelen következtetésekhez vezethet. Shiga-Kruse dysenteria folyamán azoknak a Flexner-typusoknak (H, B) agglutininjei érték csak el a Shiga titert, amely typusok normalis egyének savóiban is magas titerben agglutinálnak. Shiga dysenteriára a Shiga titer kisebb-nagyobb emelkedésén kívül a normalagglutinatio hatalmas emelkedése volt jellemző (magas H titer). A normalsavókban minimalis agglutinatiót mutató D typustörzs (amely leggyakrabban szerepel mint kórokozó), agglutininjeinek dominálo emelke-

dése Flexner-dysenteriára volt jellemző. Amint a közölt tabellában látható, a kórokozó typus szerinti diagnosist az egyes typusagglutininek egymásközti viszonyának figyelemmel kísérése teszi lehetővé. Ilyen feltételek mellett a paradox reactiók alig zavar a diagnostikában.

Irodalom: 1. Zschr. f. Hyg. 81. 57. 1916., Zschr. f. Hyg. 82. 405. 1916. — 2. Zbl. f. Bakt. Ref. 69. 34. 1925. — 3. Jb. f. Khk. 118. 285. 1928. — 4. Jb. f. Khk. 90. 191. 1919. — 5. Magy. Orv. Arch. 34. 333. 1933. — 6. A. f. Khk. sajtó alatt. — 7. Magy. Gyermekorvostárs. 1933. VIII. nagygyűlés.

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

Adatok a meningitis tuberculosa pathologiájához.*

Irta: *Móritz Dénes dr.*, egyetemi tanársegéd.

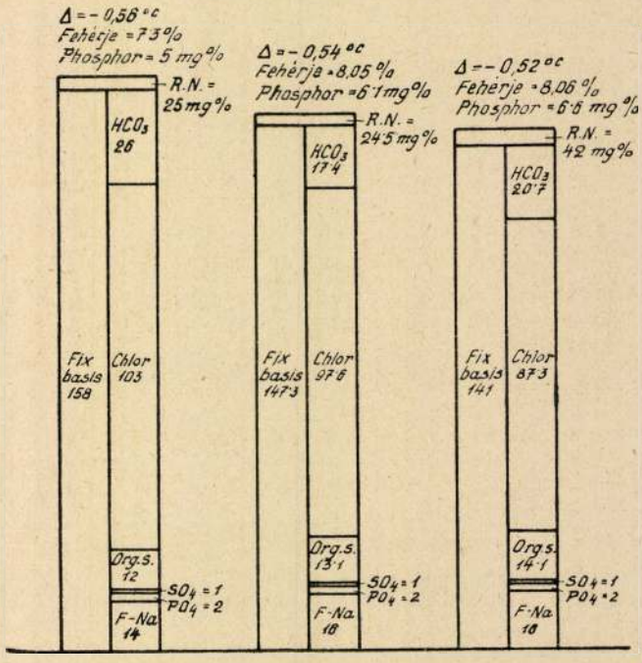
Meningitises folyamatokban számos szerző foglalkozott már a liquor chemiai összetételével és osmosisos concentratiójával. *Mestrerat* gümős agyhártyagyulladásban emelkedett szárazanyagtartalom mellett csökkent hamutartalmat talált a liquorban és e betegségre jellemzőnek tartja a liquor demineralisatióját. Ezt megerősítették *Legroux* és *Joupille—Legroux* vizsgálatai is. A további chemiai vizsgálatok *(Neuda, Laporte—Rouzaod, Novicka* stb.) kimutatták meningitises folyamatokban a liquor chlor-tartalmának és osmosisos concentratiójának a csökkenését. *Csáki*-nak a liquor vizsgálatokkal egyidejüleg néhány esetben végzett serumvizsgálata azt mutatta, hogy meningitis tuberculosában a liquor chlortartalmának csökkenésével együttjár — ha nem is olyan nagy mértékben — a serum chlor-tartalmának a csökkenése. *Teschler* kutatásai pedig felhívták a figyelmet arra, hogy a liquor osmosisos concentratiójának a csökkenésével egyidejüleg a serum osmosisos concentratiója is szokatlanul nagy ingadozásokat mutat; vizsgálatai folyamán arra az eredményre jutott, hogy a betegség első szakában a serum osmosisos concentratiója csökken, előrehaladottabb stadiumban pedig emelkedik. A serum egyes chemiai alkatrészeinek külön meghatározása *(Hamilton, Csáki* stb.) azonban korántsem elégséges arra, hogy tiszta képet szerezzünk a szervezetben lezajló chemiai elváltozásokról; a sav-basis egyensúlyban résztvevő valamennyi faktor meghatározása szükséges ahhoz, hogy mélyebben betekinthessünk a szervezet anyagcserezavarába.

Vizsgálataink folyamán meghatároztuk a meningitis tbc-s betegek serumában a sav-basis egyensúlyban számottevő összes gyököket, a maradék-nitrogent, fehérjét és a fagypontot. A sav-basis egyensúlyt a könnyebb áttekinthetőség kedvéért graphikusan ábrázoltuk. A baloldali oszlop a serum nem illó összes basis értékét (Na, K, Ca, Mg) tünteti fel, míg a jobboldalon találjuk az összes savi gyököket, amelyek a serumban legnagyobbrészt Na sók alakjában foglaltatnak. A maradék-nitrogent a fagypontban való részvételnek megfelelő nagyságú oszloppal tüntetjük föl. Az értékek mg.-aequivalensben pro liter vannak megadva: pl. az egészséges gyermek seruma 1 literben 159 mg.-aequivalens Na, K, Ca és Mg-t tartalmaz, ami annyit jelent, hogy ezen Na, K, Ca és Mg mennyiségből 159 ccm normal lugot lehetne előállítani. A maradék-nitrogen mennyiségét mg%-ban adjuk meg.

A methodikára vonatkozólag röviden csak annyit említünk meg, hogy a fagyáspontcsökkenést direct kryoscopiával (mikro-Beckmann-készülék) határoztuk meg; a fehérjetartalom meghatározása a Pulfrich-féle refraktometerrel történt. A bicarbonát meghatározására *Van Slyke*, az organicus savéra *Csapó* eljárását használtuk. A chlor meghatározása *Rusznyák*, a phosphor *Fiske—Subarow*, a maradék-nitrogen *Kjeldahl*, a fix-basisé pedig *Fiske* szerint történt.

A sulfatok olyan kisfokú ingadozást mutatnak csak, hogy a számításban megelégedhetünk a *Gamble* által megadott középértékekkel; meghatározásuk felesleges. A fehérjékhez kötött basis értékét számítás útján határoztuk meg.

Az első ábra az egészséges gyermek sav-basis egyensúlyát és fagyáspontját mutatja. A fix basis értéke 1 liter serumra számítva *Gamble* adatai szerint 158, *Csapó* és *Szongott* szerint pedig 159 normal ccm. Ez az érték csecsemőkben kb. 1·5%-kal alacsonyabb. A bicarbonát mennyisége 26—27 normal ccm körül van, csecsemőben 2—3 ccm-rel alacsonyabbak az értékek *(Csapó* és *Kerpel)*. A serum chlortartalma 103, organikus sav 10—12 és a fehérjéhez kötött Na 14—16 normal ccm körül van. A phosphatokat 2, a sulfatokat pedig 1 n. ccm-nek vehetjük középértékben, ezen gyökök különben sem szoktak nagy ingadozásokat mutatni. Egészséges gyermekek vérserumának fehérjetartalma 7—8%, phosphortartalma 5 mg%, a maradék-nitrogen mennyisége pedig 25 mg%; csecsemőben ennél valamivel alacsonyabb fehérje és R. N. mennyiséget találunk. Részben a maradék-nitrogennek, részben a fix basisnak alacsonyabb volta okozza a csecsemő kisfokú hyposmosisát, aminek következtében a fagyáspont csökkenése a gyermek —0·56° szemben —0·54° C középértékben.



Összesen 12 meningitis tbc. esetben volt alkalmunk a fenti vizsgálatokat elvégezni. Közülük kettő volt csecsemő (9 hónapos), a többi 10 gyermek, akiknek kora 2—9 év között ingadozott. A gümős meningitis kórjelzést a liquor positiv bacillus-leletén kívül hét esetben boncolás is igazolta. Helykímélés végett nem akarjuk mindegyik esetet külön-külön részletezni, csak két jellegzetesebbet tüntetünk fel graphikusan, míg a többi 10 eset eredményét a mellékelt táblázatban foglaljuk össze.

A második ábra olyan esetet tüntet fel, ahol csak kisfokú elváltozások voltak a savóban. A 3 éves beteg sensoriuma napok óta zavart, időnkint tonusos-clonusos

* Előadta a Magyar Gyermekorvosok Társaságának X. nagygyűlésén Budapesten, 1935.

Esetek száma:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fagyáspontcsökkenés	−0 535	−	−0.535	−0.53	−0.48	−0.50	−0.52	−0.55	−0.49	−0.47
Fehérje	8.53	7.76	7.80	8.10	8.71	8.49	7.74	7.93	7.5	7.4
Phosphor	4.2	5	3	6	7	7.1	5.5	6.9	5	6
Maradék-nitrogen	21	9.72	11.37	20	22.3	23.3	32	59.4	17.7	23.3
Fix basis	1.44	141	143	151	131.3	148	146	156	140	134.5
Bicarbonát	21.5	9.52	22	24	22.1	25.9	20.7	18.5	22	22
Chlor	95	91.2	92.5	96	76.1	90.8	86.2	102	85	74
Organicus sav	13.1	18	11.2	12	13.6	13	20.1	16.8	15.6	19.3
Po_4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
So_4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Fehérje-Na	16	15	15	16	16	16	15	16	15	15

görcsök a felső végtagokon. Szorulások. Időnként hány. Lumbalpunctiókor fokozott nyomással ürülő liquorban Pándy-próba: positiv, sejtszám 100, cukor 17 mg%, az üledékben főleg lymphocyták, Koch-bacillus positiv. A vérvétel után két napra a beteg meghal.

A serum fagypontja kisfokban emelkedett; úgyszintén a fehérjetartalom is. A phosphor mennyisége rendes; a maradék-nitrogené szintén. A savi gyökök oldalán a chlor csökkent, csökkent kissé a bicarbonát is, míg az organikus sav a rendesnek felső határán van. Ugyancsak csökkent a fix basis is. Mivel ezen utóbbinak csökkenése nagyjában párhuzamos a chlor csökkenésével, *a serumban nem isolált hypochloraemia, hanem hyposalaemia van.* Az osmotikus concentratio csökkenését, minthogy a maradék-nitrogen értéke rendes, a fix basis és chlor csökkenése hozza létre.

Ezen ábrán feltüntetett eset súlyosabb elváltozásokat mutat a serumban. A 2½ éves beteg a vérvételt megelőzően két nap óta már teljesen eszméletlen állapotban van. Cheyne—Stokes typusú légzés. A táplálékfelvétel nagyon megnehezített, a beteg csak orron keresztül táplálható. Elvétve keveset hány. Szorulásos. Vérvétel után 2 óra mulva meghal.

A fagyáspont emelkedett, a fehérje kisfokban emelkedett a serumban. A phosphor mennyisége rendes. A maradék-nitrogen mérsékelten emelkedett, a vérben tehát azotaemia van. A savi oldalon a chlor erősen csökkent, a bicarbonat kevesbedése csak kisfokú, míg az organikus sav kissé megszaporodott. A fix basisok mennyisége szintén csappant, tehát a vérben ebben az esetben is hyposalaemia található. Az osmoregulatio zavarát itt is a fix basis és chlor csökkenése okozza.

Összefoglalva vizsgálataink eredményét, a következő chemiai elváltozásokat találjuk meg a vérsavóban. *Az osmotikus concentratio* minden esetben — többé vagy kevésbbé — csökkent; szélső értékek —0·47— —0·55° C. Ismeretes az, hogy az osmotikus concentratio három tényezőből tevődik össze: 1. a sók töménységéből; 2. a maradék-nitrogenből és 3. a serum víz tartalmából. A maradék-nitrogen mutat ugyan kisebb-nagyobb eltolódást fölfelé is, lefelé is, azonban ezek nem olyan nagyok, hogy az osmoregulatio nagyobbfokú zavarához vezetnének. A hyposmosis ebben az esetben csakis a sóveszteség következménye.

A *serum fehérje* tartalma normalis vagy kissé megszaporodott. A serum fehérjéknek ezen emelkedése lehet ugyan exsiccatio következménye is, azonban ebben az esetben valószínűbb a fertőzéses eredet. A *phosphor* csökkent, de lehet normalis is. A *chlor* csappanása állandó és gümős meningitisre nagyon jellemző. Szoros összefüggést a betegség szaka és a chlor megkevesbedése között nem találtunk. Hypochloraemia a szervezetben két okból jöhet létre: 1. a chlornak egyéb, savi gyökök általi kiszorítása következtében és 2. primaer chlorhiány folytán. Meningitis tuberculosában ez utóbbiról van szó. Azok a hypochloraemiák, amelyek chlorhiányon alapulnak, szintén két csoportba oszthatók: 1. hypochloraemia egyidejű basisveszteséggel (hyposalaemia); 2. tiszta hypochloraemia basisveszteség nélkül. A hyposalaemia csökkenti a serum osmosisos concentratióját, de a savbasis-egyensúlyra befolyással nincsen. Meningitis tuberculosában hyposalaemia van; a fix basisok csökkenése a legtöbb esetben együtt halad a chlor-veszteséggel. Hogy a hypochloraemia chlorhiány folytán jön létre, mutatja a szövetek chlorszegénysége is. A néhány esetben elvégzett szövetchemiai vizsgálatok azt mutatják, hogy a meningitises agy fagyáspontja csökkent és a szürke állományban chlorcsökkenés mutatható ki, amely nagyjában párhuzamos a savó chlorcsökkenésével.

Az *organikus* sav mennyisége a rendesnek felső határán mozog vagy kissé emelkedett. Csak három esetben találtuk az organikus sav jelentékenyebb megszaporodását. Emellett azonban egészen szabályos értékek is előfordulnak. Az organikus sav mérsékelt megszaporodását *Csapó* az éhezés következményének tartja. Valószínűnek látszik, hogy egyes esetekben az éhezés folytán támadó acetontestek játszanak szerepet az organikus sav emelkedésében; hogy azonban más faktornak nem jut-e szerep létrejöttében, egészen tisztázottnak még nem tekinthető. A serum *bicarbonát* tartalma majdnem minden esetben mérsékelten csökkent. A meningitis tuberculosa anyagcserezavarára *legjellemzőbb a hyposalaemia*, a fix basisok és chlor csökkenése. *Gamble* vizsgálatai óta tudjuk azt, hogy a szervezet minden körülmények között törekszik a fix basisok állandó szintjének fenntartásához, nagyobb változások csak az anyagcsere súlyos zavaraiban észlelhetők. A gümős meningitisben végzett serum-vizsgálatok tehát a sóforgalomnak súlyos zavarát mutatják: a sóanyagcsere szabályozása teljesen felmondja a szolgálatot, ez azután az osmoregulatio zavarához vezet.

Claude Bernard vizsgálatai óta ismeretes, hogy a víz- és sóforgalom ideges befolyások alatt is áll. Claude Bernard piquurrel — a IV. agygyomrocs substantia reticularisának megsértésével — polyuriát és hyperchloruriát idézett elő. *Aschner, Leschke* és mások vizsgálatai mutatták ki, hogy magasabb, a dienkephalonhoz tartozó központoknak ugyancsak szerepük van a sóforgalom szabályozásában. *Jungmann* és *Meyer* a IV. agygyomrocs egy körülírt helyének az izgatására a chlor fokozott kiválasztását észlelte. Gümős agyhártyagyulladásban az agyalapra, a hid-, illetve a nyultvelő tájára helyezkedik a gyulladásos folyamat és nemcsak az agyhártya, hanem az agyvelő, nevezetesen a nyultagy gyulladásos elváltozását is létrehozza, amely az említett sócentrum bántalmazottsága folytán a sóanyagcsere súlyos zavarát magyarázhatja. Hogy azonban a sóanyagcsere nem játszik-e szerepet a súlyos fertőzés okozta mérgező hatás is, azt a további vizsgálatok vannak hivatva eldönteni.

Összefoglalás. 1. Meghatároztuk 12 meningitis tuberculosa esetében a fagypontot, maradék-nitrogent és a sav-basis egyensúlyt. A fagyáspont csökkent s a fehérjetartalom kissé emelkedett. A hyposmosis a fix basis és chlorcsökkenés következménye.

2. A chlor és fix basis párhuzamosan csökkent s rendszeresnek látszik a meningitis tuberculosában a hyposalaemia.

3. A gümős meningitis a sóanyagcsere súlyos zavarával jár, amely valószínűleg központi eredetű.

Irodalom: *Csapó:* Jahrbuch f. Kheilk. 123. 1929. — *Csapó* és *Kerpel:* Mschr. f. Kheilk. 58. — *Csapó* és *Szongott:* Jb. f. Kheilk. 123. 1930. — *Csáki:* Magyar Orvosi Archivum 24. — *Fiske—Folin:* Laboratory manuel. — *Fiske—Subarow:* Laboratory manuel. — *Hamilton:* Journ. of Biol. Chem. 65. 1925. — *Jungmann* és *Meyer:* Arch. f. Exper. Path. u. Phar. 87. — *Jupille—Leyroux:* Cpt. rend. des séances de la soc. de biolog. 83. — *Laporte—Rouzaod:* Ugyanaz. — *Mestrerat:* Annales de l'institut Pasteur 38. — *Neuda:* W. Kl. Wschr. 1923. — *Teschler:* O. H. 1928.

Az Erzsébet Tudományegyetem ideg- és elmeklinikájának közleménye (igazgató: Reuter Camillo ny. r. tanár).

A villamos áramcsapás későbbi következményei.

Irta: *Csekey László dr.*, klinikai tanársegéd.

A villamos áramcsapás okozta bajok igen sokfélék, következményeképpen a szereplő tényezők különneműségének. Az áram minősége, feszültsége, erőssége, iránya, az érintkezés nagysága és ideje műszerekkel megállapítható, de az emberi test különnemű rétegeinek ellenállása, az áram útja a szervezetben, a változó környezet, a meteorologiai viszonyok s nem utolsó sorban a sérült egyéni tulajdonságai már pontosan nem mérhetők. Ezért nincs módunkban előre kiszámítani ismert körülmények esetén sem az áramcsapás előrelátható hatását. A villamos balesetek külső (physikai) körülményeivel és annak összes ártalmaival foglalkozni most nem célom, errenézve utalok az irodalom adatai közt fölsorolt magyar szerzők *(Kenyeres, Rhorer)* alapvető munkáira; nem akarok most arra sem kitérni, hogy a villamos áram a test felszínén az égési jelenségek különböző fokozatait (áramjel-nekrosis) okozhatja, hanem azt szeretném kidomborítani, hogy a villamos áram a szervezeten belül, különösen az ereket rongálja meg s az idegrendszer kóros tüneteit is közvetve az erek villamos áram okozta betegségei és az így keletkezett vérkeringési zavarok okozzák.

1933-ban a pécsi Erzsébet Tudomány Egyetem ideg- és elmeklinikájára villamos sérülés után kifejlődő agyvelő embolia következményei miatt egy férfibeteget vettünk föl, kórtörténetének fontosabb adatait a következőkben közlöm:

Negyvenegyéves, nős molnár balkarját a hónaljárokban a malomkő elszakadt hajtószíja megcsapta s ugyanezen alkalommal egész baloldalán is rándulást érzett. Elment orvosához, ki lényegtelen külső sérelmi nyomokat észlelt s úgy találta, hogy sérült karja érzékeny s nehezen tudja mozgatni (1929 június). A bal felső végtag részleges bénulásához kb. két hónap múlva (1929 augusztus) a balláb paresise is csatlakozott. Ismét két-két hónap (1929 október és 1930 január) múlva a beteg orvosai egy-egy »agyvérzésszerű« rosszabbodást tapasztaltak. 1930 október óta lassan és akadozva beszél. Orvosai eleinte a szíj ütésétől eredő karfonatsérülésre gondoltak s csak 1931-ben derítette ki egyikük, hogy a baleset alkalmával a beteget a legnagyobb valószínűséggel 150 voltos váltakozó áram ütése érte s ugyanekkor a sérült egyik munkatársa meg is halt. A beteget 1933 december hónapjában vizsgáltuk a fenti klinikán s akkor a következő állapotot találtuk: A pupillák kerekek, egyenlőek, középtágak, renyhén reagálnak. A bal facialis paretikus. A többi agyvelőideg kóros eltérést nem mutat. A triceps-, biceps- és radius-, valamint a hasi-, cremaster-, patella-, Achilles- és a talpi reflexek egyenlőek és jól kiválthatók. A pyramispálya sérülését jelentő reflexek közül egyik kiváltása sem sikerül. Behúnyt szemmel kis alapon is biztosan áll. Balkezét és lábát nehézkesen tudja mozgatni, passiv mozgatásuk azonban kifogástalan. Sem a felső-, sem az alsó végtagok izomzatán sorvadást nem látunk. A kétoldalt összehasonlító mérések rendes eredményt adnak. Járása kissé széles alapú, lépései aprók, balábát kissé húzza. Az érzésvizsgálattal kóros eltérést nem találunk. Beszéde nehezen érthető a sok paliliáliás elemet tartalmazó motoros aphasia miatt. Apraxiája feltűnő. Írni, olvasni nem képes. A szívtompulat rendes nagyságú, a szív és a nagyerek hangjai tiszták. Pulsusa ütemes, percenkint 76. Vérnyomása 140 Hgmm. Vizeletében cukor, fehérje és geny nincs. A Wassermann és a Sachs—Georgi vizsgálatok a vérsavóban kimutathatók nem voltak. A szemorvosi lelet a renyhe pupillareactiókon kívül más eltérést nem állapít meg. A fülben kóros nincs.

A tünetek: a baloldali paraparesis, motoros aphasia, apraxia, agraphia és alexia, melyek mind lassan és fokozatosan fejlődtek ki, az agyvelőben több helyütt és különböző időpontban keletkező vérkeringési zavar (embolia, miliaris vérzés) következményei. A kifejlődő agyvelő-vérkeringési zavarokat közvetett úton a villamosáram csapása okozhatta úgy, hogy a bal hónaljárkot érő áramütés ott helyben az erek falán gyulladásos folyamatot (endarteritis) indított meg s az így keletkező thrombus töredékei időközönkint elszabadulva, agyvelő-embolia folytán az említett vérkeringési zavarokat okozták.

Nem vitás, hogy a szerencsétlenséget okozó 150 voltos váltakozó áram elegendő volt ahhoz, hogy bajt okozzon, mert jóval meghaladta a *Jellinek*-től halált okozhatónak elismert 50 volt feszültséget s a *Boruttau* számításai alapján halálos lehetőségűnek megállapított 1/10 amper áramerősséget. Bár az áram pontos periodusszámát nem ismertük, de a nálunk használatos váltóáram periodusszáma 40—80 között szokott lenni, ez pedig az emberi testre már veszedelmes *(Gortvay)*. A periodusszám ismeretét döntő fontosságúnak nem is tartjuk, hivatkozunk *Milkó*-ra, ki azt állítja, hogy az előbb megjelölt határon felül nincs is lényeges különbség alacsony és magasfeszültségű, egyenáram és váltóáram között, mert valamennyi okozhat súlyos, sőt végzetes balesetet. Feltűnhetne még, hogy közvetlen a baleset után az áramcsapás helyén a hónaljárokban sem a sérült, sem a vizsgáló orvos kórosat nem látott. Általánosan ismert jelenség azonban, hogy a villamos áram sokszor helyi elváltozást egyáltalában nem okoz, de ha esetünkben még okozott volna is kisebb hámelváltozást, ami néha csak nagyítóüveggel vehető észre, azt a vizsgáló a hónaljhoz csapódó szíj erőművi hatásának is vélhette, bár valószínű, hogy ő a villamos áram helyi hatását nem is kereste, hiszen az akkor még mint a baleset oka, szóba sem került. Első pillanatban magunk is igyekeztünk összefüggést találni egy feltételezett testi sérülés és az agyvelő baja között, de a pontos előzményi adatok kikutatásával a közvetlen és közvetett fejsérülés lehetőségét ki kellett zárnunk. A beteg szervezetét gondosan átvizsgáltuk, de semmi olyan betegségnek nem jöttünk nyomára, mely a sorozatos agyvelő-emboliát előidézhette volna. Igy irányult figyelmünk a mellékesen megemlített villamos sérülés lehetőségére. Mikor a villamos áram okozta szervi elváltozások irodalmát áttanulmányoztuk, meglepően sok adatot találtunk arranézve, hogy igenis a villamos áram számos esetben okoz érbetegségeket, vérzéseket és vérkeringési zavarokat.

Bár sem a kórbonctani kutatás, sem az állatkísérletek megnyugtató módon nem tisztázták még a villamos áram okozta hirtelen halál módját, de *Müller—Hess* és *Hay* közelednek legjobban véleményünk szerint a valósághoz, kik azt állítják, hogy ennek egységes oka nincs is, hanem az esetek egyik részében a kutatók egyik csoportja által kizárólagosnak hirdetett lélekzés bénulásban pusztul el a szerencsétlenül járt, az esetek másik részében pedig a kutatók egy másik csoportja által a villamos

áramcsapás egyedüli okaként hirdetett szívműködési zavar (pitvarlibegés) okozza a hirtelen halált. *Panse* gondos tanulmányának végső következtetésében pedig azt bizonyítja, hogy ezen okok egyike sem elsődleges, mert a pitvarlibegést is a szív ereinek megváltozott beidegzése által a vérkeringési zavar okozza, a lélekzésbénulás pedig szintén vérkeringési zavar következménye, a lélekző középpont vérellátásának tökéletlensége folytán. Ha azokat a feljegyzéseket tanulmányozzuk, melyek a villamos áram behatolásának helyével foglalkoznak, azt találjuk, hogy az áramütés legveszedelemesebb helyei a mellkas és a szív tájéka. A baloldali áramütés a szív és a nagy erek miatt veszedelmesebb, mint a másik oldali. Ha a villamos áram a test hosszában szalad keresztül, az áramsűrűség legnagyobb a nagy erek mentén *(Jellinek)*, hisz ez természetes, mert a villamos áram útjában mindig a legkisebb ellenállású út irányában törekszik, szervezetünkben pedig a legalacsonyabb ellenállása *Wildermuth* szerint a vérnek s a vérrel telt érnek van. *Boruttau* és *Schridde* azt tapasztalta, hogy az áramütés okozta hirtelen halál legtöbbször akkor állhat be, ha az érintkező sarkok egyike a bal kéz volt, tehát az áram útja a szíven és a nagyereken át vezetett. Tudjuk, hogy a villamos áram csapása iránt különösen érzékenyek a beteg szívű vagy rossz érrendszerű egyének, így a status thymico-lymphaticus-sal terheltek, akiknek egyik sajátosságuk a nyirkos, tehát jól vezető bőr, másik meg a gyatra érrendszer. Nem okoz meglepetést tehát, ha kimondjuk, hogy a villamos áram elsősorban az ereket (akár capillaris, akár nagy ér) rongálja, melyeknek belhártyája (endothel) a villamosság iránt különösen is érzékeny. *Haberda* a villamos áramsujtottak középponti idegrendszerében mikroskoppal kisebb vérzéseket észlelt. *Kratter, Kawamura, Jellinek, Alvensleben* ugyancsak mikroskoppal az agyvelő szürke állományában pattanásig telített capillarisokat, átszivárgó (per diapedesim) és áttörő (per rexim) vérzéseket állapított meg. *Spitzka* és *Radasch* árammal kivégzettek agyvelejében sajátságos kerek, világos mezőket talált, melyeknek középpontjában mindig capillaris vagy praecapillaris volt, ezért ezeket a mezőket ők keringési zavarokból eredőnek vélték. *Creutzfeldt* a megvastagodott ereket, a megváltozott vérelosztást, a vérzéseket mind a kóros keringési viszonyok kifejezőjének tartja. *Panse* azt tapasztalta, hogy ha a villamos áram csak a gerincvelőt éri, az feltűnő módon csak a gerincvelő elülső szarvának szürke állományát támadja meg, ennek pedig szerinte az az oka, hogy az elülső szarv szürke állományának vérellátása az art. sulcocomissuralis útján különösen sűrű, míg a gerincvelő többi részeinek erezete sokkal szegényebb. *Bonhoeffer* áramsujtottakon sklerosis multiplexhez hasonló kórképet észlelt, de *Creutzfeldt* boncolási és mikroskopos leletére támaszkodva megállapította, hogy a gócok nem gyulladásos eredetűek voltak, hanem vérzéseknek feleltek meg, melyek az erek lefutása mentén keletkeztek. Villamos áramcsapás után a központi idegrendszerben számosan találtak makroskopos vérzéseket, köztük csak *Gwynne, Morgan, Amor, Volmer* és *Chiari* neveit említjük. *Jaeger* kereken kimondja, hogy villamos sérülés után az erek hajlamosak a thrombusképződésre és végtagsérülések után is nyilvánvaló az agyvelőembolia keletkezése. *Jellinek* kiemeli, hogy az erek még sokáig sérülékenyek és szakadékonyak, emellett nagyon hajlamosak az érfalhoz tapadó thrombusképződésre, annak minden következményével együtt. A vér keringési zavaraira és az erek beteges állapotára mutatnak azok a tapasztalatok, melyek szerint a végtagot érő áramcsapás után az erek összes rétegeinek rugalmassága csökken s ezért azok szakadékonyak és vérérzékenyek, a végtag pedig még sokáig szederjes és vizenyős *(Kovács J.)*, ugyanezt igazolja *Jellinek* tanácsa is, mely az áram okozta elhalások sebészi eltávolítását nem ajánlja, mert annak környezetében az erek törékenységük miatt még legalább tíz hétig vérzésre hajlamosak. *Kawamura* 11 túlélő áramsujtott betege közül hat rövid ideig véreset vizelt. Még sokáig folytathatnánk azon adatok felsorolását, melyek klinikai megfigyelések és kórbonctani leletek alapján mind azt bizonyítják, hogy a villamos áram vérzéseket és vérkeringési zavarokat okoz.

Az erek kóros elváltozásainak klinikai tünetei nem kell, hogy szükségszerűleg azonnal a villamos sérülés után keletkezzenek, a kóros tünetek felbukkanása a vázolt kórbonctani viszonyok folytán még hetek-hónapok mulva is várható. *Pohlisch* a vilamos balesetek után későbbi rosszabbodások szakaszos jelentkezésére mutat rá. A tünetek jelentkezése és a kórjóslat között *Panse* párhuzamosságot is lát, mert szerinte minél hosszabb a panaszmentes időszak a baleset és a tünetek megjelenése között, a gyógyulás annál bizonytalanabb. *Jellinek* a villamos baleset egyik jellemző sajátosságának tartja, hogy komolyabb hatása néha csak később jelentkezik, ezért *C. Kaufmannal* együtt azt ajánlja, hogy a villamos balesetek kártalanítását nem szabad túlkorán véglegesen elintézni. *Schück* esetében jellemző módon látjuk a szakaszos rosszabbodást. 55—60 éves férfi balkezét 500 voltos áramcsapás érte, később fokozatosan fejlődött ki a balkar paresise, melyet még több gutaütésszerű insultus követett. A sérült a baleset után három évvel halt meg újabb apoplexia következtében. *Jellinek* ismertetett esetünkhöz igen hasonlító baleseti következményt ír le. A sérültön a bal hónalj villamos sérülése után négy hónappal a bal art. axillarisból kiinduló agyvelő embolia klinikai képe volt látható, az embolus a bal art. fossae Sylviit torlaszolta el.

Látjuk tehát, hogy a villamos szerencsétlenségek utókövetkezményei között milyen nagy számban szerepelnek vérzések és vérkeringési zavarok, melyek helyzetük szerint a legváltozatosabb klinikai tünetekben nyilvánulnak meg. Esetünk kóros következményeit mi is más-más időben és helyen keletkezett embolia folyományának tartjuk. Az áramcsapás az art. axillarisban helyi elváltozást (chron. endarteritis) okozva vérrögképződést hozott létre. Ennek a thrombusnak embolusai okozták az időnkénti rosszabbodásokat. Természetesen az emboliák ismét forrásai lehetnek kóros érfolyamatoknak, melyek ismét vagy agyvelőlágyulást (enkephalomalatia) vagy miliaris aneurysmákat eredményeznek. Még annak a lehetősége is szóba jöhet, hogy a baloldali art. axillarisból elszabaduló vérrög okozhat-e ellenkező (jobb) oldali emboliát, mert néha nem a villamos sérülés oldalán lévő agyvelőfél, hanem az ellenkező oldali agyvelőfélen, esetleg mindkét oldalon létrejött emboliákra következtethetünk a klinikai tünetekből. Mint ismeretes, az embolus agyvelőbeli útja kiszámíthatatlan, mert az egyik oldalról átvándorolhat a másikra az agyvelő érrendszerének sajátos szerkezete (circulus arteriosus Willisii) folytán. Az emboliák szeszélyes útjára céloz talán *C. Kaufmann*, mikor azt állítja, hogy a villamos áram következményei a központi idegrendszerben rendszerint nem felelnek meg valamely typusos kórformának s ezért mint ilyenek nehezen is értelmezhetők. Esetünk ismertetésével nem az a szándékunk, hogy kórjelzésünk valóságát bizonyítsuk, hanem annak a fontos lehetőségnek a kiemelése, hogy a villamos baleset után még hosszabb idő mulva is és sorozatosan jelentkezhetnek másodlagos tünetek és betegségek, melyek az erek sérüléséből, vérzésekből és vérkeringési zavarokból erednek.

Adenoma sebaceum-Pringle és fibromatosis subungualis, a neurofibromatosis-Recklinghausen tünetei.

Irta: *Kollarits Béla dr.*, közkórházi főorvos.

Polland 1916-ban 39 éves földmives férfibetegen látott, új kóralakot ismertetett fibromatosis subungualis (f. s.) néven, melyet rendkívül bizarr és jellegzetes képe és nagy ritkasága tesz különösen érdekessé, továbbá az a körülmény, hogy mint az az azóta megjelent néhány közleményből kitűnik, adenoma sebaceum-Pringle-vel (a. s. P.) és neuro-fibromatosis-Recklinghausennel (n. R) együtt szokott előfordulni.

Ugyanezt a kórformát *Dubreuilh* 1923-ban fibromes multiples du lit de l'ongle — a körömágy multiplex fibromái — elnevezés alatt közli. Az elváltozás 52 éves férfin jelentkezett, akinek nyakán ezenkívül még közel száz fibroma pendulum volt elszórva. 1926-ban *U. Saalfeld* 20 éves leány esetét ismerteti papillomata perionychalia beider Füsse néven. *Dobrotvorskaja* 1929-ben 38 éves nőbetegen a. s. P., papillomatosis linguae és psychés zavarral járó fibroma subunguale multiplex-et ír le, mely mint a két előbb említett eset, ugyancsak azonos a f. s. kórképével.

Busch 1931-ben morbus Pringle, subunguale Fibromatose, Papillomatosis cutis et mucosae, Mollusc. pendul. címmel 34 éves nőbeteget ismertet, akinek nyelvén, foghúsán papillomák, testén sok fibroma pendulum és ujjain f. s. volt jelen és hangsúlyozza, hogy e jelenségek fejlődési rendellenesség következményei lehetnek.

C. K. Valade 1933-ban A case for diagnosis jelzéssel 25 éves asszony megbetegedését ismerteti, kinél az elváltozás 12 éves korában kezdődött apró az a. s. P.-nek megfelelő gombostűfejnyi-borsónyi halvány tumorocskákkal az arcon, törzsön és a glut. tájon, később papillomás burjánzások keletkeztek a kéz- és lábujjak körmei körül és alatt. A beteg növérének hasonló elváltozásai voltak. A betegséget *Parkhurst* a. s. P.-nek, *Fisher* n. R.-nak nézte.

Enokov 1933-ban typusos f. s.-ban szenvedő 24 éves nőbetegen a. s. P.-t és n. R.-t látott.

Nimpfen 1933-ban közölt esetében f. s. mellett a. s. P., n. R., a foghus fibromái, sklerosis multiplex és epilepsia volt jelen. Közleményében utal az a. s. P. és a n. R. közeli rokonságának lehetőségére.

Saját esetünk, mely a. s. P.-vel és véleményünk szerint a n. R. csonkult alakjával társult, a kilencedik a szakirodalomban.

Sz. S.-né, 74 éves, közepesen fejlett, kissé elhízott nőbeteget 1934. január 26-án vettük fel. Betegsége az arcon 10—12 éves korában kezdődött, különösen feltűnő lett 40 éves korában, a klimax beálltával, amikor kéz- és lábujjain csomók keletkeztek és körmei elváltoztak. Ugyanakkor kezdődött köldöksérve is. Hasonló megbetegedés, epilepsia, családjában

nem fordult elő. Baját eddig nem kezeltette. — A beteg csont és izomrendszere eltérést nem mutat. Gyermekfejnyi köldöksérv. A szív minden irányban megnagyobbodott, a szívhangok halkak, tiszták. Egyforma középtág, kerek, fényre és alkalmazkodásra jól reagáló pupillák, csökkent patellareflexek. Kisebbfokban csökkent intelligentia. A retinán, a látóidegfőn eltérés nincsen. Wassermann és präcip. reactiók: — A vizelet rendellenességet nem mutat. — A senilis arcbőrön és a nyak bőrén számos apró értágulás, nagyszámú, szeplőszerű, apró pigmentfolton kívül, különösen a homlok közepén, a két sulc. nasolabialis felső része körül, az áll közepén sok puha tapintatú, gombostűfejnyi-kendermagnyi sárgásvörös göb látható. A pofa nyálkahártyáján mindkét oldalt több gombostűfejnyi, sárga, kissé kiemelkedő faggyúmirigy *(Fox-Fordyce.)* A lágyszájpadláson diónyi nagyságú kemény fibroma. — A test kissé senilis atrophiás bőrén elszórva számos, legfeljebb lencsényi, élénkvörös-kékesvörös, értágulásos késői anyajegy, (points rubis) néhány babnyi-mogyorónyi fibroma pendulum és több lencsényi-fillérnyi halványbarna pigmentfolt. — A balkéz kisujján, a jobbkéz kö-

zépsőujján, a balláb 3. és 4. ujján a körömágyból kiinduló, kis mogyorónagyságú, keménytapintatú daganat van, mely a körömágyat az ujjhegy felé tolja. Mindkét hüvelykujjon, a két nagyujjon a körömágyból kiinduló kemény, száraz, hyperkeratosisos felszínű, papillómás növedékek vannak, melyek részben a körömre fekszenek, részben a körmöt helyéről eltolni igyekeznek. A jobbláb 2. ujján nagymogyorónyi, a 3. ujjon galambtojásnyi, kocsonyás tumor foglal helyet, a körömágy a talpi oldalra fordult, a köröm elvékonyodott, 2—3 mm-re megrövidült, repedező, atrophiás. — Csaknem valamennyi köröm részben dislocált, fénytelen, repedező,

hosszirányú rovátkoltságot mutat. Egyes körmök elvékonyodottak, mások megvastagodottak. Több körmön hyperkeratosis subungualis. — *Szövettani vizsgálat:* 1. az arcról kimetszett készítményben megnagyobbodott faggyúmirigyek körül megvastagodott kötőszöveti rostozat, tágult, megszaporodott hajszálerekkel. 2. A lábról vett készítményben a hám helyenkint hyperkeratosisos, a str. granul. szélesebb, kifejezett akanthosis. A papillák lelapultak, a sejtszegény cutisban sűrű, vaskos, párhuzamosan és keresztbefutó kötőszöveti rostok, kevés számú, vékony hajszálerek. Rugalmas rostok csak a daganat szélén vannak.

Az eset elbírálásakor felmerül az a kérdés, vajjon a f. s. mellett jelenlevő a. s. P., másrészt a betegen látható egyéb bőrelváltozások, a bár kisebbfokú intelligentiafogyatkozás véletlenül találkoztak-e, vagy nem vezethetők-e vissza valamely közös eredetre.

Az irodalomban sok közleményt találunk, melyek az a. s. P. és a n. R. együttes előfordulását említik. Sőt *Nobl* a két kóralak szoros összefüggését, közös eredetét tételezi fel, *Payenville* az a. s. P.-t a n. R. fontos bőrtünetének, *Metschersky* egy variánsának tartja.

Kétségtelen, hogy a n. R.-nak kifejezett alakjain kívül csonkult alakjai (forme fruste) is vannak, mint pl. *Feindel* és *Oppenheim esete*, amelyben csak fibroma pendulumok, elszórt vagy csak egyes nagyobb fibromák, fibromás elváltozások a szájban, pigmentfoltok, értágulások, kisebb-nagyobb intelligentiafogyatkozás vannak jelen, mely tünetek nagyrésze betegünkön fellelhető. Ez nemcsak a f. s. és az a. s. P., de ezek és a n. R. közötti összefüggésre mutatnak, mint azt már *Enokov* megállapította.

J. Heller az 1927-ben megjelent, a körömbajokat tárgyaló monographiájában azt mondja, hogy a n. R.-nál igazi körömelváltozások nem fordulnak elő.

Ezzel szemben *Valade*, *Enokov*, *Nimpfen* felsorolt eseteiben kifejezett n. R. mellett voltak, *Dubreuilh*, *Dobrovoskaja*, *Busch* említett közleményeiben a n. R. csonkult alakját kísérték oly súlyos körömelváltozások, mint aminőket betegünkön láttunk.

Mindenesetre feltűnő és figyelemreméltó, hogy az eddig ismeretes kilenc f. s. eset közül háromban kifejezett, négyben a n. R. csonkult alakja volt jelen.

De a három kórforma is előfordulhat egymás mellett: ilyent említ *Dobrovorskaja*, *Busch*, *Valade*, *Enokov*, *Nimpfen* közlése és ilyen saját esetünk. Kilenc közül tehát hat mutat a három megbetegedés összefüggésére.

A három kórformának hasonló, fibromás jellegű histologiai képe is szoros összefüggésükre utal, úgyhogy sem az a. s. P., sem a f. s. nem állhat meg mint önálló megbetegedés, de az elmondottak után előbbit a n. R. ritkább, utóbbit nagyon ritka tünetének kell tartanunk.

Miután pedig a n. R.-ról tudjuk, hogy csiraplasmás eredetű, ekto- és mesodermás fejlődési zavar okozta systhema-megbetegedés, genodermatosisos dystrophia, melynek különböző formái vannak, aszerint, hogy hol az ekto-, hol a mesoderma részvétele a kifejezettebb, nemcsak az a. s. P., de a f. s. oka is ilyen fejlődési zavarban található meg.

RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL.

Két holttest feldarabolásának érdekesebb esete.

Irta: *Haranghy László dr.*, egyetemi magántanár, kórboncnok főorvos.

Holttestek szétdarabolását rendszerint a bűncselekmények leplezése céljából szokták végezni. Az ilyen, úgynevezett defensiv holttest darabolásokkal ellentétben az elmebetegek, különösen elmebeteg anyák által végzett hasonló ténykedések többnyire nélkülözik a céltudatosságot s rendesen csupán különböző csonkításokból állanak, bár ismeretesek olyan esetek is, ahol az elmebeteg a holttestet sok darabra vágta szét. Hasonló eset fordult elő újabban Jánoshalmán s az eset, mint a holttestek igen nagyszámú darabra való szétvágásának extrem példája, általánosabb érdeklődésre tarthat számot. Az eset rövid leírása a következő:

M. J. jánoshalmi lakos 1935 május 5-én reggel 9 órakor meg akarta a tanyán lakó szüleit látogatni. A tanya udvarában M. Gy. nevű bátyját találta, ki egy nagy konyhakéssel hússzerű anyagot darabolt s a darabokat a mellette levő vesszőkosárba dobálta. M. J. kérdésére, hogy mit csinál, bátyja azt felelte: »Darabolom az öreg szülét, s az öreg bent van a kamrában«. M. J. megijedve, a tanyáról eltávozott s a csendőrséget értesítette. A helyszínre siető vitéz Kazinczy Gergely dr. községi orvos és a csendőrök a következő helyzetet találták: Az udvaron álló M. Gy. véres kézibaltát tartott s véres keze és véres ruhája izom- és zsírszövetrészletekkel volt szennyezve. A több helyen vértócsás udvaron, a pincelejáró mellett, körülbelül $^2/_3$ részig apróra vagdalt emberi testrészekkel megtöltött, kb. 100 literes vesszőkosár, mellette béldarabokat tartalmazó szakajtó feküdt s kissé távolabb véres tuskó és szétkent agyvelőrészletekkel fedett rongypokróc volt található. A tanya folyosóján elgörbült pengéjű véres ásó állott. A szélső lakószobában a föld és több helyen a fal vérrel volt szennyezve. Az egyik felvetett véres ágyban izom-, zsírszövet-, agyvelőrészletek, csontszilánkok voltak fellelhetők, a másik ágy és az ajtón függő törülköző is véresnek mutatkozott. A lakószoba melletti kamara sarkában levő burgonyarakást összevagdalt holttestrészek fedték s a burgonyarakás mellett véres konyhakés feküdt.

A szétdarabolt holttestrészek számát annál kevésbbé lehetett pontosan meghatározni, mert a lencsényi, mogyorónyi holttestdarabok egyrésze a szobában, kamrában és az udvarban szétszóródott, másrészt a holttestrészek halmazatában az összeszáradt, egybeolvadt, apró holttestdarabkákat, csontszilánkokat nem lehetett egymástól biztosan elkülöníteni. Ennek figyelembevételével a nagy vesszőkosár körülbelül 2700 lencsényi-mogyorónyi nagyságtól lúdtojásnyi nagyságig terjedő, többször lebenyesen összevagdalt holttestrészt tartalmazott, amelyek között bőr-, izom-, zsírszövet-, máj-, tüdő-, vese-, agyrészletek, 2—5 cm nagyságú csontdarabok, durván letisztított, 5—6 cm-re tördelt bordarészek, ½—1 csigolyanagyságnak megfelelő gerincoszlopdarabok s nagyjában letisztított tenyérnyi nagyságú koponyacsontrészek voltak felismerhetők. A szakajtókosárban 30 drb, bélsárral kevert, 20—30 cm. hosszúságú vékony- és vastagbéldarabok feküdtek. A kamrában a burgonya tetején levő, kb. 1200 holttestrész között egy teljesen ép kézfej volt fellelhető. Ezen a helyen a holttestdarabok általában nagyobbak voltak, mint a vesszőkosárban, de az ökölnyi nagyságot nem haladták túl s itt is számos mo-

gyorónyi nagyságú holttestrész volt található. A holttestdarabokat az említett kézfejen kívül bőr-, izom-, zsírszövet, különböző zsigerek részletei, továbbá három összefüggő lábujj, végtagcsontok fejecsei, 10—15 cm-re vágott csöves csontdarabok, durván letisztított borda- és gerincoszloprészletek alkották.

A nyomozati adatok szerint a holttestrészek a 62 éves id. M. Gy. és 55 éves M. Gy.-né, a tettes szüleinek tetemeiből származtak. M. Gy. előadása szerint apja délelőtt 10 órakor burgonyáért ment a kamrába s ezalatt ő az istállóból kihozott egy ásót s mikor apja a kamrából távozott, hátamögé kerülve, az ásó élével fejére mért csapással leütötte. Ezután bement a szobába s menekülő anyját ásóval szintén agyonverte. Anyja holttestét saját ágyára helyezve, rögtön hozzáfogott a holttest feldarabolásához. Amikor a tetem fejét és végtagjait feldarabolta, apja udvarban levő holttestét kezdte szétvágni s a holttestrészeket a kamrában levő burgonyarakásra szórta. A holttestek feldarabolásához kézibaltát s nagy konyhakést (32 cm hosszú) használt, közben cigarettázott s estefelé kenyeret evett. A holttestek feldarabolását lámpagyujtás után is folytatta, amíg el nem álmosodott, s ekkor anyja még meglévő holttestrészeit egy másik ágyra tette át s a vértől átivódott ágyba feküdt le aludni. Reggel előbb apja holttestét kezdte darabolni, majd anyja tetemének darabjait vitte az udvarra s az ottani tőkén apróra felvágott részeket vesszőkosárba gyüjtötte. A beleket külön szabdalta fel apró darabokra s ezeket szakajtókosárba, a többi tetemrészektől elkülönítve, halmozta fel. Az udvaron talált reá reggel 9 órakor öccse, tehát a holttestek feldarabolása, ha 10 órai alvási időt számítunk, körülbelül 10—13 óráig tarthatott.

M. J. szerint bátyja 19 éves kora óta elmebeteg s rajta időnként erős izgatottság mutatkozik. Az elmeorvosi vizsgálatkor a 32 éves, hydrokephaliás koponyájú, lárvaszerű arckifejezéssel bíró M. Gy. kataton és stereotyp tünetek mellett az érzelemvilág sivárságát és az undorérzés eltompulását szembeötlőleg mutatta. Közönyösen adta elő, hogyan vagdalta szét szülei holttestét s hogyan feküdt le aludni a vértől átivódott ágyba. Megjegyezte, hogy csak azért vacsorázott kenyeret, mert a krumpli fővetlen maradt. Elmondta, hogy kenyérevés, cigarettasodrás alatt véres kezeit nem mosta meg, csak egyszer-másszor megtörölte. A feldaraboláshoz használt véres, zsíros késsel szelte a kenyeret s bár kenyere »megcsirízesedett«, megette azt. Amikor szülei holttestét megfogta, érezte, hogy melegek s ebből arra következtetett, hogy az ütés még mindig fáj nekik s ezért apróra vágta őket. Amikor anyjának fejét és végtagjait már levágta, a fájdalomtól a törzs még mindig mozgott, mert nagy darabban volt s nem tudott kihülni s ezért az udvarra vitte a holttestrészeket, ahol a tőkén jól fel tudta azokat aprítani. Kérdésre, hogy miért ölte meg szüleit, mindig azzal felelt, »hogy ne legyenek«. Elmondta, hogy közvetlenül apja megölése előtt az istállóban és a tanya mögött a föld alól férfi- és női hangokat hallott, de azok értelmét a megfigyelés alatt egyetlen alkalommal sem volt hajlandó elárulni s hangoztatta, hogy nem mondhatja meg, miket hallott. Említette, hogy sokszor fordult elő, hogy a föld alól beszéltek hozzá, de határozottan állította, hogy a hangok soha nem szólították fel semmire s nem azért ölte meg szüleit, mert valaki parancsolta, mert félt valakitől, hanem azért, »hogy ne legyenek«. Kérdésre, hogy másnap miért nem ölte meg öccsét is, ismételten csak annyit felelt: »erről nem volt szó«.

A katatoniás dementiában szenvedő betegeknél a különböző érzékcsalódások, főleg hanghallások gyakoriak, azonban a hallucinatiók izgalmi jelenségekben való szerepét a betegek jellemzően tagadják s állítják, hogy nem parancsoló hanghallások hatása alatt tényked tek s a betegek cselekményeinek teljes motiválatlansága alapos vizsgálattal rendszerint ki is derül. M. Gy. esetében a holttestek feldarabolásának bizarr indokolása, a holttestrészek stereotyp jellegű felaprítása (a külön gyüjtött belek, közel egyforma darabokra felszabdalása) a katatoniás dementia kórképébe jellemzően illeszthető be. Ellenben a szülők megölésének okát érdekesen világítja meg a beteg azon megjegyzése, hogy testvérét szüleihez hasonlóan azért nem támadta meg, mert erről nem volt szó, továbbá a beteg azon kijelentése, hogy a szülők megölését közvetlenül megelőző hanghallásainak tartalmát nem árulhatja el, holott a cselekmény minden egyéb mozzanatáról közönyösen számolt be. A szülők megölésével kapcsolatos parancsoló jellegű hallucinatiók s azok elmondását tiltó hanghallások ezek alapján nagy valószínűséggel feltételezhetők s így az eset olyan ritkább katatoniás kórkép példája, ahol a stuporos szakot felváltó izgalmi jelenségek oka parancsoló jellegű érzékcsalódásokban kereshető.

LAPSZEMLE

Sebészet.

Ritka kulcscsontficamok kezelése. *H. J. Lauber.* (Der Chirurg 1935. 22.)

A kulcscsont ficamodásai között a leggyakoribb a supra acromialis és legritkább a supra spinatus ficam, melyek egyöntetűen a vállizületre oldalt ható erőbehatás következtében jönnek létre a kulcscsontot rögzítő szalagok szakadása útján. A kulcscsontficamodások kezelésének feltétele a jól tartó rögzítés, ami rendesen igen nagy nehézségekbe ütközik. A szerző két eset kapcsán a rögzítésnek újabb irányelveit foglalja össze. Az egyik esetben a supra acromialis ficamot mély altatásban helyretéve, a bőrön, acromionon és kulcscsonton keresztül fúrt dróttal rögzítette, a drótot hat hétig helybenhagyva, eltávolította, mely idő letelte után a beteg teljes működésképes vállizülettel gyógyult. A másik esetben a szalagok elszakadása útján hátra, a lapockatövis fölé ficamodott a kulcscsont. Ebben az esetben a helyrehúzás teljesen elemelt, vízszintes irányban oldalfelé húzott felkarral volt lehetséges, miért is a rögzítést drótextensióval és a felkarnak 110° fokos elemelésével érte el. A húzást négy hét múlva megszüntetve, a vállizület teljes működésképessége visszatért. Az elért eredmények alapján a szerző mindkét eljárást igen célravezetőnek tartja. *Ifj. Verebély Tibor dr.*

A negativ cholecystogramm értékelése a gyors intravenás cholecystographia esetén. *F. Berner.* (Der Chirurg 1935. 21.)

A peroralis cholecystographiának több hátránya van, így az, hogy különböző más szervekből eredő megbetegedések (gyomortonus-zavarok, pl. Ratkóczy-féle cascadegyomor, vékonybélhasmenés, gyulladásos folyamatok a gyomor-nyombéltractusban, stb.) negativ cholecystogrammot idézhetnek elő, anélkül, hogy ennek jelenlétében az epehólyag állapotára következtethetést vonhatnánk. Ezen oknál fogva az epehólyagvizsgálatot osztályán kizárólag intravenásan adott tetragnosttal végzi. Eljárásának eredményei mutatják, hogy az intravenás cholecystographia klinikailag még akkor is értékelhető, ha az epehólyag nem telődik. Tizennyolc operált esetében az epehólyag intravenásan nem volt feltölthető s kövek voltak jelen, ami arra utal, hogy az intravenás cholecystographia esetén az epehólyag nem telődése elegendő bizonyosságot szolgáltat az epehólyag kóros elváltozására.

Szepessy Zoltán dr.

Rákos nyirokmirigy metastasisok kezeléséről, párisi tapasztalatok alapján. *Fehr.* (Der Chirurg 1935. 16.)

Hogy a rákos nyirokmirigy metastasisok kezelésében még mindig nem egységes a felfogás, azt legjobban bizonyítja az, hogy a primaer daganatból kigyógyultak fele még mindig elpusztul mirigyáttételekben. A kezelés maga lehet sebészi, röntgen, radium, vagy ezeknek combinatiója. A *sebészi* kezelésben elv a radicalis eltávolítás, mélyen az épben. Az összes mirigyek eltávolítandók. Az eredményes sebészi beavatkozásnak természetesen határt szab az eset súlyosságának foka.

A rendelkezésünkre álló *röntgenkezelés* leginkább a Goutard-féle portrahált-fractionált besugárzás alakjában használatos.

A *radium*-kezelésben a tűzdelés és moulage-val történő applicálás után most a telecuriethérapia lépett előtérbe, vagyis a nagymennyiségű radiummal végzett távoli besugárzás. Ez utóbbi most van kialakulóban. A párisi radiumintézetben egy 8 gr-os és egy 2 gr-os radimágyú áll üzemben. A röntgen- és radiumsugárzás közt lényeges különbség nincsen. *Regaud* szerint a gamma-sugárnak nagyobb az elektivitása; a röntgen inkább nagyobb területek besugárzására alkalmas, míg a radium kisebb felületen nagyobb mélyhatással sugároz.

Műtét előtti besugárzásra a daganat tömege megkisebbedik és határai élesekké válnak. A 3—4 hétre rá végzett műtét nem jár különösebb nehézséggel sem a vérzékenység, sem a hegesedés szempontjából. A besugárzás egyedül a legritkább esetben tünteti el a metastasisokat.

Radicalisan végzett *műtét után* a prophylactikus besugárzást *Regaud* elveti, mert szerinte semmivel sem javítja az eredményeket s helyette a beteg gondos ellenőrzését ajánlja.

A már létrejött recidivát sugarasan kezeli. Mások a prophylactikus besugárzás hívei, különösen akkor, ha a műtét nem volt megnyugtatóan gyökeres. Ilyenkor a praedilectiós helyek erősebb dosist kapnak.

A kezelés időrendjére vonatkozólag elv, hogy előbb a primaer tumor kezelendő s 2—3 hétre rá a mirigymetastasis, amikor már az elsődlleges daganat gyógyítása sikeresnek látszik. E szabálytól akkor térünk el, ha a primaer tumor kicsi és a metastasis uralja a kórképet. A szerző a továbbiakban egyes testtájak szerint tárgyalja a mirigymetastasisokat és azok legelőnyösebb kezelését. *Rigler András dr.*

Szülészet.

A tejelválasztás hormonalis megindítása a szülés után. *E. J. Kraus.* (Klin. Wschr. 1935. II. 1715.)

Más szerzők régebbi vizsgálatai alapján igen valószínű, hogy a hypophysis elülső lebenyében a fősejtek a placenta folliculinjának hatására alakulnak át terhességi sejtekké. Ez a folyamat szükséges feltétele a lactatio megindulásának; állat hypophysectomizálása 2—4 nappal a szülés után a tejelválasztást rögtön megszünteti. A szüléskor a placenta kilökődése után megszűnik annak ingere a hypophysisre, a terhességi sejtek rohamosan visszaalakulnak. *Kraus* valószínűnek tartja, hogy hormonjuk, a prolactin, eközben nagy mennyiségben kiszabadul és kiváltja az emlőmirigy működését. *Perémy dr.*

A méhfenék mozgatásának diagnostikus jelentősége a medencevégű fekvés korai felismerésében. *R. Knebel.* (Zbl. f. Gyn. 1935. 34.)

A méhfenék ingaszerű mozgatása a terhesség előrehaladottabb idejében, valamint a szülés kezdetén (amíg az előlfekvő rész még mozgatható) jól felhasználható a magzat fekvésének megállapítására. Ha a fundusnak harántirányú, ingaszerű mozgatását, mellyel a még be nem illeszkedett előlfekvő résznek hasonló mozgása jár együtt, belső vizsgálattal kapcsoljuk össze, akkor az előlfekvő résznek nagyobb felülete kerül vizsgáló kezünk tapintó körébe, ami annak felismerését, valamint a térviszonyok pontosabb megállapítását elősegíti. Külön vizsgálat alkalmával az előlfekvő részt a symphysis felett tenyerünkkel, vagy a Leopold-féle III. műfogással rögzítve s a méhfeneket harántirányban mozgatva, koponyafekvés esetén azt tapasztaljuk, hogy az előlfekvő rész a fundus ingamozgását nem követi, medencevégű fekvés esetén ellenben a magzathenger hossztengelye kétkarú emelőként szerepel s az előlfekvő rész a fundus mozgatásakor ezzel ellenkező irányban tér ki. A méhfenék mozgatásával kapcsolatos ezen viszgálatokat legcélszerűbb kőmetsző helyzetben végezni. *Jäger Margit dr.*

A vizelet-incontinentiáról és a Göbell—Stoeckel-féle eljárás sebészi kezeléséről. *Stansa.* (Zbl. f. Gyn. 1935. 36.)

Egy vizelet-incontinentiában szenvedő betegén végzett Göbbel—Stoeckel-féle műtétéről számol be. Az 50 éves beteg két év óta incontinens, különösen testi megerőltetéseknél. 32 év előtt nehéz szülése volt. A három szakaszban végzett műtét a legteljesebb sikerrel járt s a beteg continenssé vált. Öt évvel később a kontroll-vizsgálatkor a beteg teljesen panaszmentes volt. *Hufnagel Kálmán dr.*

Gyermekgyógyászat.

Pyoktanin hatása a diphtheriabacillusokra. *Bernecker.* (Kinderaerztl. Praxis 1935. 437.)

Torok- és orrdiphtheriaeseteket, továbbá bacillusgazdákat kezelt 3%-os Pyoktanin-oldattal. Torokdiphtheria esetében a garatot és mandulákat ecsetelte, orrdiphtheria esetében orrba cseppentette a Pyoktanint, minden esetben kétszer naponta. A diphtheriások, illetőleg bacillusgazdák ilyen kezelés mellett csaknem kivétel nélkül a 7—8. napon bacillusmentesek lettek. Csupán azok a gyermekek bizonyultak resistenseknek, akiknek egyidejűleg otitisük is volt. *Teveli Zoltán dr.*

A szamárköhögés agyi complicatiói. *Zischinsky.* (Kinderaerztl. Praxis 7.)

A szerző két csoportba osztja a szamárköhögés agyi complicatióit. Az elsőbe tartoznak: 1. pertussisos agy, 2. a sinusthrombosis és 3. vérzések az agyban és az agyhártyákban; a másodikba genyes agyhártyagyulladás.

A pertussisos agy anatomiai alapja az agynak és az agyhártyáknak az oedemája és vérbősége. Klinikai megnyilvánulása igen sokféle. Főbb tünetei a laryngospasmus, az ájulással járó tonikus-clonikus görcsök, melyek olyan nagyfokúak lehetnek, hogy a status ecclamptikus képe áll elő. A liquorban legtöbbször mérsékelt nyomásfokozódás és folyadékszaporodás van.

A sinusthrombosis, az agyi venák thrombosisa, valamint az agyban és agyhártyákban létrejövő vérzések ritkán kerülnek szem elé. Ezek tüneteket alig okoznak és klinikailag elkülöníteni őket egymástól nem lehet. A liquorvizsgálat is cserbenhagy.

A genyes agyhártyagyulladás is ritkán fordul elő. Tüneteit illetőleg a klinikailag negativ lelettől a meningitis képéig minden átmenet lehetséges. A liquor feltűnően gyakran normalis.

Differentialdiagnosis a praxisban ezek között alig lehetséges. Prognosis rossz. Még leginkább a pertussisos agy esetében lehet gyógyulásra számítani, de ez is ritka. Therapia tisztán tüneti. *Barabás István dr.*

Diabeteses anyák újszülött csecsemőinek spontan hypoglykaemiája. *Randall—Rynearson.* (Proc. of the staff meetings of the Mayo clinic. 10.)

Az insulinaera előtt a terhesség a diabeteses anyáknak súlyos veszedelmet jelentett. Az insulinnak a therapiába történt bevezetése óta ez a veszedelem nagymértékben csökkent, a szülések kellő kezelés mellett rendes lefolyásúak. A magzatok mortalitása azonban még így is igen nagy maradt. Egyesek szerint a diabeteses anyák magzataiban a Langerhans-szigetek kompenzálóan hypertrophizálnak és nem lehetetlen, hogy az újszülöttek hypoglykaemiában pusztulnak el. Egy ilyen esetet volt alkalmuk a szerzőknek észlelni. Egy diabeteses anya újszülött csecsemőjén röviddel a szülés után cyanosis, convulsiók támadtak. A vércukor 43 mg% volt. Dextrose adagolására a tünetek visszafejlődtek és az újszülöttet sikerült életbentartani. *Gömöri dr.*

Szemészet.

A macula lutea korongalakú degeneratiója. *Kahler* és *O'Brien.* (Archives of Ophthalmology 13. 1935.)

Tizenöt eset tanulsága alapján szerzők úgy találják, hogy a macula korongalakú degeneratiója bár nem mindennapi megbetegedés, mégis elég gyakori ahhoz, hogy figyelemre méltassuk. Generalizált arteriosclerosissal kapcsolatos bántalom tünetei a macula luteán kiemelkedő szürkésbarnás tömeg, körülötte pigmentizáltság és vérzések. Ilyen állapotban összetéveszthető a sarcoma chorioideaeval. Különbség az, hogy a degeneratio disciformis mindig kétoldali, szemben az egyoldali sarcomával, csak a macula luteán van, míg a sarcoma mindenfelé terjed és mindenfelől kiindulhat és a sarcoma retinaleválással jár, ami nincs a degeneratio disciformisban. *László György dr.*

A záradékblennorrhoea felnőtteken (paratrachoma). *Marchesani.* (Klin. Monatsbl. f. Aug. 1935. 95. 401.)

Egy orvosnőnek szülés alkalmával magzatvíz freccsent a szemébe. Kiöblítés és syrgol becseppentés. Tizennégy napi incubatio után trachomához hasonló megbetegedés mutatkozott mindkét szemen. A hámkaparékban tömeges záradéktestek mutathatók ki. Ezen megfigyelésnek a záradéktestek genitalis eredetét illetőleg igen nagy tudományos jelentősége van. *Fodor Géza dr.*

Focalis infectio révén keletkezett neuritis retrobulbaris. *Passow.* (Klin. Monatsbl. f. Aug. 95. 4020.)

Passow már régen foglalkozik a fogeredetű neuritis retrobulbarissal s számos esetben találta a szemidegbántalom okát cariosus, stb. fogakban. Legutóbbi esetében a fogakról készített röntgenfelvétel segítette az aetiologia tisztázásához. A beteg fogak eltávolítása után a paciens látásélessége rohamosan javult, centralis scotomája nem volt többé kimutatható. Szerző hangsúlyozza, hogy nem elegendő a fogak külső vizsgálata, mert a baj sok esetben csak röntgenvizsgálattal mutatható ki s ennek elvégzését minden esetben fontosnak tartja. *Biró Imre dr.*

Embolia centralis retinae acecholinnal gyógyult esete. *M. de Vaucleroy.* (Annales d'ocultistique 171. 165.)

Szerző egy betegéről számol be, aki jobb szemére hirtelen elvesztette a látását. Szemtükri vizsgálat embolia centralis retinae jellegzetes képét mutatta. Az egész retina vértelen. A szemgolyót massálta, majd 20 ctgr acecholint fecskendezett be intramuscularisan s 48 órával az embolia keletkezése után a véráram újra megindult, a szemfenék visszanyerte régi képét s a látásélesség ismét visszatért. *Biró Imre dr.*

A glaucomás chaos. *Bonnefon.* (Sciences médicales de Bordeaux.)

Szerző elveti a chronicus glaucoma fogalmát. A secundaer hypertensiok mellett háromfajta glaucomát különböztet meg: 1. statikus glaucoma. Synonimák: glaucoma simplex, glaucoma hypertensio nélkül, stb. Kiegyensúlyozott hypertensio jellemzi. Teendő: Lagrange műtét. 2. Dynamikus glaucoma három typussal: acut, subacut és chronicus. Közös vonás a vasculo-humoralis egyensúly felbomlása. Therápia: iridectomia = sympathektomia. 3. Compensált glaucoma, ez dynamikus glaucoma, mely kifejlődése folyamán kiegyensúlyozott hypertensiot hoz létre az elvezető utak, colmatagé-a által. Itt is jó a Lagrange. *Grósz István dr.*

Bőrgyógyászat.

A gonorrhoea biologiai diagnosisáról. *Poomann.* (Zbl. f. H. u. G. 50. 1—2.)

A gonorrhoeának serologiai diagnostikájára irányuló kísérletek kb. 30 évesek. 1906-ban Müller és Oppenheim, később Bruck seroreactiójukban syphilises máj helyett antigenül gonococcus extractumot használtak. A seroreactio különösen azon esetekben javalt, hol a gonococcusok mikroskopiai kimutatása nem sikerül. Complicalt gonorrhoeában (epididymitis, prostatitis, adnexitis) a seroreactio 100%-os positiv eredményt ad. Szövődmény nélküli idült kankó esetén szintén positiv az eredmény, a reactio negativvá válása a gyógyulás jele. *Fontana* és *Lederer* antigenül arthigont alkalmaztak, eredményeik teljesen bizonytalanok. *Tulloch* csupán 6%-nyi különbséget talált a reactio és a mikroskopiai lelet eredménye között. *Montpellier* és *Lacroix* acut gonorrhoeaban 88, chronikusban 25, complicatiókban 63%-ban kapott positiv eredményt. *Cohn* szerint a complementkötési reactio más diagnostikai segédeszközök mellett jól alkalmazható. *Heiner* számos más szerzővel egyetemben a reactiót specifikusnak tartja s ezek a szerzők megállapították, hogy a reactio két-három héttel a fertőzés után positiv, a kezelés befejezése után pár hónappal negativ eredményt ad. A reactio a korai diagnosis felállítását nem segíti elő, mert a fertőzés után csak két héttel válik positivvá. *Blumenthal* 5, *Sommer* 2·8, *Marquard* 3—4, *Nagel* 5—7, *Orpwoed* 0·03%-ban kapott hamis eredményt. Igen sok szerző nagyrabecsüli a reactiót izületi elváltozások esetén és azt állítják, hogy az eseteknek egy bizonyos százalékában a gonorrhoeás aetiologia felállítása csak a positiv reactio segítségével lehetséges. *Price* szerint a mikrococcus catarrhalis révén gyakran hamis eredményeket nyerhetünk. Számos szerző fontosnak tartja a reactiót női kankó esetén, főleg adnex tumorban, gyermekek acut és subacut vulvovaginitis esetében, a szemészeti praxisban pedig a gonorrhoeás iridocyclitis eseteiben. Quadrat liquorral, *Kling* és *Pinkus* a reactiót sinovialis folyadékkal végezték el. A reactióban fontos az antigen megválasztása, azt mindig több gonococcus törzsből kell előállítani. Egyesek lipoid-, mások antiformin antigent alkalmaztak, *Pieper* és *Wolfenstein* a compligont tartja a legtartósabbnak.

Koehler szerint, ha arthigon intracutan alkalmazására positiv reactio jelentkezik és ha ezen reactio 14 órán keresztül állandó marad, úgy a gonorrhoea diagnosisát felállíthatjuk. *Rajka* allergiás bőrreactiókkal 85%-ban kapott positiv eredményt. *Fülöp Gyula dr.*

Elvégezhető-e a suboccipitalis punctio a nemibeteggondozók ambulantiáján? *H. Wilde,* Essen. (Mediz. Klinik 26. 1935.)

1934 május óta 119 esetben végezte el syphilises betegeken a punctiót ambulanter. Tapasztalatai alapján hangsúlyozza, hogy a suboccipitalis punctiót ambulanter is veszélytelenül lehet elvégezni, még abban az esetben is, ha a rendelőintézet emeleten van, vagyis a punctio után a betegeknek lépcsőn kell járniok. *Szép Jenő dr.*

Súlyos ártalom solganal-B következtében. A szervek aranytartalma. *J. Halberkann.* (Münch. med. Wschr. 30. 1935.)

36 éves asszonyt szállítottak a klinikára igen leromlott állapotban. Vörösvérsejtszám: 740.000, leukocyta-szám: 1200, 90% lymphocyta, 13% haemoglobin. Szétszórva a bőrben és nyálkahártyákban vérzések, ezenkívül agyvérzés tünetei. Izületi rheumatismus miatt előző év juniusától októberig solganal-B kúrában részesült, mégpedig olajos és vizes praeparatumot kapott, összesen 3 gr mennyiségben. A következő hasonló mennyiségű kúrát közvetlen felvétele előtt februármárciusban kapta. Két nappal beszállítása után a beteg meghalt. A boncolás kiterjedt vérzéseket állapított meg a bőrben és nyálkahártyákban, valamint a serosakon, ezenkívül lágyulásos góc vérzésekkel a bal homloklebenyben. A szervekben aranyvizsgálatot végzett és a bevitt arany 20%-át találta meg, vagyis a szervezet hihetetlen mértékben visszatartotta az aranyat. A lépben makroskoposan lehetett aranyflittert látni. A legtöbb arany a vesékben, lépben, májban, tüdőkben volt, tekintélyes mennyiség a foghúsban, csontvelőben, legkevesebb az agyban. Táblázatosan közli az eredményeket mg-ban, majd százalékosan a szervekhez arányítva és spektrographiásan is. Az aranyat a szervezet képes nagy mennyiségekben visszatartani, különösen olajos suspensióban. Feltűnőek az erek elváltozásai, jelen esetben is a haemorrhagiákat a kezelésre kell visszavezetni. Figyelemreméltó a vérképző szervek súlyos bántalmazottsága is. Legnagyobb óvatosságra int aranykezelésekkel szemben.

Schlammadinger József dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület dec. 21-i ülése.

Verebély T.: Szomorú, de az emberi érzések legnemesebbikéről, az önzetlen hálából fakadó szokásnak tesz eleget minden esztendőben a közgyűlés, amikor első szavát az év folyamán elköltözött társaknak szenteli. Mi orvosok, kiket az élet nagy problémáival állít szembe nap-nap után a hivatás, megilletődve kell hogy megálljunk minden megnyíló sír hantjai előtt, nemcsak mert ezek a rögök tudásunknak jelentenek át nem léphető határt, hanem mert közöttünk mindig marad rés, mely a lét és nem lét örök kérdéseire világít rá.

Egyéni tudás és akarás, remény és boldogság, küszködés és csalódás, bűn és erény omlik össze, lesz porrá és hamuvá ott a hantok alatt, melyekből új energiát termel a természet örök körforgása s virágokat fakaszt az emberi hála.

A lezáruló esztendőben különös kegyetlenséggel vágott rendet közöttünk a halált osztó sors. Minden egyes elköltözöttnek jusson mai este mégegyszer búcsúzó részünkről. De kettős gyászkerettel az Egyesület történetében az vonja be az 1935-ik esztendőt, hogy ami eddig példa nélkül all, két volt elnökét, utóbb tiszteleti tagját, legszebb korszakának két kiemelkedő, markáns alakját vesztette el benne Egyesületünk.

Az egykori főnök és kitűnő segédje, a teremtő mester és továbbépítő tanítványa, a nagy elöd és méltó utóda: *Tauffer Vilmos* és *Tóth István* fölött zárult le alig néhány hónap különbséggel a sír szája. Két kiváltságos ember életét kötötte össze a multban a legbensőbb összeforrás és barátság, két tudós emlékét fogja a jövőben címlapján őrizni a magyar tudományos irodalom egyik legnagyobb alapvető munkája, s két azonos tragédia pergett le sorsukban a jelen orvosnemzedéke előtt.

Ezt a két férfit, ki egész kivételes tudását, képességét, lelkét az anyaság megdicsőítésének szentelte, érte utól az emberi sors legnagyobb csapása, az a betegség, melytől mindegyik legjobban rettegett. Van-e a teremtésben nagyobb szenvedés, mint orvosnak az önmagán tudatossá vált kórral megvívni az utolsó harcot? Mindkettőn aggódva kísértük végig a rombolás előhaladó munkáját, s mégis mindkettőnek a halála mélységes megdöbbenést keltett közöttünk is, éppen tragikus voltánál fogva.

A magyar tudomány, a hazai anya- és csecsemővédelem, a tanítványok és barátok vesztesége semmivel sem nagyobb, mint a miénk, itt benn e falak között, hol ők vezetők voltak nemcsak névleg, hanem a munkában is. Vonuljon fel elválaszthatatlan emlékük elénk abban a visszapillantásban, melyet Tauffer Vilmos élete munkájának szentel *Frigyesi* igen tisztelt kartársunk, akinek ezzel átadom a szót.

Frigyesi J.: *Megemlékezés Tauffer Vilmosról.* Egész terjedelmében közlésre kerül az Orvosképzésben.

Verebély T.: Az élet i. t. Uraim, folyik tovább, mert a történésben nincs, nem lehet megállás. A régiek helyére újak sorakoznak; a multak emlékéből a jelenben bizakodás, a jövőben remény fakad, s mi, akik ebbe a körforgásba mint egyének vagyunk beillesztve, kötelességünket akkor teljesítjük, ha a multat és jövőt munkával összefűzzük. Ezért engedjék meg, hogy az emlékezésből a jelenre áttérve elmondjuk Önöknek az év munkáját s programmot adjunk a jövőre.

Salacz P. főtitkári jelentésében beszámol a pályadíjakról, melyek közül a Balassa jutalomdíjat a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat kiadásában megjelent Közegészségtan I. kötete c. munka szerzői: dr. *Lovrekovich István,* dr. *Tomcsik József* és dr. *Lőrincz Ferenc,* a Szenger Ede pályadíjat *Blazsó Sándor* »Tanulmány a fejlődő szervezet kén-anyagcseréjéről« c. munkájára kapta. A Friedrich Vilmos-féle jutalomdíjat ez évben nem adták ki. A báró Herczel Manó jutalomdíjjal *Klimkó Dezső* dr. »Az általános érzéstelenítés« c.

könyvét, a Budapesti Józsefvárosi Orvostársaság Bókay János emlékalapítvány jotalomdíjával *György Ede* dr. »Mastoiditis szerepe csecsemők toxicosisában« c. közleményét, a Mészáros Károly jutalomdíjjal dr. *Lőrincz Ferenc* »Parazitológia« c. munkáját, a Tauszk Ferenc jutalomdíjjal *Paunz Lajos* dr.: »A vesevérkeringés néhány problémájáról« szóló 1934/35. évben az Orvosegyesületben elhangzott előadását, az Orvosi Hetilap jutalomdíjával *Neuber Ede* professor »A debreceni I. oszt. elemi iskolás tanulók átvizsgálása egészségügyi szempontból az 1931—32. tanévben« című és az Orvosi Hetilap 1933. évf. 4. számában megjelent művét, s végül az id. Johan Béla jutalomdíjjal pedig dr. *Sümegi István* dolgozatait tüntette ki.

Ezekután felolvassa az újonnan jelentkezett 63 tag névsorát.

Verebély T.: A pályadíjakat nyert kartárs Urakat az Elnökség és az egész Orvosegyesület nevében őszinte örömmel üdvözlöm. Örülünk, hogy a mai nehéz időkben is ennyi kartársunk talált alkalmat és érzett kedvet a tudományos munkához, amelyről sokan szeretnék hirdetni, hogy a boldoguláshoz az életben hovatovább feleslegessé lesz. Örülünk, hogy a pályadíjakat jelképező szerény okmányokat ennyi kiváló társunknak adhatjuk át buzdításul, példaadásul és annak bizonyítására, hogy az Orvosegyesület megmaradt az a fórum, mely figyelemmel kíséri a tudományos élet megmozdulásait, s nem hiányzik ott, ahol tudományos érdemet kell elismerni. Kérjük hozzák el munkásságuk termékeit a jövőben is ide az Egyesületbe, hogy alátámasszák, vagy emeljék azt a szintet, melyet az Orvosegyesület idestova száz esztendeje a magyar orvosi tudományos életben jelent.

Vajda K. indítványt tesz, hogy határozza el a közgyűlés, hogy a Budapesti Kir. Orvosegyesület azon tagjai, akik több, mint 40 éven át fizették az évi tagdíjat és az Igazgató Tanácshoz intézett levélben lelkiismeretükre kijelentik, hogy sem vagyonuk, sem számottevő jövedelmük nincsen, a tagdíj további fizetése alól felmentést nyerjenek.

Az indítványt a közgyűlés egyhangúlag elfogadta.

Az orvosi kamara feladatai.

»Habemus papam«. Kamaránkat az országgyűlés megszavazta. Ezzel a ténnyel megszűnt az értelme minden kamaraellenes megmozdulásnak, a teendő nyilván az, hogy abból a kamarából, amely nem a mi képünkre és hasonlóságunkra teremtetett, igazságunk elismertetésére, érdekeink védelmére és céljaink elérésére alkalmas intézményt formáljunk. A belügyminiszter parlamenti beszédéből ennek a munkának kivihetősége határozottan kitűnik. El kell ismernünk, hogy a kamarakérdés megoldására a kormány sok időt és munkát fordított, ha saját általános politikai elvei miatt nem is teljesítette az orvosi rend és a parlamenti ellenzék kívánságait. Ez a gond annak jele, hogy a kormány az orvosi rend súlyát általános és egészségpolitikai szempontból mérlegeli, méltányolja. Szemmel láthatólag terjed a közegészségügy fontosságának elismerése, részben az egészségügyi propaganda és a betegségmegelőzés rendszerének előtérbenyomulása, részben a reformnemzedék orvostagjainak politikai szervezkedése miatt. Az O. T. B. A. és orvosi kamara ügye az orvostársadalmat a politikusok és napisajtó érdeklődésének homlokterébe állította és ha a rólunk való véleményalkotásban nem is érvényesült maradéktalanul a politikai érdektelenség és a tárgyilagos szakértelem, mégis nagyra értékelendő az a méltánylás, melyben rendünk és munkánk legtöbb oldalról részesült.

Ha a kamara egyebet nem is hozott volna, mint a minden orvost magábafoglaló keretet, akkor is örömmel kellene üdvözölni azért, mert legalább ebben a vonatkozásban megteremtette azt az orvosi egységet, amelynek szükséges voltáról minden orvostársadalmi kérdésekkel foglalkozó ember meg volt győződve. Ha kényszertársulás is a kamara, mégis csak alkalmas arra, hogy rendi ügyeinket azon belül vitassuk meg és inkább van remény a vélemény- és érdekellentétek kiegyenlítésére, mint akkor, ha az egyes csoportok egymás megismerése nélkül, külső tényezők segítségével próbálnak a más meggyőződésűek fölé kerekedni.

Az orvosi rend feladata tehát az, hogy a kamara adott kereteit használja ki a kari érdek védelmére, életbevágó kérdéseinket a kamarában vitassa meg, döntései után a kisebbség nyugodjon meg abban, hogy a kifelé képviselt egységes állásfoglalás a legfőbb érdek, mert a kamara súlyát csak ez adhatja meg. A kamara legfontosabb feladata az, hogy a közegészségügy folyamatban levő átszervezése során az orvosi szellem érvényesülését és irányítási lehetőségeit megteremtse. Karunk és rendünk legfőbb szociálpolitikai problémája a betegségi biztosítás. A kamara feladata tehát az, hogy a kötelező betegségi biztosítás közegészségügyi és orvosi szempontból megfelelő átszervezését kieszközölje. Ennek a munkának három főrésze van:

1. a kötelező betegségi biztosítás kiterjesztése a bérhatáron aluli keresettel bíró összlakosságra, foglalkozásra és munkaadóra való tekintet nélkül;

2. a betegségi biztosítás egészségvédelmi irányú átszervezése, úgy, hogy az egészségvédelmi tevékenység eredményes és szakszerű végzése az egységes alapelvek szerint működő betegsegélyző intézetek alapszabályszerű kötelességévé tétessék;

3. az orvosi kar anyagi, jogi és hatásköri helyzetének rendezése az orvosi munka egész területén, elsősorban az egészségügyi közigazgatásban és a betegsegélyző intézetekben.

Mindhárom pont bővebb tárgyalásra szorul. A betegségi biztosítás kiterjesztése (a kötelező rendszerben) a mezőgazdasági betegsegélyző intézet megszervezésével egyenlő. Erre az intézményre szükség van azért, mert a gazdatársadalom sem anyagi helyzeténél, sem egészségügyi kultúrájánál fogva nem tud magáról betegség esetén megfelelően gondoskodni és szükség van az egészségvédelmi szolgálat által feltárt bajok orvoslása érdekében is, melyek a faluegészségügy eredményes szolgálatának nagy akadályai; végül szükség van reá a falu orvosi ellátásának megjavítása, a letelepedés, megélhetés és az eredményes munkavégzés feltételeinek biztosítása céljából.

A betegségi biztosítás egészségvédelmi irányú átszervezése és egységesítése, célszerűsítése, — szervezeti és takarékossági szempontból szükséges. Erről a társadalombiztosítás különböző bajainak tömkelege, elsősorban a gyógyítási költségek emelkedése, a deficit és a panaszok, mindenkit meggyőzhettek. Az egészségvédelem csak akkor érhet el kellő eredményt, ha kellő anyagi eszközökkel, egységes szervezettel, elegendő orvosi és segédszemélyzettel rendelkezik, nevelő, védő és gondozó munkája minden rászorulóra kiterjed. Ezen anyagi eszközök nem tehetők a közönség és az állam pillanatnyi adakozó módjától és hajlandóságától függővé, — tehát fedezetükre más, állandó jellegű pénzforrást kell kijelölni; ez pedig csupán a betegségi biztosítás lehet, amelynek az egészségvédelem és betegségmegelőzés egyenes érdeke, hiszen a megbetegedések csökkenése a betegsegélyezés kiadásainak csökkenésével egyértelmű.

Az egészségvédelem csak akkor érhet el kellő eredményt, ha a körzeti rendszer úgy valósul meg, hogy az egyes körzetek összes lakosai egy orvoshoz és intézethez, védőnőhöz tartoznak. Ugyanis a körzet személyeinek és viszonyainak (kereset, lakás, erkölcsök, kultúra, helyi sajátságok) ismerete nélkül sem a körzet egészségügyi és szociális kataszterét felállítani, sem a teendőket helyesen megszabni, sem a terveket teljes mértékig végrehajtani nem lehet. Szükséges tehát, hogy az egészség-

védelmi vizsgálatok során felmerülő teendők elvégzésében az egyes betegsegélyző intézetek különböző alapszabályai ne jelenthessenek akadályokat és ne kívánjanak különböző eljárásokat.

Az a körülmény, hogy a betegségi biztosítás adminisztrációja túlméretezett, drága és bonyolult, az egységesítést — átszervezést — már csak azért is szükségessé teszi, mert az ilyen módon elérhető célszerűsítés és megtakarítás a betegségi biztosítás érdemi részében a teljesítőképesség (szolgáltatások) emelkedését hozná, ami az orvoskérdés méltányos rendezésének elengedhetetlen feltétele.

Lehetetlen ugyanis, hogy egy olyan intézmény, amelynek egyedül az orvosi munka ad létjogosultságot, ami csak akkor lehet megfelelő, ha az eredményes munkavégzés feltételeit biztosítja: az orvosok elnyomásával és megrövidítésével dolgozzék és anyagi egyensúlyát ezen a réven próbálja biztosítani. A háború utáni idők bőséges tanulságot szolgáltattak arranézve, hogy a szociális kérdés is csupán orvos-természettudományi alapon ismerhető és oldható meg helyesen; enélkül a szociológusok elméletei a megvalósítás során csupán hibákra, tévedésekre, visszaélésekre és bajokra vezetnek. A közegészségügy és egészségvédelem terén haladottabb külföld példái egyhangúan azt igazolják, hogy az orvos megbecsülése, méltányos javadalmazása és megfelelő hatáskörének biztosítása a viszonyok javításának elengedhetetlen feltétele. Belátta ezt az a Németország is, — amelyben a gyógyítás szabad ipar és a kuruzslók tömegei nyilvánosan működnek — amikor a gyakorlati eugenika terére lépett és az orvosoknak ebben a nemzeti szempontból óriási horderejű kérdésben vezetőszerepet biztosított.

Foglalkoznunk kell a kötött biztosítás keretében a szabad orvosválasztás kérdésével. Szerény véleményünk szerint e kérdés azonnal elveszíti jelentőségét, ha az orvosok megfelelő munkaalkalmairól, hatásköréről és javadalmazásáról intézményes gondoskodás történik, mert a mozgalom rúgója az, hogy a kenyértelen orvosok részt akarnak a betegségi biztosítók orvosi díjaiból. Szabad orvosi munkáról ugyanis a kötelező biztosítás minden vonatkozásban kötött keretei között szó sem lehet. A francia rendszer pedig, amely az orvos honorálását a betegre bízza és ennek fejében térítést ad, a mi kereseti, munka és egyéb (egészségügyi, kulturális) viszonyaink mellett teljességgel lehetetlen. Éppen ezért a külföldi példákra való hivatkozás csak akkor ad helytálló következtetésekre alapot, ha a kérdés megítélésében számottevő összes körülmények összehasonlításán — tehát ismeretén — alapul.

A kamara feladata tehát az, hogy keretében összefoglalt orvosok számára munkaalkalomról, megélhetésüket biztosító méltányos díjazásáról, az orvos intézkedőjogának megadásáról gondoskodjék. Ennek módja a betegségi biztosítás egészségvédelmi irányú átszervezése és a mezőgazdasági betegsegélyezés megalkotása. Miután ezen a réven a kötött keretek a közegészségügy egész területét kitöltik, újabb munkalehetőségek nem maradnak, kötött orvosi létszám betartására van szükség, amely számszerűleg az évi szükséglet arányában szabandó meg. Ez az egyetlen mód arra, hogy az orvosi kar újabb túltermelés révén leküzdhetetlen elhelyezkedési nehézségekbe ne ütközzék és ezzel az orvosi rend minden vonatkozásban újabb leromlás áldozatául ne essék.

A szocializálás ténye megköveteli azt, hogy az orvosok jólétéről intézményes gondoskodás történjék betegség, munkanélküliség és öregség esetére. Ha a nálunk sokkal kedvezőbb helyzetben levő gyógyszerészi kar számára tudott a kormány jóléti intézményt alkotni, úgy a kamara megfelelő állásfoglalása esetén ezt mi is elnyerhetjük. A kérdés csupán az, hogy e célból a szövetségi szervezetet és nyugdíjintézményt tartsuk-e meg, vagy kamarai nyugdíjintézetet létesítsünk. Etekintetben, úgy tudjuk, komoly és beható tárgyalások folynak, melyek jól megfontolt döntésének nem akarunk elébevágni. Mindkét megoldás mellett és ellen több érv sorakoztatható fel s a beavatottak bizonyára meg fogják találni a helyes megoldást.

Nem lehet kétségünk aziránt, hogy a már folyamatban levő és a közeljövőben tervezett közegészségügyi reformok az orvosképzés gyakorlati és egészségvédelmi irányú átszervezését szükségessé teszik. Ez pedig csak úgy érheti el kitűzött célját, ha annak részleteit az egészségügyi főhatóság, az orvoskari tanártestület, a szakorvosok, gyakorlóorvosok és az orvostársadalmi szervezetek parlamentáris szellemű, közös tanácskozás útján állapítják meg. Ezen messze jövőre kiható kérdés intézésére ugyancsak a kamara hivatott.

Mindent összevéve, látható, hogy a kamara előtt a súlyos problemák egész sora fekszik, amelyeknek helyes megoldása a kari érdeken messze túlmenő közegészségügyi és szociálpolitikai jelentőségű. Ezeknek a feladatoknak azonban a kamara csak úgy felelhet meg, ha a felsőbbség részéről kellő szabadságot, a tagok részéről megbecsülést és odaadó támogatást nyer.

Salgótarján, 1935 december 12.

Zemplényi Imre dr.

Önkéntes könnyűhalál.

Ez év novemberében egy célkitűzésében nagyjelentőségű és bizonyára még sok vitára alkalmat adó társaság alakult meg Angliában. Az önkéntes könnyű halált törvényesítő társaság. (Voluntary Euthanasia Legalisation Society.) Ezen egyesülésnek igen sok nagynevű orvos és tudós és egyházi ember a tagja. Első nyilvános ülésük ez év december 10-én volt az angol orvosszövetség londoni házának nagy termében. A vezető angol orvosi ujságok, mint a Lancet és a British Medical Journal több ízben többhasábos cikkekben számoltak be a mozgalomról, melyet a társaság indított meg: mi az alábbi sorokban próbáljuk e cikkek nyomán ezt vázolni.

Lord Moynihan, a társaság elnöke, ki különben az angliai királyi sebésztársaság volt elnöke is, a nyilvános ülésen kifejtette az egyesülés célját, amely annak az elvnek törvényes elismerése lenne, hogy az oly halálos megbetegedések esetében, amelyekben a halálküzdelem eléri az emberi tűrés határait, sőt azt meg is haladja, a szenvedő betegnek meg legyen az a joga, hogy a végleges segítséget kérhesse és az orvos azt meg is adhassa. A társaság szigorúan csakis ezekben az esetekben óhajtja e célkitűzését elismertetni, semmi egyébben nem. Tehat nem arról van szó, hogy engedélyt kér a mongol idióták, vagy senilis dementiaban vagy más elmebetegségben szenvedők életének befejezésére, hanem csakis olyan gyógyíthatatlan megbetegedésben szenvedők életének önként kívánt kioltására való jogot óhajtják elismertetni, ahol igen intensiv a szenvedés. Tudatában vannak annak is, hogy a keresztény egyház bizonyos felekezeteinek tagjai e végleges segítséget nem vehetik igénybe; a társaság azonban kéri, hogy ezek álljanak félre és ne akadályozzanak meg másokat, akiket ilyen akadályok nem kötnek abban, hogy e jogukkal éljenek.

A következő szónok: *C. J. Bond*, a végrehajtóbizottság elnöke, a mozgalom socialis és individualis következményeit vázolja és az eddig felvetett ellenvetéseket igyekszik megcáfolni. Szerinte nem valószínű, hogy az

önkéntes könnyűhalál törvényesítése a nemzet moralis erejének meggyöngítésére vezetne, hogy csökkentené a kitartást és az életküzdelem bármi más esetében a vereség könnyebb elfogadására vezetne. Épp ellenkezőleg, ahhoz az elhatározáshoz, hogy a szenvedő életnek, amely mások számára is csak súlyos teherré vált, véget vessünk, bizonyos fokú bátorság és kötelességérzet szükséges. Ha pedig valaki, a könnyűhalál törvényesítése esetén is a végig akar küzdeni, mert azt hiszi, hogy ez a kötelessége, hát ez természetesen épúgy lehetséges. Az orvos helyzete viszont az ilyen végzetes betegségek esetében lényegesen megkönnyebbedik, mert hiszen sok orvos titokban eddig is megtette, sokszor persze nem elég hatásosan, hogy segített az ilyen életet hamarább befejezni és ezt most hatásosan és törvényes úton cselekedheti majd meg.

Dr. C. Killick Millard, aki tulajdonképpen az egész mozgalomnak megindítója, vázolta azután azt a törvényjavaslatot, amelyet jogászok segítségével dolgoztak ki és amelyet Lord Moynihan a Lordok Házának legközelebbi ülésszakában óhajt majd bevezetni. A törvényjavaslat szövege nem végleges és a társaság constructiv kritikát szívesen vesz figyelembe. A javaslat lényegében azt írja elő, hogy minden 21 éven felüli végzetes és fájdalmas betegségben szenvedő egyénnek jogában álljon az önkéntes könnyűhalált kérni. Az eljárás az lesz, hogy a betegnek egy hivatalos papíron beadványt kell írnia, amelyben az önkéntes halált kéri. Az aláírásáért két tanunak kell helyt állni, kik közül az egyiknek hivatalos személynek (orvosnak, papnak, stb.) kell lenni. Emellett a beadványhoz két egymástól független orvosi bizonyítványt kell mellékelni, szintén hivatalos papíron, amelyben a bizonyítvány kiállítói igazolják, hogy a paciens betegsége tényleg gyógyíthatatlan és igen nagy fájdalmakkal jár. A beadványt a bizonyítványokkal együtt az erre a célra kinevezett könnyűhalálreferense bírálja majd el, akinek személyes látogatás révén kell meggyőződni arról, hogy a beadvány és szakorvosi bizonyítványok rendben vannak-e és hogy az eset tényleg alkalmas-e a könnyűhalál megadására. Feltéve, hogy a referens mindent rendben talált: az engedélyt megadhatja. Azonban az engedély megadása és a kivitel között hét napnak kell elmúlni. A gyakorló orvosnak, aki a könnyűhalált előidézi, engedéllyel kell birnia e célra a közegészségügyi minisztertől.

A javaslatot egyházi részről is sokan pártfogolják. Több anglikán egyházi kiválóság, többek között a Szent Pál székesegyház esperese, több hittudományi professor stb. írásban is közölték a társasággal, hogy feltéve azt, hogy a visszaéléseket meg lehet akadályozni, a törvényjavaslat nem ellenkezik a keresztény egyház tanaival, amit különben a nyilvános ülésen két lelkész hosszasan ki is fejtett.

A nyilvános ülésen szavazat alá bocsátották a határozatot hogy kívánatos-e az önkéntes könnyűhalált — a visszaélések ellen megfelelő biztosításokkal — gyógyíthatatlan és igen fájdalmas betegségben szenvedők részére törvényesíteni és ezt a jelenlevők el is fogadták.

VEGYES HÍREK

Schaffer Károly professor ünneplése. A budapesti elme- és idegkórtani klinikának jelenlegi és volt orvosai bensőséges ünnep keretében nyujtották át a klinika volt igazgatójának, *Schaffer* professornak bronzplakettjét, *Pátzay Pál* művészi alkotását. Az ünnepségen *Richter Hugó dr.* egyetemi magántanár fejezte ki a tanítványok hálaját és ragaszkodását mesterükhöz.

Elkészült Budapest gyógyfürdőinek a propagandafilmje. A Gyógyhelyi Bizottság még a tavasszal megbízást adott a Magyar Filmirodának egy 450 m-es szinkronizált film elkészítésére, hogy Budapest gyógyfürdőit és egyéb látnivalóit bemutassa s ezzel Budapestnek úgyis mint fürdővárosnak népszerűségét a külföldön fokozza. A film különböző gyógytényezők bemutatása mellett felöleli Budapest tájképi szépségeit, de ízelítőt ad a kulturális, művészi és sporteseményekről is és a szemlélőben azt a benyomást kelti, hogy Budapest valóban a világ egyik legszebb városa és amellett igen értékes gyógytényező. A küföldi változatok is elkészültek és a napokban fogják elküldeni a világ metropolisaiba, ahol hirdetni fogják nemcsak Budapest gyógyfürdőinek változatosságát, hanem egyúttal Budapest turisztikai szépségeit is.

Fürdővonatok bevezetése utazási irodák útján. A Dean & Dawson utazási iroda, amely egyúttal a brit birodalmi vasutaknak is a képviselője, vállalta Budapest gyógyfürdőinek a vezérképviseletét. Ezzel kapcsolatban újítással kísérletezik és 14 napi budapesti tartózkodással zárt vonatokat szándékozik indítani a jövő esztendőben. Ez volna az első eset, hogy nagyobb csoportokban fürdővendégek érkeznek, akik hosszabb időt töltenek Budapesten és azért nagy érdeklődéssel kísérik ezt a kezdeményezést a szakkörök. Az utazásokat a Dean & Dawson-cég már ki is írta és kizárólag jómódú luxusutasokat vár s arra számít, hogy a májusban megindítandó első vonattal legalább 250 előkelő angol fog érkezni fővárosunkba. Amennyiben ez a kísérlet sikerül, ennek igen nagy jelentősége volna Budapest fürdői szempontjából, mert az itt magát jól érző fürdővendég, mint eleven propagandista, minden prospectusnál többet ér.

Az amerikai Egyesült Államokban újabban nyilvános vérnyomásmérő automatákat állítottak fel. Egy pénzdarab bedobása után a higanyos készüléken leolvasható az illető vérnyomása. Az amerikai orvosszövetség ez ellen bejelentette tiltakozását.

Háborúság a bor körül. Az orvostársadalmat érdekli a tárgy és mivel az ujságok hírei nagyon sokszor nem adnak pontos képet a történtekről, vagy nagyon is nem pontosat adnak, röviden megemlékezünk arról a háborúságról, melyet a borbarát orvosok Lausanne-ban tartott nemzetközi kongresszusa kavart fel. A svájci idegorvosok egyesülete és Vaud (Wallis) kanton orvosi kara, valamint sok más társulat már előre tiltakozását jelentette be a kongresszus ellen. A kongresszus ideje alatt a városban kiosztott röpcédulák és kifüggesztett falragaszok rövid, de hatásos szövegükkel szintén megtették a magukét. A közönség kénytelen volt vendégszeretet címén jó képet vágni a rossz játékhoz. A kongresszus elnöke Portmann francia szenátor volt, ki tanuságot tett arról, hogy híven betartja gironde-i választóinak tett ígéretét: dolgozik a bordeaux-i bor kivitelének emelésén.

A sok csúfolódás, ami a borbarát orvosoknak Svájcban bőségesen kijutott, arra indította a kongresszust, hogy cégtáblát változtasson. »A bor és szőlő tudományos tanulmányozására szolgáló nemzetközi társaság« címet vették fel, de hamis a zászló, mert a tudományos jelszó mögött kereskedelmi érdekek húzódnak meg.

Porchet svájci államtanácsos, mint független, autonóm kongresszust üdvözölte a borbarát orvosokat, úgylátszik azonban, hogy nem vette észre, hogy

1. a Nemzetközi Borhivatal a jegyzőkönyv szerint patrónusa a borbarát orvosoknak,
2. hogy a kongresszust csak úgy mint a 4. szőlőtermelési és borkongresszust a Nemzetközi Borhivatal rendezte,
3. hogy párizsi ujságok szerint Donarche, a nemzetközi boriroda igazgatója (nem orvos) a két kongresszus közös tudósítója,
4. hogy a nemzetközi borhivatal, melyet nem a borhatás tudományos kutatására, hanem a borfogyasztás növelésére létesítettek, a borbarát orvosok kongersszusának 20.000 frank segélyt adott, melyet azután 30.000-re emeltek,
5. hogy a borbarát orvosok kongresszusának rendezői elfogadtak 25.000 frank segélyt a francia nemzeti borpropaganda bizottságtól,
6. hogy e francia segélyek nélkül nem lehetett volna nemzetközi kongresszus, csupán francia nemzeti borbarát orvos kongresszus Franciaországban,
7. hogy alapul véve 100 orvos megígért részvételét, orvosonként 500 frank lett volna ez a segély,
8. tekintve, hogy 50 orvos vett csak részt, a segély fejenként 1000 frankra emelkedett.

Ilyen függetlenek a borbarát orvosok.

Értesítjük olvasóinkat, hogy lapunkat 1936 jan. 11-től a Centrum kiadóvállalat (Köztelek-u. 1. sz.) állítja elő.

Influenza, grippe,

meghűléses betegségek gyógyszere

a hatványozott antipyreticum, antirheumaticum

GERMICID

oxychinolinsulfochinizin derivatum

Kupirozza a náthát, a lázat, fájdalmakat megszünteti

20 tabletta ára: P 2.50

ADAGJA: 0.5—1 gr. pro dosi tablettában vagy porban. Gyors hatás elérésére az adagot néhány óra mulva meg lehet ismételni. Porban magistralis rendelés esetén syruppal édesitendő

Dr. WANDER GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR RT. BUDAPEST

Mintával és irodalommal készséggel szolgálunk

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

ANARA-CHINOIN

Inhalatiós náthaszer

Azonnal megszünteti a heveny nátha kellemetlen tüneteit!

További javallatok: vasomotoros nátha, asthma bronchiale, szénaláz.

Rendkivül egyszerü alkalmazás! ***Orvosi rendeletre!***

HETIREND.

A budapesti Orvosi Casino előadássorozatának január 7-i előadását ¾7 órakor *Hetényi Géza dr.* egyetemi magántanár tartja »Az extrainsularis glykosuriákról« címmel.

A Közkórházi Orvostársulat január 8-án tartandó ülésének tárgysorozata: Előadások: 1. *Battik Elek:* Agytályoggal szövődött influenza esete. 2. *Patyi István:* Tuberculosisnak Addisonkórral szövődött esete. Előadások: 1. *Dumbovics Boris:* Arsenobenzol ártalmak 3000 kezelt lueses beteg alapján. 2. *Naszvady István:* Útban fekvő lepény oka és kezelése.

MALTOCOL

a légzőszervi megbetegedések bevált gyógyszere.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számához Egger Leó és Egger I., Budapest VI, prospektusát mellékeljük.

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 2.— P

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

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

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

Kimutatás az 1935 dec. 22-től dec. 28-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) és halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis		Morbilli	Influenza	Malaria	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.
1. Abaúj-Torna	93.411	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	8	5	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—
3. Baranya	251.620	2	—	—	—	6	1	7	—	—	—	—	—	22	—	—	—	—
4. Békés	335.874	8	3	1	—	7	—	7	—	—	—	—	—	68	—	—	—	—
5. Bihar	180.415	8	2	—	—	2	—	3	—	—	1	—	—	19	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	6	3	1	—	7	—	7	—	—	—	—	—	21	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	2	1	—	—	2	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8. Csongrád	148.353	3	2	—	—	4	1	3	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	2	—	—	—	5	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	2	—	—	—	—	—	4	—	1	—	1	—	40	—	—	—	—
11. Hajdú	181.047	5	2	2	—	3	—	11	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
12. Heves	322.207	7	3	—	—	6	—	1	—	—	—	—	—	10	1	—	—	—
13. Jász-Nk.-Szolnok	420.142	6	2	—	—	3	—	8	1	—	—	—	—	22	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	6	—	1	—	2	—	9	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—
15. Nógrád és Hont	227.951	4	2	—	—	1	—	9	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-Kk.	1,437.226	33	3	5	1	21	—	32	—	1	—	—	—	99	—	—	—	—
17. Somogy	389.792	3	—	—	1	5	1	7	—	—	—	—	—	24	—	—	—	—
18. Sopron	143.128	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	13	2	—	—	9	—	18	—	—	—	1	—	39	—	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—
21. Tolna	267.133	3	2	—	—	7	—	2	—	—	—	—	—	19	—	—	—	—
22. Vas	273.776	—	—	—	—	5	—	3	—	—	—	—	—	24	—	—	—	—
23. Veszprém	246.991	1	—	1	—	2	—	4	—	—	—	—	—	18	—	—	—	—
24. Zala	368.371	2	—	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	14	1	—	—	—
25. Zemplén	149.043	1	2	—	—	4	—	31	1	—	—	—	—	24	—	—	—	—
I. Baja	29.761	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
II. Budapest	1,035.766	4	—	8	—	37	5	59	—	—	—	—	—	14	3	—	—	—
III. Debrecen	122.825	3	—	—	—	4	—	37	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
IV. Győr	50.828	2	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	23	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.656	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.379	3	—	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	1	—	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
IX. Sopron	36.023	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	3	2	1	1	2	—	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	148	38	20	3	158	8	317	4	2	1	2	—	563	6	1	—	—
Előző évben:		122	20	7	—	309	14	254	1	—	—	1	—	441	13	—	1	—

AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI R.-T. NYOMÁSA

FELELŐS NYOMDAVEZETŐ: KETTINGER ANTAL

80. évfolyam. 2. szám. Budapest, 1936. január 11.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-ut 26., II. em. Telefon: 31-1-86.
Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el.

MEGJELENIK SZOMBATON

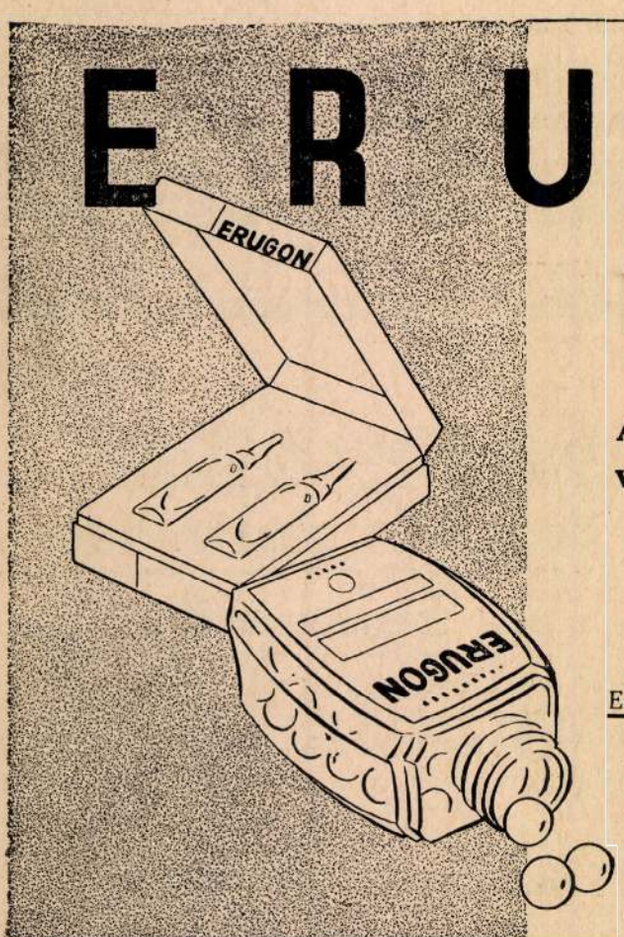
Egyes számok kaphatók a kiadóhivatalban 70 fillérért. Magyar Orvosi Archivum számai 2 pengőért.

Hirdetések kizárólagos felvétele a kiadóhivatalban

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

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

ERUGON



standardizált
here-hormon

A csökkent sexuális funkciók fokozására, valamint prostatahypertrophia kezelésére.

Fokozza a testi és szellemi teljesitő-képességet kimerültségi állapotokban.

Eredeti csomagolások:

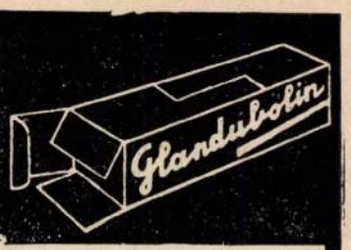
Dobozok 2 és 10 ampullával à 1 ccm

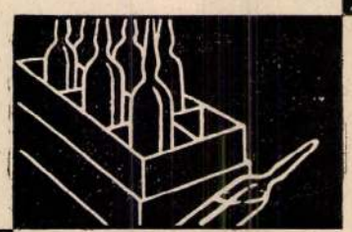
BAYER

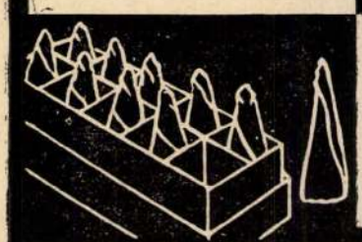
»Bayer«
I.G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

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

Glandulolin







Izolált tüsző (női sexuál) hormon

10.000, 1000 és 100 egységes ampullák

1000 és 300 egységes tabletták

1000 egységes suppositoriumok

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

Az urogenitális traktus festékes desinficiense és spasmolyticum

Javallatok: *Urethritis, cystitis, pyelitis, gonorrhoeás szövődmények.*

20 tabletta ára P. 2.—

Uroverin

DR. EGGER LEO és EGGER I. BUDAPEST VI.

80. évfolyam. 2. szám. Budapest, 1936. január 11.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Somogyi István és Angyal Lajos: Ritkábban előforduló extrapyramisos mozgás zavarok. (31—34. oldal.)
Hollósi Károly: A csecsemő- és kisgyermekkori sérvek. (34—38. oldal.)
Pólya Jenő: A syndaktylia műtétéhez. (38—40. oldal.)
Sztehlo István: Adatok a cystoma papillare ovarii kórképéhez. (40—41. oldal.)
Kassay Dezső: Tonsillectomia evipán-nátrium bódításban. (41—42. szám.)
Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (6—8. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Gyermekgyógyászat. — Urologia. — Bőrgyógyászat. — Fülészet. (42—44. oldal.)
Könyvismertetés: (44—45. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (45—49. oldal.)
Vegyes hirek: (49—50. oldal.)
Hetirend: (boriólap IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem elme- és idegkórtani klinikájának közleménye (Igazgató: Schaffer Károly ny. r. tanár.)

Ritkábban előforduló extrapyramisos mozgás-zavarok.

Irta: *Somogyi István dr.* és *Angyal Lajos dr.*

Az először 1915 és 1916-ban észlelt encephalitis epidemica járványok igen nagy mértékben gyarapitották élettani és agykórtani tudásunkat azzal, hogy bőséges anyagot nyujtottak mind a klinikai észlelés, mind a kórbonctani és kórszövettani feldolgozás számára. Igy az encephalitis epidemica kapcsán végzett kutatásoknak köszönhető a hypothalamicus vegetativ központok és a substantia grisea centralis, még inkább az agyalapi dúcok élettani működésének és kórtünettanának megismerése. Az extrapyramidalis rendszer egyes részeinek jelentősége már meglehetősen tisztázottnak tekinthető, áll ez különösen a pallidumra és a striatumra. A pallidum élettani szerepe kettős: 1. gátolja a kisagy egyensúlyozó működését, amely az egyenes testtartás és a végtagok helyzetének a nehézségi erő ellenében való biztositására szolgál; 2. biztositja az akaratlagos mozgások zavartalan lefolyásához szükséges automatikus együttmozgásokat. Emellett a pallidum az ősi reactiv és kifejező mozgások mozgató központja. Igy a pallidum elszigetelt megbetegedésének a főtünetei, amelyeket *Strümpell* amyostatisches Syndrom, *Foerster* hypokinetisch-rigides Pallidumsyndrom néven foglalt össze, elsősorban a következők: 1. nyugalmi tremor, 2. izommerevség, Fixationsspannung, 3. a reactiv, kifejező és védekező mozgások hiánya és 4. mozgásszegénység, melyet a rendes együttmozgások hiánya is fokoz. Mind a pallidumtünetcsoport jellegzetes képviselőjében, a paralysis agitansban, mind a járványos enkephalitisek kapcsán gyakran előforduló parkinsonos kórképekben a szövettani lelet a pallidum megbetegedése mellett a substantia nigra Soemmeringi kóros elváltozásait is mutatja, ami összhangban van a két említett dúc vegyi rokonságával is (pl. vasreactio. *Guizetti* és *Spatz* vizsgálatai). A corpus striatum diffus megbetegedése a hyperkinetikus hypotoniás, vagy *Foerster* elnevezése szerint az atheotikus striatum syndromában fejeződik ki, amely sok tekintetben a pallidum-syndroma határozott ellenéte. Minthogy a striatum élettani szerepe az ős. pallidum automatikus tömegmozgásainak a gátlása, a striatum megbetegedése a gátlás kiesése következtében ezeket a tömegmozgásokat felszabadítja. Ennek megfelelően a hyperkinetikus-hypotoniás syndromának, amelynek legclassikusabb képviselője az athetose double vagy idiopathiás athetosis, főtünetei a következők: 1. athetotikus jellegű spontán mozgások, 2. hypotonia, 3. tömeges reactiv mozgások, amelyek phylogenetikailag ősi mozgásokra emlékeztetnek és 4. tömeges együttes beidegzések és együttmozgások, amelyek az akaratlagos mozgások kiséreteben jelentkeznek. *Foerster* beható elemzése alapján nagymértékű összhangot láthatunk az athetotikus és a choreás tünetcsoportok közt. Choreában a striatum kis felfogó sejtjei betegszenek meg válogatottan, ami természetszerüleg enyhébb zavart támaszt, mint az egész striatum baja, mert *Foerster* szerint a pallidumra gyakorolt gátlás bizonyos mértékben még érvényesül, bár hiányzik a szabályozás: „Sie greift an falscher Stelle an, hier zu wenig, dort vielleicht zu viel; es besteht eine Art von Ataxie des Striatums". A gátlás kivitelében a striatumnak bizonyos fokú ataxiája áll fenn. Ezzel a felfogással bizonyos mértékig összhangba hozhatók kórélettanilag azok a chorea-esetek, amelyekben az anatomiai, illetve szövettani elváltozások a nucleus dentatusban, a brachium conjunctivumban, továbbá a hypothalamusnak vagy a Forrel-féle mezőnek a striopetalis pályák eredése szempontjából fontos területeiben voltak. Ugyancsak *Foerster* elemzése szerint a strialis görcstünetcsoport, valamint a tic különféle alakjai pl. a spasticus torticollis mint helyi athetosis syndromák foghatók fel, a myoclonia pedig a striatum gátló elemeinek nagyon csekélyfokú bántalmazottságával magyarázható. Nem lenne teljes az extrapyramisos tünetek felsorolása a hemiballismus megemlítése nélkül, amelynek kórélettani alapját különösen *Sántha* közlései óta véglegesen a túloldali cor-

pus Luysi kiesésében kell keresnünk. *Sántha* felteszi azt is, hogy a corpus Luysi a pallidumhoz és a striatumhoz hasonlóan teljes somatotopiás tagozódást mutat.

Amint láthatjuk, az extrapyramidium egyes részeinek különálló megbetegedésén alapuló tüneteket elég jól ismerjük, klinikailag azonban ezek a syndromák úgyszólván csak az összes extrapyramidalis megbetegedési esetek igen csekély hányadát képező endogen kórképekben jutnak tisztán kifejezésre. Az exogen kórképek,z elsősorban a enkephalitis epidemica ezeknek a tünetcsoportoknak sokszerű keveredését hozhatják létre, amelyeknek kórélettani elemzése sokszor igen nehéz. Itt ugyanis nem bizonyos működési egészek betegszenek meg elektive, hanem — ahogy ezt először *Spatz* állapította meg — a fertőző anyag a liquor útján terjed és ennek megfelelően a kórokozó a III. agykamra, az aquaeductus Sylvii és a IV. agykamrával szomszédos szürkeállományt támadja meg. Ilyen módon az extrapyramidium egyes részei igen különböző mértékben betegszenek meg s az egyes extrapyramidális központok bonyolult kapcsolataiban hol itt, hol ott történik megszakitás. Bonyolítják még a klinikai képet az akarat és ösztönélet elváltozásai, továbbá a legmagasabb sympathikus központok betegsége következtében létrejövő vasomotoros, secretiós, trophiás és anyagcserezavarok. Érthető mindezek alapján, hogy az encephalitis epidemica kapcsán csak ritkán kapunk egységes tünetcsoportokat s nem egyszer látunk olyan eseteket, melyekben a kevert és szokatlan tünetek alapján igen bonyolult mechanismusra kell gondolnunk. Alábbiakban három ilyen klinikailag nehezen osztályozható esetet közlünk. Az első két eset kétségtelenül encephalitis epidemica, a harmadik eset kóroktani kórisméje bizonytalan.

I. eset. G. András, 15 éves, izr. tanulót, 1922 I, 23-tól ápr. 14-ig ápolták klinikánkon.

Kórelőzmény: családi terheltség nincs, 4 éves korban vörheny. Praemorbid fejlődésében és karakterében semmi kóros. Jelen betegsége 1920, februárban kezdődött. Néhány órán át tartó nagy fokú psychés és motoros nyugtalansága volt, utána hőmérséklete hirtelen 40° C-ra szökött fel, tagjaiban rángatódzó, dobáló mozgások jelentkeztek, orvosa miattuk choreára gondolt. Ezek a hyperkinetikus jelenségek négy nap mulva megszüntek, lázas álapota 8 napig tartott, ez alatt semmit sem aludt. Utána 8 napos aluszékonyság lepte meg a beteget, amelynek megszüntével éjszakai nyugtalanság és nagyfokú álmatlanság mutatkozott, egyébként azonban állapota anyira javult, hogy 1920 szeptemberben az iskolába is beiratták. Az iskolában egyszer összeesett s azóta állapota fokozatosan romlik. Pár hónapja kezeit nem tudja használni és járni sem tud: néhány lépést fut lábujjhegyen, majd eldől. Éjszaka rendkívül nyugtalan. Vizelési panaszai nincsenek. Értelme nem hanyatlott.

Jelen állapot: gyengén fejlett, lesoványodott. Pupillái egyenlőek, középtágak, jól reagálnak, a szemmozgások szabadok. Nystagmus nincs. A faciálisok beigedzése jó. Kinyujtott nyelv középállásban, mozgásai szabadok A nyelvben, az alsó ajakban, a szemhéjakban és a kinyujtott kéz ujjaiban durva hullámú, lassú ütemes remegés észlelhető. Nagyfokú nyáladzás. Az uvula jobbra deviál. A bal szájpadiv lelapult, phonatiókor a jobbhoz viszonyítva visszamarad.

Az izomtonus egész testszerte nagy mértékben fokozott, jelentékeny „Fixationsspannung". Nyakát előre, az occipitalis tájat kissé hátraszegve tartja. Nyaka olyan merev, hogy a fejét egy irányban sem lehet mozgatni, mert a törzs vele mozog. A végtagok az izomtonus leküzdése után passive mozgathatóak. Mindkét bokaizület aktiv mozgása igen korlátolt. ugyanitt a dorsalflexio a fennálló *plantaflexiós contractura* miatt passive is nagy mértékben akadályozott.

Az ágyban egészen összekuporodva fekszik, térdeit csaknem állig felhuzza, könyök, csipő és térdizületei maximálisan be vannak hajlítva, a lábak equinovarus tartásban. Székre ültetve is a csipő és lábizületek több mint derékszögnyi flexióban vannak, úgy hogy pl. a székre ülve a comb alsó felülete a széket alig érinti. Felállítva egészen a lábujjakra áll, sarkát magasan felhúzza. Az Achilles inak keményen, zsinórszerűen meg vannak feszülve. A térd és csipőizületek most is flectált helyzetben vannak, háta meggörbül, egész testével előre dől s ha nem fogjuk, előre is esik. Egész talpára ráállítva hátra esik. Nagyfokú pro- és retropulzió.

Az egész napot többnyire szótlanul, mozdulatlanul, összekuporodott fekvésben ágyán tölti, gyakran hirtelen lihegni kezd percekig szaporán szuszog, majd elcsendesedik. Előfordul, hogy különféle kényelmetlen, bizarr testhelyzetben találjuk, pl. az ágyról lecsúszva fejjel lefelé lóg, ezeken a helyzeteken egyáltalán nem igyekszik változtatni. Éjszaka nyugtalan, hangosan sikoltozva ágyáról lemászik, lábujjhegyen állva előredőlt testtel, apró, tipegő léptekkel szalad, majd mereven előreől, elesik, vagy előreszegzett homlokkal nekiszalad a falnak, máskor hátrafelé tipegve szalad mindaddig, amíg a falba nem ütközik, a fal mellett lerogy s így marad összeroskadva és felszólításra sem kel fel.

Arca merev, mimikaszegény. Beszede dünnyögő, elmosódott. In és periostreflexei m. o. fokozottak, egyformák, m. o, térdclonus, kóros reflex nem észlelhető.

Felfogása jó. Emlékezőkepesege meg van, kifogástalanul tájékozódik. Ismeretköre korának és iskolai képzettségének megfelel. Kórjelzés: encephalitis epidemica.

Az észlelt klinikai kep a járványos encephalitis harmadik szakának felel meg Lényege egy hypotoniás- rigid pallidumsyndroma. Ami a szokásos esetek kozül kiemeli, az a tartási rendelleneségek és az éjszakai nyugtalanságok alatt jelentkező, a „paradoxe Kinese"-k csoportjába tartozó futási rohamok. Betegünkön az összes izmokra kiterjedő Adaptationsspannung mellett súlyos tartási rendellanessegek észlelhetők, így: a könyök-, csipő- és térdizületekben maximalis hajlítás, terdeit csaknem álláig felhúzva fekszik. Székre ültetve is a csipő- és térdizület több mint derékszögnyi flexiója figyelhető meg. Emellett a lábak súlyos equinovarus tartásban vannak, ami már következményes plantarflexiós zsugorodást idézett elő. Emiatt csak lábujjhegyen tud állni s az Achilles inak kemény zsinórnak tapintnatók. Ezekben a tartási visszásságokban könnyen felismerhető a Foerster által szerepeltetett két komponens, még pedig 1. ein selbstständiger stellunggebender Faktor és 2. die Fixationsspannung, amely utóbbi az első tényező által létrehozott helyzeteket hosszasan fixálva gyakran következményes zsugorodásokat okoz. A beteg nappal is teljes részvétlen, spontaneitás nélküli viselkedésével szemben, éjszaka súlyos drangszerű izgalmi állapot lepi meg. Ágyáról lemászva, hangosan sikoltozik, lábujjhegyen, apró tipegő léptekkel fut előre vagy hátra mindaddig, amíg a falba nem ütközik, s össze nem rogy. A beteg nagyfokú éjszakai nyugtalansága csak scopolamin injectióval csillapítható. Ezeknek a futási rohamoknak az elemeiként könnyen feltalájuk az encephalitises gyermekek paroxysmusszerű éjszakai nyugtalanságát és a pulziós tendenciát: előbbi a rohamok dinamikai, utóbbi a formai részének a magyarázatát adja meg.

II eset. M András 10 éves görögkeleti, napszámosasszony fia 1921 dec. 17,—1922 jún, 27-ig ápoltatott a klinikán. Kórelőzmény: családi terheltség nincs, 6 éves korában varicella. 6 éves korában adták iskolába, de csak fél évig járatták, mert otthon kellett dolgoznia. Ügyes, szorgalmas, jó felfogású gyerek volt. 2 éve télen beszakadt a jég alatta. 3 nap mulva lázas lett, betegsége kb. 3 hónapig tartott, időnként napokig nem tudott aludni, kezei, lábai rángatództak. Gyógyulása után 6 hónappal sajátságos rohamai keletkeztek. Lihegni kezdett, majd a torkát szorongatta, elszédült, összeesett, s pár percig eszméletlenül kinyulva feküdt a földön. Ezek a rohamok naponta sokszor megismétlődtek. Álmatlan.

Jelen állapot: gyengén fejlett, lesoványodott, vékony csontozatú. Arca asymmetriás. Mellkasi és hasi szervei egészségesek. Vizeletében kóros nincs. A vér Wassermann próbája negativ. Pupillái kerekek, középtágak, a jobb kissé tágabb, mint a bal, fényre és alkalmazkodásra mindkettő renyhébben reagál, Szemmozgásai, szabadok nystagmus nincs. A facialisok, hypoglossus beidegzése rendben. Mindkét oldalt egyformán jól kiváltható periostalis, élénk inreflexek. Clonus, kóros reflex nincs. Az izmok mechanikus ingerlékenysége kissé fokozott. Chwostek positiv. Érzési kiesés nincs. Testtartása kissé görnyedt. Izomtónus rendes. Járása szabályos, biztos. Nyelvében finom hullámú remegés. Magaviselete nyugtalan, állandóan légzési rohamai kinozzák: néhány erőltetett légzési mozgást végez, nyitott szájjal, hangosan liheg, az utolsó belégzéssel felfujja magát, nyakát erősen hátraszegi, hasát előredomborítja, nyaki venái vastagon kiduzzadnak. Most a légzést abahagyja, két kezével nyakát görcsösen szorítja, a hasprést ad maximum fokozza, az eddig rendkivül szapora pulzus hirtelen megszünik, szívtompulata eltünik, szívhangok nem hallhatók. Egyidejüleg az epigastriumban szapora, diffus lüktetés jelenik meg, s ugyanott a szívhangok is kivehetők. Ebben az erőltetett, préselési állapotban mintegy 10—15 má-

sodpercig marad,, arca elkékül, szája tátva. Pupillái maximálisan kitágulnak, fényre alig reagálnak, nyakában és tagjaiban torziós jellegü görcsös mozgások jelentkeznek, majd elszédülve felbukik, néha meg is üti magát. A klinikai ápolás alatt eszméletvesztést nem lehet megfigyelni. A leírt rohamok napközben szakadatlanul követik egymást. A beteget nem lehet ágyban tartani. Mihelyt elengedjük, azonnal feltérdel, hátraül lábaira s kezdi a fent leírt rohamot, amelynek egyes szakaszai mindig I. néhány mély belégzés, II. lélegzetvisszafojtás, préselés, nyakszorongatás, mely utóbbi alatt könyökével a falnak dől, III. a pulzus és szívtompulat eltünése, pupillazavar, torziós görcsök, elszédülés, összeesés. Ezek a rohamok a beteget éjszaka is változatlan intenzitásban és szaporaságban kinozzák, aludni csak scopolamintól tud. Alvás alatt a rohamok szünetelnek. Nagy hypervigilitás. Emellett magaviselete fegyelmezetlen, konfidens. Társaival veszekszik, őket utasitgatja és megjegyzéseivel izgatja, engedetlen, a villamozás ellen hangos ordítással és rug-kapálódzással tiltakozik.

A rohamok alatt jelentkező sajátságos szív és pulzus zavarokra való tekintettel röntgenvilágitást végzünk: „a préselés és erölködés alatt az addig rendes helyén látható szívárnyék előbb cseppalakot ölt, majd lefelé megnyulik. Mindkét oldal diaphragma leszáll, kifeszül, domborulata eltünik. Végül a szív egészen a szegycsont alá helyeződik, úgy hogy csak kétoldalt látható belőle keskeny árnyék. A roham befejezésekor a diaphragmák felemelkednek és a szív visszatér rendes helyére.

A rohamok a klinikai ápolás alatt nem változtak. Ugy suggestio, egyéb psychotherapiás eljárások, továbbá galván és farád kezelés,, hydrotherapiás gyógymódok hatástalanok. Négy hétig gipsz jaquetteben feküdt, melynek levétele után már másnapon jelentkeztek a rohamok. Látható volt, hogy külső izgalmak a beteg rohamait még súlyosbitották, míg ezzel szemben, ha érdeklődését sikerült valamely előtte ismeretlen eseményre vagy tárgyra terelni, a rohamok ez alatt az idő alatt lényegesen enyhültek. A klinikát változatlan állapotban hagyta el. Kórjelzés: encephalitis epidemica.

A diagnosis nem lehet kétséges. 8 éves korában (1919-ben) 3 hónapig tartó lázas betegség, álmatlansággal és a végtagokban jelentkező spontán mozgásokkal. 6 hónapi látszólagos gyógyulás után supranuclearis jellegü lélegzési zavarok *(Lewandowsky, Turner* és *Critchley, Wilson, Jeliffe)* typusos hyper- és tachypnoés paroxismusok jelentkeznek közbeiktatott légzési szünetekkel, emellett a gyermeken súlyos álmatlanság és typusos jellemváltozás figyelhető meg. *F. Stern* megfigyelése szerint gyermekek légzési zavarai gyakoribbak, mint felnőtteké. Ezt mi is megerősithetjük, mert mindkét esetünkben jelentkeztek polypnoés rohamok, az elsőben szórványosan, a másodikban pedig uralkodtak a kórképen. Ugyancsak *F. Stern* észlelésére kell hivatkoznunk, amidőn rámutatunk arra, hogy a polypnoés rohamok alatt a gyermek végtagjaiban és nyakában torsiós jellegü spontán mozgások jelentkeztek, amelyek valószínüleg egy rejtett részleges athetosisos tünetcsoportnak hyperpnoe okozta erősbödésével magyarázhatók.

Az, ami esetünket közlésre érdemesíti, az a pulsusnak és a szívnek sajátságos, utóbbinak röntgennel is igazolt viselkedése a rohamok alatt: a roham II. szakasza elején a pulsus igen szaporává és kishullámúvá válik, majd mindkét karon teljesen eltünik. Ugyanekkor a szívtompulat is eltünik, szívhangok a szívtáj felett nem hallhatók. Az epigastriumban szapora, diffus lüktetés jelenik meg, ugyanitt a szívhangok is jól kivehetők. Röntgenernyőn ezalatt a rekeszizmok leszállása és a szívárnyék megnyúlása és helyzetváltozása figyelhető meg. Amennyire az enkephalitis epidemica óriási irodalmát áttekinthettük, hasonló észlelést nem találtunk. *O. Foerster* a jobb oldalkamra plexus chorioideusából eredő vérzés egy esetében 4—5 percenként jelentkező görcsrohamokat észlelt, remegéssel, tonusos görcsökkel, légzési és pulzuszavarral és lázzal. A pulzus a rohamok alatt erősen gyorsult, a roham tetőfokán nem volt tapintható, a roham után enyhe tonusos feszültség az összes izmokban. *Foerster* ezeket a súlyos tonusos görcsös állapotokat a corpus striatum kiváltotta izgalmi jelenségeknek fogja fel. A közlemény a szívtompulatról és a szívhangok viselkedéséről nem tesz említést. Míg itt a pulsuszavar valószinű suprabulbaris jellegű, addig *Bernuth* egy enkephalitises gyermeken érdekes peripheriás typusú szívzavart közöl, amely abból állt, hogy a görcsroham alatt a bal szívfél erősen kiszélesedett. *Foerster* központi és *Bernuth* peripheriás jellegű szívműködési zavarával szemben a mi esetünkben a zavar centralis és peripheriás elemekből vegyesen tevődik össze. Roham alatt a pulsus rendkivül szaporává és kishullámúvá válása, majd teljes eltűnése legvalószinübben a légzési görcsökhöz hasonló mechanizmusú suprabulbaris izgalmi jelenség. A pulsushullám megkissebbedéséből, majd eltünéséből következik, hogy a szív kisebb systoles volumennel dolgozik valószinüleg a szivizomzat elégtelen összehúzódása következtében, amelynek okát viszont abban találhatjuk meg, hogy a suprabulbaris izgalom hatására az ingerképzés megváltozik s az új inger a szívizomzatot a refractaer szak lezajlása előtt éri, amikor még csak csekély összehúzódást tud kiváltani. A sorozatos elégtelen összehúzódások következtében elpetyhüdt szív most a rekesz húzó és a legnagyobb inspiriumban lévő tüdők nyomóhatásának megfelelően helyzetét és alakját változtatva a klinikailag és röntgenologiailag észlelt fent leírt jelenségeket idézi elő.

III. eset. P. Irén, 11 éves ref. tanuló, 1935. I. 23-tól—II. 23-ig volt a klinikán, Családi terheltség nincs. Praemorbid karakter nem mutat psychopatiás vonásokat Encephalitisre emlékeztető lázas betegsége nem volt. Jelen betegsége másfél éve kezdődött. Hozzátartozói azt vették észre, hogy a járása megváltozott: „a sarkán kezdett járni", lábait járásközben magasra emelte. A gyermek teste elferdült, törzse jobbra csavarodott, jobb csípője alacsonyabban állt, mint a bal. Keze, lába fokozatosan ügyetlenné, merevvé vált. 1934 aug.-ban a gyermekklinika ambulanciáján chorea minort állapitottak meg. Minthogy csak egy alkalommal jelentkezett, pontosabb adataink az akkor észlelt hyperkinetikus tünetekről nincsenek. Ez az állapot fokozatosan romlott, néhány hónap óta kezeit alig tudja használni, a megfogott tárgyakat elejti, irni képtelen. Fájdalmai, paraesthesiái sohasem voltak. Hozzátartozói szerint az utóbbi időben korábbi természetével ellentétben makacs, szófogadatlan, ingerlékeny. 1 éve gyakori tonsilitis miatt mandulakiirtás.

Jelen állapot: közepesen fejlett és táplált leány, Szemrései középtágak, egyformák. — Behunyt szemén a szemhéjakban durva hulámú, lassú remegés figyelhető meg. Szemmozgásai szabadok, balranézéskor néhány nystagmusforma rángás. Feltünő, hogy a beteg szemét ismételt felszólitásra is csak 2—3 másodpercig tartja becsukva, állitólag képtelen behunyva tartani. Pupillái egyenlőek, jól reagálnak. Fleischer-féle corneális gyürü nincs. Az agyidegek részéről nincs kiesés. A vér Wassermanja negativ. Vizelet vizsgálat negativ. Az érzékszervi müködések hiánytalanok. Felületes és mély sensibilitás ép. Patellareflex mindkét oldalt fokozott, jobboldalt élénkebb, mint baloldalt. A hasreflex jobboldalt hiányzik, baloldalt megvan, egyébként az összes bőr-, csonthártya- és inreflexek mindkét oldalt egyformán jól kiválthatók. Clonus, kóros reflex nem észlelhető. A jobb kar és láb izomereje a balhoz viszonyitva kissé csökkent. Az említett kisfokú pyramis jellegü jobboldali hemiparesis mellett a betegen az izomtonus és a komplexmozgások, valamint a kifejező, reaktiv és együttmozgások sajátos zavarai észlelhetők.

Az egész test izomtónusa egyenletesen nagy mértékben fokozott. A tónus intenzitása és extenzitása erősen ingadozik és különösen akkor mutatkozik rendkivüli mértékben,, ha a beteg valamely aktiv vagy passziv mozgás kivitelekor figyelmét a mozgásra irányitja. Ilyenkor az izomzat, elsősorban az antagonisták szinte katalepsiásan megfeszülnek és a mozgás végzését nagymértékben megnehezitik, vagy lehetetlenné teszik. Ez az elsősorban antagonista jellegü reaktiv tonusfokozódás sohasem csupán egy izomcsoportban jelentkezik. hanem együttjár az egész test bizonyos izmainak hasonló mértékü tónusfokozódásával. Legszebben észlelhető ez akkor, ha a beteg egyik karját a könyökizületben passive hajlitani akarjuk: a passiv mozgatás megkisérlésekor mind a felső,

mind az alsó végtagok kifeszülnek, sőt a hátizmokban is feszülés támad. Ugyancsak gyakran észleltük, hogy fekvő helyzetben a kar aktiv, vagy passiv felemelésekor az azonos oldali vagy mindkét alsó végtag spontán kissé felemelkedik és térdben behajlik. Tehát esetünkre általában jellemző, hogy minden a figyelem ráirányítása mellett lefolyó beidegzés 1. az antagonisták tónusát fokozza, 2. tendenciát mutat arra, hogy az intendált mozgásban természetszerüen résztvevő antagonistákon kivül az egész testben reaktiv tömeges tónusfokozódást hozzon létre. Ez a tónusfokozódás igen nagy és passiv mozgatás alkalmával csak igen nehezen győzhető le. Alvás alatt a tónuszavarok szünetelnek. Ha a beteg figyelmét sikerül elterelnünk, a tónusfokozódás passiv mozgásokkal szemben határozottan csökken. Ugyancsak jellemző, hogy az automatizált, tehát a tudatos szándék nélküli mozgások kivitele könnyebben sikerül, mint az akaratlagosaké. Általában minden akaratlagos beidegzés megindítása és megszüntetése nehezen megy. A gátlás megszünése mindig hirtelen, szinte egy psychés nekirugaszkodással történik, ilyenkor a mozgások túlméretezettek, darabosak, gyorsak, csapkodó jellegüek. A beteg az antagonista feszüléseket szubjektive bizonyos általánosító tendenciával mint cselekvési képtelenséget éli át s valamely mozgás elvégzésére felszólítva gyakran halljuk tőle, amint szorongva ismételgeti: „nem tudom, nem tudom". A betegen már most számos olyan tünetet volt alkalmunk rendszeresen megfigyelni, amelyeknek magyarázatát részben az akaratlagos beidegzés nehéz megindulásában, részben az említett a szándékolt mozgás ellen irányuló antagonista feszülésekben, részben pedig a fenti pszychés gátlásban találhatjuk meg. Igy pl. felszólításra a beteg képtelen a szemét csukva tartani, a szemhéjak 1—2 másodpercnyi hunyás után szétnyilnak; a balkezével valamely tárgyat megszoritva gyakran észlelhető, hogy azt huzamos időn át nem tudja elengedni. Előfordul pl., hogy a beteget balkezével a kilincshez tapadva találjuk, végül is a balkezét jobbkeze segitségével fejti le a kilincsről; járásra felszólítva gyakran hosszú időn át tanácstalanul mosolyogva áll, nem tud elindulni, máskor ha felszólítjuk, hogy egy bizonyos pontig menjen, a kitüzött cél előtt két-három lépéssel hirtelen következetesen megfordul és viszszaindul.

Testtartása merev, többnyire kezeire támaszkodva ül. A járás megkezdése rendszerint igen nehezen sikerül: mereven mosolyogva néz az orvosra, karjait adducált és befelé rotált helyzetben törzse mellett hátracsapva tartja, tanácstalanul áll, felszólításra gyorsan, hadarva mondja: „nem tudok, nem tudok". Hirtelen nekirugaszkodva nekiindul, apró léptekkel, rendkivül szaporán, gépszerüen kezd járni, a járás módja az, hogy a jobb lábát mintegy 10—15 cm-rel előrecsúsztatja és a bal lábát gyorsan utána húzza. Hirtelen ez a járástypus nagyléptü járásba csap át, a jobb lábát túllendíti, majd kissé viszszahúzva rááll, ballábával rendesen kilép. A fordulás ügyetlen, de mindkét irányban elvégezhető. Bekötött szemmel magától egyáltalában „nem tud" járni, ha ilyenkor vezetik törzse jobbra csavarodik. Járás közben kisérő mozgások nincsenek, karjait a fentleirt helyzetben törzse mellett szorosan hátracsapva tartja. Mimikája határozottan aktiv, azonban az egyszer felvett mimikai beidegzés görcsös megmaradásra hajlik. Arckifejezése rendszerint feltünő éber figyelmet árul el, hangulata szerint derüs, mosolygó, vagy rémült kétségbeesést fejez ki (pl. befecskendezéskor). Affektusainak megfelelően a keserves sirásból vagy torkaszakadtából való bömbölésből (iniectio, vérvétel) könnyen csap át nevetésbe. Határozott affectus incontinentia észlelhető. Beszéde hadaró, szintelen, rosszul tagolt, tempójában és ritmusában megváltozott, beszéd közben a felső ajak alig mozdul. A mozgás közben támadó izomfeszülések miatt iterativ mozgásra (pl. diadochokinesis vizsgálata) képtelen, ugyancsak képtelen irni. Remegés a végtagokban nem észlelhető. A helyzeti és tartási reflexek vizsgálatakor jelentékeny divergentia és pronatiós tünet, egyébként kóros eltérés nem mutatkazik. Öntudata tiszta. Figyelme éber. Felfogása jó. Ismeretköre, kombinativ képessége az átlagon felüli. Erkölcsi fogyatkozások nincsenek. Hypervigilitását és affektus incontentiáját nem tekintve encephalitissel kapcsolatba hozható kóros jellem elváltozásokat nem találunk. Kórjelzés: encephalitis epidemica?

Tekintettel arra, hogy a kép egy atipiás, enyhe pyramistünetekkel vegyes extrapyramisos kórképnek felel meg, tekintettel továbbá a kórkép kifejlődésére (torsiós zavarok, choreaszerű hyperkinetikus szak, tonusanomaliák, hypervigilitás, affektus incontinentia) a valószinű diagnosis encephalitis epidemica. Ami a tünetek anatomiai localisatióját illeti, véleményünk szerint elsősorban a striatum bántalmazottságára kell gondolni. A hyperkinesis csupán a kórkép kifejlődésének egyes szakaiban volt jelezve, igy a betegség kezdetén a torsiós dystoniára emlékeztető kép jelentkezett, egy év mulva choreaszerű mozgásokat észleltek a gyermeken. A hyperkinesis ezután fokozatosan kifejlődő tonuszavarba ment át, amelynek főjellemzői, hogy mindig reactiv tömeges tonusfokozódás formájában jelentkezik, hogy a figyelem ráirányítása mellett fokozódik, a tonuszavar tehát nem állandó, hanem mindig egy tömegreactio s mint ilyen keletkezési mechanismusát tekintve közel áll az athetosisos tömegmozgásokhoz. Ugyancsak a striatum-localisatio mellett szólnak a szórványosan jelentkező pathologiás együttmozgások és tömeges együttes beidegzések, a járási zavarok, az éber, kifejező, de tonusos rögzülésre hajló mimika és az affectus incontinentiával kapcsolatban jelentkező kényszeres jellegű sirások. Természetesen a bántalom pontos helyhatározását a tünetek még oly pontos klinikai elemzése mellett is, csak a kórbonctani és kórszövettani leletek biztosithatnák.

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

A csecsemő- és kisgyermekkori sérvek.

Irta: Hollósi Károly dr.

Klinikánk 12 éves (1922. január 1—1933. december 31) anyagában — 20.496 műtét — 5.083 sérvműtét szerepel (24.8%). Ezek közül kétoldali sérv volt 832 (16.36%). Az 5.083 sérvből kizárt sérv volt 639 (12.57%).

A fenti sérvanyagnak 6.08%—a = 309 eset, a 60. életnaptól a 4 éves korig került műtétre. Kizárólag e korral kevesen foglalkoztak. A szerzők legnagyobb része a születéstől a fanosodásig tartó életszakaszban előforduló sérvekkel foglalkozik, igy pontos adatokat a fenti korra vonatkozólag nem kaphatunk. A sérveknek a 4. életévig terjedő feldolgozását az tény teszi indokolttá, hogy ez idő alatt olyan elváltozások mennek végbe a fejlődő szervezetben, amelyek bélvegüket a későbbi évekre is rányomják. E korral a fejlődés egyik szakasza befejeződik. A fertőző betegségek egyrészén már átesett a gyermek, a csúszómászó csecsemőből egyenesen járó gyermek lett (ezzel együtt természetesen megváltozik a belső, de különösen a hasüri szervek helyzete is). A testi fejlődéssel együtt jár a szellemi fejlődés: a dolgok megfigyelése, az események megrögzitése, önálló cselekedetek végrehajtása stb. Anyagunk megoszlása:

60. nap—6. hó között került műtétre	11	(3.56%)
6. hó—12. hó között került műtétre	34	(11.—%)
1.—2. életév között került műtétre	121	(39.16%)
2.—3. életév között került műtétre	80	(25.89%)
3.—4. életév között került műtétre	63	(20.39%)

A sérvek zöme az első életév után került műtétre. Az intézetek szopós csecsemőt nem szivesen vesznek fel. A laikus közönség tudatában az a hit él, hogy a sérv visszafejlődhet és igy azt a gyermek 1 éves kora előtt ne operáltassuk, de meg a gyermeknek erősödésre is szüksége van. Az a felfogás, hogy a sérv visszafejlődhet, természetesen nem mindenben állja meg a helyét. *Clogg* az első hónapokban sérvkötő viselését tanácsolja és a 4. hónap után a műtétet. *Wendriner* is a korai műtét hive és elveti

a sérvkötőt, mert eredménytelen, s a kizáródástól sem óv meg. *Ranft* szintén a korai műtét mellett van, hangsúlyozza, hogy egészséges csecsemőn annak semmi akadálya sem lehet. *Zembrzuski* a műtétkor sohasem a kort veszi zsinórmértékül, hanem az általános erőbeli állapotot, *Filippov* éppen ezért jó erőbeli állapot esetén már az első hónapban műtétet végez, mivel a korai műtétet a gyermekek jobban türik *(Veber)*. E szerzőkkel szemben *Maas*-nak az a véleménye, hogy a korai műtét javalásában egyes különleges szempontok vezessenek bennünket: a sérv nagysága, nehezen visszahelyezhető volta, a kizáródás, mert a csecsecsemőkori kizáródás jóval gyakoribb, mint a kisgyermekkori. *Mormier* nem hive annak, hogy a 3 hónaposnál fiatalabb csecsemőn műtétet végezzünk, hacsak valami különleges műtéti javalat nem forog fenn, s 6 éves korig vár a műtéttel. *Salzer* az első életév vége felé ajánlja a műtétet, amikor a gyermek már fejlettebb és a sérvkizáródás veszélye is nagyobb. Az igazság alkalmasint a két felfogás között van. A túlkorai műtétnek nincs nagy jogosultsága, hacsak különleges okok nem kivánják. A szopós csecsemő elhelyezése sebészeti osztályon nehéz. Sirásával a kórtermek csendjét zavarja, másrészt anyjával együtt kell felvenni, ez viszont az ápolási napok megkétszereződését jelenti. Véleményünk az, hogy csecsemőkorban műtétet akkor végezzünk — ha valamilyen szövődmény nem kényszerít sürgős műtétre, — amikor a csecsemő már elválasztatott, táplálása könnyebb, s bizonyos fokig már ágytiszta. Nem tanácsos azonban a műtét egy éven túl sem, ha a gyermek vérszegény, gyengén fejlett, heveny vagy idült tüdő-, bélbetegségben szenved, s ha hőemelkedései vannak *(Sistsenko)*.

Általános megállapitás az, amit a fejlődéstan is megmagyaráz, hogy a sérvek sokkal nagyobb százalékban fordulnak elő fiúkon, mint leányokon. *Tandler, Wrisberg, Sachs* és *Enderlen* a boncolásra került fiúújszülöttek 70%-án nyitott processus vaginalis peritoneit talált. Az esetek 30%-ában még a 4. hónapban is nyitott a processus vaginalis peritonei, s bizonyos kóroktani tényezők közrejátszásával jön létre a sérv a nyitott processusban. *Sistsenko* a gyermekkori alkatnak tulajdonit döntő szerepet. Nemek szerint a sérv az egyes összeállitásokban a következőkép oszlik meg:

	fiúk	lányok
Mezenev	89.6%	10.4%
Herzfeld	89.4%	10.6%
Mac Lennan	93.04%	6.96%
Saját anyagunkban	95.46%	4.54%
	(295)	(14)

Megkiséreltük anyagunkat a kórelőzményi adatok alapján csoportositani. Természetesen ezek az adatok egyéniek, s a sérvek kóroktanára vonatkozóan csak nagyon kis részüket értékesithetjük.

Koraszülöttség	2
Szamárköhögés	18
Hörghurut	1
Bélhurut	12
Székrekedés	2
Gyomorcsukógörcs (pylorusspasmus)	2
Angolkór	2
Csipőtányértályog	1
Rángógörcs	2
Erőművi behatás (esés, ugrás stb.)	7

Ezen adatokon kívül ismeretlen volt a kórelőzmény 152 (49.19%) esetben, míg 108-ban a szülők azt emlitették, hogy gyermeküknek születése óta van sérve (34.95%).

A sérvek osztályozása többféle szempontból történhetik; az egyik megjelenési helyük szerint, a másik a kóroktani tényezők alapján. *Lorthioi* hangsúlyozza, hogy minden sérv veleszületett, mert összefüggésbe hozható a processus vaginalis peritonei elzáródásával. A processus vaginalis peritonei lehet teljesen nyilt (a sérvtartalom és a here ugyanazon üregben foglal helyet.). Lehet a processus vagnalis peritonei elzáródása részleges, amikor az ondózsinór közepén azzal részlegesen összetapad (a here és a hasűr között tehát nincs összeköttetés). Természetesen ez az állapot is mint veleszületett sérv fogandó fel, bár felismerése ezen incomplet alaknak elég nehéz. *Bokastova* minden veleszületett sérvet két osztályba sorol; hernia vaginalis funicularis és hernia vaginalis testicularis. Az első a hernia vaginalis funicularis a már emlitett incomplét alak: felfelé nyitott processus vaginalis peritonei, alul zárt. A két forma között az elkülönités azáltal lehetséges, hogy funicularisnál a here nincs a látszólagos sérvtömlőben, míg testicularis esetén abban megtalálható. Szerinte a legtöbb sérv funicularis jellegű.

A lágyéksérvek oldal szerinti megjelenésében a jobboldal uralkodó, amit a jobb here későbbi leszállása magyaráz. *Mezenev* 52.7%-ban talált jobboldali sérvet. *Paterson* és *Gray* adatai szerint 62%-ban jobboldali, 20%-ban baloldali és 18%-ban kétoldali a sérv. *Mac Lennan* 978 — 1 és 12 éves kor között levő — gyermeksérv közül 618 jobboldali és 125 kétoldalit talált. *Wendriner* 54 kétéves korig terjedő gyermeken 34 esetben jobboldali, 18 esetben baloldali és 2 esetben kétoldali sérvet észlelt. A mi anyagunk megoszlása a következő:

jobboldali sérv	49.5%
baloldali sérv	39.46%
kétoldali sérv	7.1%

A műtéti leletek figyelembevételével 230 lágyéksérv és 66 herezacskósérv mellett, mint egyéb szövődményt: köldöksérvet (17), vízsérvet (10), rejtett heréjűséget (4), fehérvonalsérvet (1), cysta funiculit (2), s nagy szeméremajaksérvet (1), találtunk.

Érdekes a lányok sérveinek a megoszlása:

jobboldali lágyéksérv	4
jobboldali nagy szeméremajaksérv	1
baloldali lágyéksérv	1
kétoldali lágyéksérv	1
köldöksérv	4
fehér vonal-sérv	1

Amíg tehát az egész anyagban 17 köldöksérv van, addig a leányokon négy fordul elő. Az arány a férfi és női nem között eszerint 13:4, ami azt jelenti, hogy férfiakon háromszor olyan gyakran fordul elő a köldöksérv, mint a nőkön.

Külön kell tárgyalnunk a kizárt sérveket. A sérv minden korban kizáródhat. *Collins* 18 napos csecsemőt operált kizárt sérv miatt. *Krause* véleménye az, hogy csecsemőkorban a sérv kizáródása ritka. *F. König* 2 ilyen műtétet végzett. *Nussbaum* 45.000 gyermeksérvanyagról számol be, amelyben két csecsemőkorban kizáródott sérv volt. *Bull* és *Colley* 1000 gyermeksérvből kizáródás miatt hármat operáltak. *Bokastova* 600 gyermeksérv műtéte kapcsán 18 kizáródottról számol be, míg *Mezenev* 454 sérvből 4.7% kizáródást észlelt. Bizonyos, hogy csecsemő-, a kisgyermekkorban nem ilyen ritka a kizáródás, de hogy mégis elvétve látjuk, annak két oka van: vagy magától megszünik a kizáródás, mire a gyermeket az orvoshoz viszik, vagy az anyák kellő gyakorlat után maguk teszik vissza (a repositio mindig veszélyes). Anyagunkban 309 sérv közül 26 esetben (8.41%) volt kizáródott a sérv,

25 esetben fiúkon, 1 esetben leányon fordult elő. Korok szerint a kizáródás megoszlása a következő:

2—6. hónap között	—	4
6—12. hónap között	—	8
1—2. év között	—	8
2—3. év között	—	3
3—4. év között	—	3

Ezek az adatok talán némileg bizonyítják *Salzer* és *Tillaye* ama nézetét, hogy a kizáródás az első életév vége felé és a 2. életévben szokott gyakrabban bekövetkezni. Az oldalak szerint való elhelyezkedést illetőleg az arány 15:11 a baloldal javára.

A csecsemő-, és kisgyermekkorban a kizóródásnak mindkétféle alakja u. m. a rugalmas és bélsárkizáródás előfordulhat. A rugalmas kizáródás oka minden olyan tényező, mely a hasprés hirtelen és fokozott működését megköveteli, pl. köhögés (szamárhurut, hörgőcskehurut stb). A bélsárkizáródás előidézésében a bél hurutos betegségein kivül a bélbe jutott idegen testeknek is nagy szerepük van, pl. gyümölcsmagvak. A 26 kizárt sérv esetében a sérvtömlő tartalma 18 esetben vékonybél, 4 esetben vakbél (3 ízben bélsárröggel, 1 ízben dinnyemaggal telt) és 4 ízben sigmabél volt.

A kizárt sérvek kórisméje nem nehéz. E korban is a helyi tünetek mellett a peritonealis shok tünetei: hányás, szél- és székrekedés jelentkeznek ép úgy, mint a felnőttkori kizáródásban. Megtalálhatók a kizáródásra jellemző tünetek is: a sérvtartalom nem helyezhető vissza, a legóvatosabb visszahelyzési kisérlet élénk fájdalmat kelt, a sérvtömlő tartalma feszes, a herezsacskó duzzadt, vörhenyes. Kórismei tévedésre elsősorban a vízsérv és az ondózsinor-megcsavarodása adhat alkalmat. A vizsérv és a kizárt lágyéksérv elkülönítésére *Hess* a kétkezes vizsgálatot ajánlja fiatal gyermekeken: ujjunkat bevezetjük a végbélbe és a hasat a lágyéktáj felől a másik kezünkkel benyomjuk.

A kisgyermekkori kizárt sérvek visszahelyezésének kérdésében a vélemények megoszlanak. *Collins* erélyesen állást foglal minden taxis-kisérlettel szemben, míg *Tillaye* azon a véleményen van, hogy a visszahelyezést chloroform-altatásban szabad megkisérelni, azonban legbiztosabb, legegyszerűbb és legveszélytelenebb eljárás a műtét. Ezt a tényt *Niessen* is elismeri és az elővigyázatlan, durva, erőszakolt repositiót veszélyesebbnek tartja, mint a műtétet. A visszahelyezést legjobb egyáltalában meg sem kisérelni, ha a sérv néhány óránál hosszabb idő óta ki volt záródva. Különösen ne kisérletezzünk a taxissal intézetben, ahol minden irőben megvan a lehetőség, hogy gyorsan, kevesebb veszéllyel és eredményesen oldjuk meg a súlyos állapotot. A visszahelyezés egyelőre a gyakorló orvos kezébe való, de nagyon veszélyes eljárás. Erőszakolni nem szabad. Ha könnyen nem sikerül, a legrövidebb idő alatt sebészetre küldendő a gyermek.

A kizárt sérvek műtéti eredményei csecsemő- és kisgyermekkorban nem rosszabbak, mint felnőttkorban, bár *Gohrbandt* hangsúlyozza, hogy hosszabb kizáródottság esetén a mérgezéses tünetek súlyosabbak és a csecsemők a bélcsonkolást igen rosszul tűrik. *Étienne* és *Aimes* 3 (3—18 hónap között levő) csecsemőn végeztek kizárt sérv miatt műtétet, s bár egyik esetben már 4 napos volt a kizáródás, bélcsonkolás egy esetben sem volt szükséges; a legidősebb csecsemő azonban gócos tüdőlobban meghalt. *Sytscheff* és *Tillaye* a legkülönbözőbb korban végeztek sérvmetszést kizáródás miatt csecsemőkön és egyik csecsemő sem halt meg. Csecsemő és kisgyermekkori sérvanyagunkban 26 kizárt sérv volt, amelyek a kizáródottság tartama szerint a következőkép oszlanak meg:

½ nap óta volt kizáródva	—	1
1 „ „ „ „	—	12
2 „ „ „ „	—	6
3 „ „ „ „	—	5
4 „ „ „ „	—	2

Bélcsonkolást 2 esetben végeztünk (end to end), 1 esetben pedig ékalakú bélfalkimetszést (Littre-sérv).

A 26 kizárt sérv miatt operáltból 2 halt meg általános hashártyagyulladásban (az egyik 3 napos kizáródás után ékalakú bélfalkimetszés; a másik 2 napos kizáródás után egyszerű Bassini-műtét). *Wetherell* adatai alapján a csecsemő- és kisgyermekkori kizárt sérvek halálozási százaléka 0.5—23% között mozog. A mi kizárt sérves anyagunkban a halálozás 7.7%-ot tesz. A fiatalkor viselkedése nagyon érdekes a kizáródásban, pl. a 2 négynapos kizáródásban a bélen a vérbőségen kivül egyebet nem találtunk, természetesen ilyen esetekben mindig szerepel az is, hogy milyen kizáródásról van szó (elasticus, vagy stercoralis).

A szabad sérvműtét előtt nagy gondot forditsunk a gyermek megfigyelésére. Legalább 2 napi megfigyelésre van szükség. Ez idő alatt a gyermeket többizben megfürdetjük, bélrendszerét kiürítjük, naponta legalább négyszer meghőmérőzzük. Hőemelkedés esetén nem célszerű műtétet végezni, mivel utána az addig rejtett góc fellángolhat és az aránylag veszélytelen műtét halálos lehet. A 10. hónapos kortól kezdve *Novaro* azt ajánlja, hogy a műtét előtt a bőr alá 0.001—0.003 gr. morfint adjunk. Klinikánkon morfint 15 éves korig nem szoktunk adni, hanem a hivatalos opium-tinctura oldatát alkalmazzuk vagy opiumkúpokat és csak a legvégső esetben folyamodunk opium-concentratumhoz. Ezen eljárásokkal sikerül a morfin kellemetlen mellékhatásait elkerülni.

Ebben a korban végzett sérvműtéteket kivétel nélkül altatásban végzik. Tüdőszövődmények esetén *Étienne* és *Aimes* a helybeli érzéstelenítést ajánlja, *Novaro* a 10. hónapos kortól kezdve aethert használ. *Hoguet* felszines aether-altatást, míg *Maiocchi* minden esetben chloroform-altatást végez, *Ranf* aether vagy aether-chloroform altatást. *Herzfeld* 1 éven felül a chloraethyl-aether-altatás hive. *Mezenev* 454 gyermekkori sérvműtétből 310 esetben aethert, 139 esetben pedig helybeli érzéstelenitést alkalmazott. A 309 csecsemő- és kisgyermekkori sérvműtétünkben:

aethylchlorid-aether altatást	177	(57.28%)
aethylchlorid altatást	1	(0,32%
chloroform altatást	112	(36.25%)
chloroform-aether altatást	12	(3,88%)
aethychlorid-chloroform altatást	4	(1.3%)
helybeli érzéstelenitést	3	(0.97%)

esetben végeztünk. Műtéteinknek több mint felét aethylchlorid-aether altatásban végeztük és csak kisebb részét chloroform altatásban. A chloroformot klinikánkon aránylag kis altatási zónája miatt általában nem használjuk. De teljesen nélkülözni nem tudjuk, különösen nem a kisgyermekkorban olyan esetekben, amikor tüdőszövődmények vannak. Véleményünk az, hogy a legmegfelelőbb narkozis felszínes aethylchlorid-bódítás utáni aether-altatás, mivel megfigyeléseink szerint e módszer után fordulnak elő mind a műtét alatt, mind a műtét után legkisebb számban szövődmények. Altatási szövődményünk 9 volt. Aethychlorid-aether altatás utáni hörghurut 5, tüdőgyulladás 1 volt. Chloroform altatás alatt szívhüdés 1, fulladás 1 és altatás utáni tüdőgyulladás szintén 1 volt.

Az altatás rovására 3 haláleset írható. Egy chloroform-altatás alatti szívhüdés. Ebben az esetben a boncolás status thymicolymphaticust mutatott ki. A második esetben chloroform-altatás alatti félrenyelés és következményes tüdőgyulladás és végül a harmadik esetben aether-altatás utáni tüdőgyulladás volt a halál oka.

Csecsemők és kisgyermekek bőrérzékenysége miatt különös gondot kell fordítani a műtéti terület csirtalanitására. A nagy jódérzékenység miatt (jód-eczema, jód-dermatitis stb.) más csirtalanitó szereket kell használnunk, aminők a műtét előtti benzines, alkoholos lemosás, s a 30%-os thymolspiritus. *Novaro* a benzin, aether-alkoholos bőrfertőtlenítést végzi. Klinikánkon e célra az 5%-os alcoholos picrinsav-oldatot használuk, előzetes kétszeres benzinlemosás után. A picrinsavoldatot alkalmazza *Mezenev* is. A picrinsavtól eddig semmiféle kellemetlen mellékhatást nem láttunk.

Az idők folyamán a lágyéksérvmetszéseknek számos módosítása alakult ki. Az eljárások között vannak egyszerűek és akadnak bonyolultak. A complikált műtétekre semmi szükség nincs, amint ezt *Niessen* is írja, s a legjobb eredményt a legegyszerűbb műtét adja. Az egyszerűség keresésében azonban nem szabad túlozni és megelégedni a sérvtömlő lekötésével, annak kiirtása nélkül. Az élettani viszonyokat helyre kell állítanunk. Műtéteink legnagyobb száma Bassini-műtét (majd 90%) volt. A később említendő kiújulás kis száma bizonyítéka annak, hogy a lágyéksérvek tökéletes orvoslását e műtét biztosítja. A Bassini-műtéttel kapcsolatban (tekintettel arra, hogy egyesek szerint mindig van veleszületett hydrocele) Winkelmann-műtétet végeztünk 24, féregnyulványkiirtást 16 esetben. Köldöksérvet Lexer szerint láttunk el 9, Spitzy szerint 6 és Mayo szerint 2 esetben.

Nagy gondot kell fordítanunk a nem kellő ágytisztaságú apróságok műtét utáni sebellátására. Ha az elsőlegesen egyesített sebbe vizelet kerül, veszélyezteti a sima gyógyulást. Ennek megakadályozására *Novaro* guttaperchás és vattás kötést ajánl, míg *Hoguet* és mi is kollodiumos ragasztást alkalmazunk.

A sérvkötő viselésének, amint azt *Gohrbrandt* is kifejtette, megvannak az előnyei is, a hátrányai is, de ez utóbbiak a nagyobbak. A sérvkötő a sérvet soha meg nem gyógyítja; ha ez látszólag be is következik, a gyógyultnak hitt sérv erősebb köhögési rohamra ismét meg fog jelenni. Az orvosok többsége csecsemőkkel és kisgyermekekkel sérvkötőt nem hordat. A sérvkötő a finom bőrt izgatja, bőrgyulladást, gennyedést okoz, s nyomásával az izomzatot sorvasztja *(Maiocchi)*. Összesen 6 esetünkben hordott a gyermek sérvkötőt (1.94%).

Az elsődleges sebgyógyulás esélyét a vizelet beszivárgása a kötés alá nagyfokban ronthatja. Nagy figyelmet kell fordítanunk ezért a sebre, jóllehet a kollodiumragasztás nem engedi át a székletet, vizeletet. Ha a ragasztás felázik és leválik, cserélnünk kell a kötést. Elsődlegesen gyógyult a seb 284 esetünkben (91.9%), másodlagosan 18-ban (6.7%). A 7 halálesetet egyik csoportba sem számítottuk bele. Mások adatai a mi eredményeinkkel csaknem megegyeznek. Igaz, hogy *Novaro* mind a 70 esete elsődlegesen gyógyult, ezzel szemben *Seifert* 195 betege közül zavartalanul 94.5% gyógyult, míg *Filippov* 155 esete közül elsődlegesen 138, felszines genyedéssel 15 és 1 mély genyedéssel.

Mivel a műtétek legnagyobb része altatásban történik, az első helyen a műtét utáni szövődmények közül a hörghurut szerepel. A 10 műtét után észlelt hörghurutból 5 írható az altatás rovására. A többi alkalommal az ok a műtét alatti és utáni meghülés, hányadék belélegzés, ami, ha minden esetben nem is tüdőgyulladást, de a hörgők és hörgőcskék gyulladását idézi elő.

Sokkal gyakoribb szövődmény a bőr alatti, a hereburkok közötti vérzés. Ez az esetek egy részében alkati vérzékenységben, a nagyobbik részében azonban a felületes vérzéscsillapításban leli magyaráztát. Ezért mondja *Henschen*, hogy a sérvmetszés nem kezdőknek való, s ez különösen csecsemő- és kisgyermekkori sérvekre áll. A 25 észlelt vérömleny közül 12 (3 bőralatti és 9 a here burkai között lévő) zavartalan lefolyású volt, míg 13 esetben a vérömleny elgenyedt. A vérömlenyek keletkezése ellen nyomókötést (homokzsák) alkalmazunk, majd jégtömlőt, vagy hidegvizes borogatást. Ha a fájdalom nem csökken, a duzzanat fokozódik, a herezacskó vöröses elszineződése erősbödik, a hőmérséklet emelkedik (tehát kifejlődnek a gyulladásos tünetek), a sebet szát kell nyitni, hogy a váladék lefolyhasson.

Bélhurut, mint műtét utáni szövődmény ritkán fordul elő. Kétizben észleltük kizárt sérv után, de 4—5 nap mulva étrendi előirásra megszünt.

Az eddigi szövődményeknél sokkal veszélyesebb a szövetközti genyedés (phlegmone parietis abdominis), amit néha orbánccal tévesztenek össze. 3 szövetközti genyedésünk volt (0.97%); az egyik halálos végű. A teendő ilyen esetben a seb feltárása, ha szükséges: bemetszések, párakötés stb.

Giovanni írja, hogy gyermekek sérvműtéte után többizben 40° C-ig emelkedő hőmérséklet jelentkezett, de a sebgyógyulás mégis elsődleges volt. *Novaro* 70 műtéte után csak 52 esetben nem volt láz, *Wendriner* 54 betege közül 12 volt lázas. Számtalanszor észleltük mi is, hogy negativ szervi lelet mellett csecsemőink és kisgyermekeink hőmérséklete 39° C volt. Ez a lázas állapot rendszerint a műtét utáni első 3—4 napon át tart. Oka valószinüleg a béltartalom pangása. Ezt a képet a gyermekorvosok jól ismerik. Hashajtó rendelése egycsapásra véget vet az ijesztő helyzetnek, igazolva a régiek ama mondását: „bene sanat, qui bene purgat". A más.k ok a szövetváladék felszívódása. Igaz, hogy a saját szövetnedv szívódik fel, de mégis parenteralisan és némileg fertőző csirokkal keverve. Legelső teendő e lázas állapotban a műtéti terület pontos ellenőrzése és a fül, a szájüri képletek, tüdők stb. vizsgálata.

A csecsemő- és kisgyermekkori sérvek műtéti halálozási százaléka kicsi. *Winternitz* 1.5—2. éven túl 0.2%-os, csecsemőkorban 2.4%-os halálozásról számol be. *Mac Lennan* 978 — 1—12. életév között lévő gyermek sérvműtétéből 8 halálesetet ir le, *Maiocchi* 628 betegéből kettőt veszített el, *Filippov* 153 operáltja közül 1 halt meg. *Krecke* a nagy kórházak halálozási percentjét 1% körülre becsüli, *Mambrini* 0.84%-ra, míg *Veber* anyagában 0.7%-ra. Anyagunkban 7 halálesetet láttunk. Ezek közül az altatási szövődmények kapcsán 3-ról már beszámoltunk, míg a többi 4-ről adataink a következők:

1. 3 éves fiúgyermek, b. o. ferde lágyéksérv miatt Bassini-műtét A műtét utáni 5-ik napon meghal. Boncolás: hasfali szövetközi genyedés, általános hashártyagyulladás .

2. 2 éves fiúgyermek, kétoldali veleszületett ferde lágyék-sérv miatt kétoldali Bassini-műtét. A műtét napján hirtelen meghal. Boncolás: szívizomelfajulás, tüdővizenyő, status thymicolymphatikus.

3. 3.5 éves fiúgyermek, j. o, 2 napos kizárt sérv miatt Bassini-műtét, bélvisszahelyezés. A műtét utáni 4. napon meghal. Boncolás: általános savós- genyes hashártyagyulladás.

4. 4 éves fiúgyermek 3 nap óta kizáródott sérv (Littre). Herniolaparotomia, ékalakú bélfalkimetszés. A műtét utáni 7. napon meghal. Boncolás: általános genyes hashártyagyulladás.

Ezek alapján 3 betegünk halála az altatás rovására irható, kettőn 3, illetve 2 napos kizáródás után történt a műtét, sőt az egyik esetben bélmegnyitást is végeztünk. A kizárt sérvek halálozási százaléka nagy, különösen, ha bélcsonkolást is kell végeznünk. *Wendriner* 22 kizárt sérves esetéből 3 halt meg, s ezekben bélcsonkolás történt. A mi halálozási százalékunk: 2.27%, ha azonban az altatási és kizárt sérves eseteket is levonjuk: 0.65%.

A csecsemők és kisgyermekek intézetbeli tartózkodásának ideje sérvműtét után nagyon különböző. *Mac Lennan*, ha semmi szövődményt sem lát, a 3. éven aluli gyermekeket a műtét utáni 3. napon hazaküldi. *Wendriner* 15—25 napos kezelési időt említ, *Seifert* az átlagos gyógyulási időtartamot 10 napban állapitja meg. Anyagunkban az átlagos gyógyítási tartam 8.05 nap volt. A gyermekek közül mi is hazaküldtük, gyermekklinikai vagy menhelyi gondozásba adtuk azokat, akiknek a 3—4. nap után teljesen zavartalan gyógyulására lehetett számítani.

A klinikai oktatás célja kettős: tanitás és birálat. A műtéti anyagnak a birálata megmutatja, hogy melyik eljárás a legegyszerübb, milyen előkészités és utókezelés a leghelyesebb, ezért szükséges, hogy a klinikai beteganyagot időnkint vizsgálatnak vessük alá. Az utóvizsgálatok a mai nehéz gazdasági viszonyok között sok nehézségbe ütköznek. Nem lehet követelni, hogy erre mindenki személyesen jelenjen meg. Az utóvizsgálatokhoz segitségül kell hivni a gyakorlóorvosokat. Lesznek még igy is olyan esetek, amikor ez a segitség sem vehető igénybe, s meg kell elégednünk azzal, hogy a beteg maga jelzi, hogy jól, avagy rosszul érzi magát. Az utóvizsgálatok nehézségét mutatják *Kovács* adatai, aki 233 — 0—15. év között levő — sérvvel operáltból 60-at tudott személyesen felülvizsgálni és 89 jelentkezett levélben.

A sérvműtétek utáni utóvizsgálatnak 2 részre kell tagozódni: ki kell terjedni a subjectiv panaszokra (fájdalom, sérvkiujulás stb.) és az objectiv vizsgálatra (műtéti heg, sérvkapuk vizsgálata, herék elváltozásai, kiujulás stb.).

Utóvizsgálatra 302 gyermeknek kellett volna jelentkezni. Ezek közül 2 halt meg (tüdőgyulladás és vérhas) és igy a fenti szám 300-ra apadt le, amelyből a

klinikán felülvizsgáltak — — — —	103-t
gyakorló orvos felülvizsgált — — —	18-t
szülő irt — — — — — — —	96-ról
válasz nem jött — — — — —	85-től.

Az orvosilag felülvizsgáltakban kiujulás volt 1, heresorvadás 7. Ez az összeállitás természetesen nem lehet hü tükre az egész anyagnak, hiszen az orvosilag felülvizsgált esetek annak alig valamivel több mint ⅓-át teszik. Mindenesetre a kiujulás szempontjából nagy eltérés nem lehet, s nem is tételezhető fel, hogy ez a szám az egyet meghaladja. Emellett szól, hogy a szülők válaszukban kivétel nélkül kedvező műtéti eredményről számolnak be, másrészt ha kiujulás jelentkezett volna, a szülő azonnal hozta volna gyermekét, mintegy szemrehányásképen. *Kovács* 143 utóvizsgált esetéből 1 recidiva volt (253 sérvmetszés). *Krecke* szerint a gyermekkori sérvműtétek után a kiujulás ritkaság. *Herzfeld* 1.000 műtétből a postoperativ bronchitis miatt 1 kiujulást látott. *Giovanni* 203 műtéte után kiujulás nem volt, *Mac Lennan* viszont 987 műtétből 4 kiujulást észlelt. *Krausenak* az a véleménye, hogy a gyermekkori sérvműtétek eredménye nagyon jó, s a kiujulás *Novaro* szerint sokkal ritkábban fordul elő, mint felnőtteken.

A Bassini-műtét után *Wachsmuth* heresorvadást látott, még pedig — 9. hét és 5 év közé eső gyermekek közül —, kiket sérv miatt operáltak 13%-ban (108) eset, amiért azután a pillérvarratokat ajánlja. A heresorvadás szerinte az ondózsinór izolálásakor elszenvedett sérülések következménye. Jelentékeny heresorvadást 6.8%-ban találtunk. Ha a Bassini-műtétek után az esetek kis számában előfordul heresorvadás, ez arra vezethető vissza, hogy az első Bassini-varrattal nagyon megtörjük és leszorítjuk az ondózsinórt, ami a tartós nyomás miatt következményes heresorvadásra vezet. Az állandó nyomás és szoritás azonban nemcsak heresorvadást, hanem pangás utján a gyüjtőerek kitágulását is okozhatja.

Észleleteinket a következőkben foglaljuk össze:

1. Csecsemő- és kisgyermekkorban a sérvműtét teljesen veszélytelen, ha tilalma nincs.
2. A kizárt sérvek műtéti eredményei aránylag jók.
3. A legjobb eljárás: a legegyszerűbb gyökeres műtét, még pedig a Bassini szerinti eljárás (sérvkötő hordása hiba).
4. Kiujulás csecsemő- és kisgyermekkori sérvműtétek után ritka.

A syndaktylia műtétéhez.

Irta: *Pólya Jenő dr.* egyet. c. rk. tanár, közkórházi főorvos.

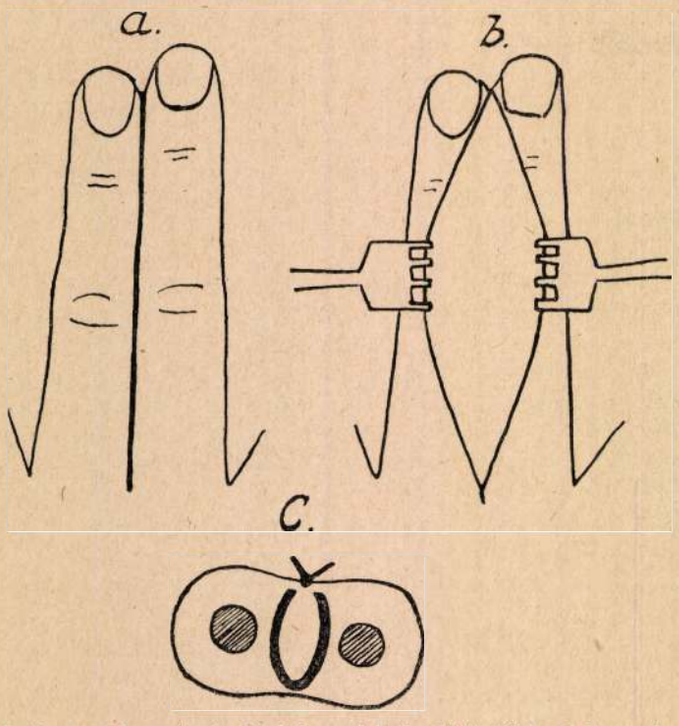
A syndaktylia műtéte az általánosan ismert és a tankönyvekben és műtéttanokban leirt módszerek szerint úgyszólván csak akkor kecsegtet sikerrel, ha az összenőtt ujjak között uszóhártyaszerű bőrredő feszül ki, melyből könnyű lebenyeket készíteni s velök a szétválasztott ujjak egymásfelé néző sebes felszineit befődni. Ha azonban ilyen uszóhártya nincs s a bőrhid az összenőtt ujjak közt keskeny és ezért az ujjak szétválasztása után keletkező sebes felszineket fedetlenül kell hagyni, a hosszadalmas másodlagos sebgyógyulás folyamán az ujjak könnyen megmerevednek. Ugyanez történik, ha a sebfelszineket a sarjadzás megvárása után *Thiersch*-lebenyekkel fedjük be, amit szintén ajánlottak, nem is szólva arról, hogy a *Thiersch*-lebenyek megtapadása ilyen körülmények között elég bizonytalan.

Éppen azért egy esetemben, melyben a szorosan egymáshoz tapadt ujjakon a bőr mind a tenyéri, mind a kézháti oldalon feszesen ment át egyik ujjról a másikra, arra a gondolatra jutottam hogy helyes volna az *Esser*-féle hámsülyesztés (Epitheleinlage) elvének alkalmazása. Ezen módszerrel ugyanis *Thiersch*-átültetés révén hámmal bélelt, zárt üreget létesithetünk a két ujj között, melyet az átültetett hám megtapadása után megnyitva az ujjak oly módon választhatók szét, hogy csak egészen jelentéktelen sebfelszinek maradnak vissza.

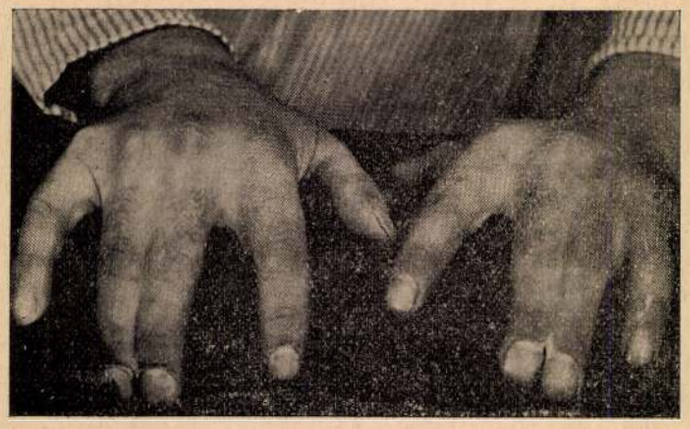
A műtét, melyet ezen elgondolás alapján megpróbáltam, két szakaszra oszlott. Az első alkalommal a feszitő oldalon a két ujj egész hosszára kiterjedő metszéssel átvágtam a bőrt, a metszés széleit kampókkal széthuzattam s a két ujjat összekötő kötőszövetet is átmetszettem addig, amig a két ujjat csak a tenyéri bőrhid tartotta össze. Az ily módon támadt sebfelszint egyetlen, a jobb combról vett *Thiersch*-lebennyel befödtem, mégpedig egyik oldalon oly módon, hogy a bőrlebenyt egyszerűen odanyomtam a sebfelszinhez, a másikon olyképen, hogy a sebüreg formájának megfelelően kivágott összehajtogatott stanniol-lapot boritottam be a *Thiersch*-lebennyel, természetesen úgy, hogy hámos felszine a staniol-lap, sebes felszine a sebüreg felé nézzen, s ezt az üregbe helyezve a feszitő oldalon lévő bőrsebet egyesitettem. Egy hétre rá, a *Thiersch*-lebenyek megtapadása után kiszedtem a fonalakat, szétválasztottam a frissen összetapadt sebet és átvágtam a két ujj között lévő tenyéri bőrhidat is.

A műtét menetét s az általa létrehozott állapotot az 1. ábra mutatja.

A műtétet 1935. év. márc. 1-én 22 éves luetikus férfin végeztem, akinek mindkét kezén a III. és IV. ujj egész hosszában össze volt tapadva, azonfelül bal kezén a IV. és V. ujj is egészen az V. ujj középső percének közepéig. (Lásd 2. ábra.). Ezen utóbbi összenövés széles uszóhártyával volt kapcsolatos viszont a III. és a IV. ujj között mindkét oldalon egész szoros volt az összefüggés. A műtétet a fennt leírt módon, baloldalt staniollal, jobboldalt anélkül végeztem, előbb azonban a bal IV. és V. ujjat választottam szét, oly módon, hogy a köztük levő uszóhártyát lapszerint megfeleztem és a háti lebennyel a IV., a tenyérivel az V. ujj sebes felszinét fedtem be. Műtét után mindkét kezet keménypapirsínen rögzítettem.



1. ábra *a)* bemetszés, *b)* hámmal fedendő terület, *c)* keresztmetszet az összenőtt ujjakon a műtét első szakaszának befejezése — a hám behelyezése és a bőrvarrat után.



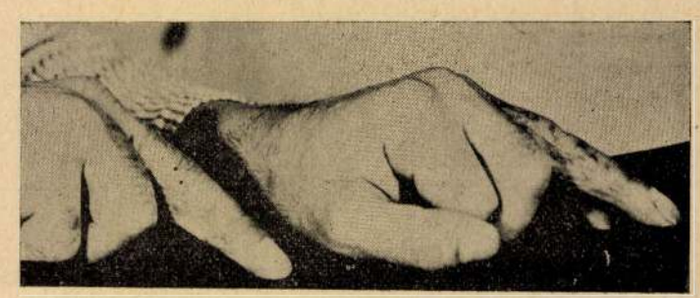
2. ábra. A műtét előtti állapot.

Sima, láztalan gyógyulás után márc. 8.-án kiszedtem a fonalakat. Jobboldalt a seb primára összetapadt, baloldalt a IV. és V. ujjnak megfelelően prima a seb, a III. és IV. ujj között csekélyke váladék. Innen kiszedtem a seb szétválasztása után a stanniolt, a *Thiersch*-lebeny majdnem teljesen megtapadt, azonban két hely csak tökéletlenül volt fedve és itt apró, hámnélküli területek maradtak vissza. Jobboldalt a *Thiersch*-lebeny teljesen hiánytalanul megtapadt. A tenyérnyi hidat mindkét oldalt chloraethyl-bódulatban átmetszettem és a sebet stanniol-kötésbe tettem. Később vaselinos kötések kerültek a sebre és a kötésváltások alkalmával óvatos hajlító és feszítő mozgásokat végeztettem.

Márc. 26-án az összes sebek úgyszólván teljesen behámosodtak, úgy hogy a beteg kötés helyett cérnakesztyűt kapott, melyben kezeit teljesen szabadon használhatta. Ezután néhány nap alatt csekély hajlító contractura fejlődött ki, mely miatt április 3.-án nyujtott helyzetben 24 órára újra sinre helyeztem a kezeket. Ettől kezdve pedig kezei nappal szabadon voltak, éjjel nyujtott helyzetben, sinen és a nap folyamán is néhányszor a lehető legerősebben kinyújtottuk az ujjakat. Utóbb kitünt, hogy mindkét kézen a III. és IV. ujjon az alappercek proximalis harmadának megfelelően egy kb. 1 cm hosszú heges hid keletkezett. Ezt ápr. 30-án chloraethyl-bódulatban átmetszettem

3. ábra. A műtét utáni állapot nyújtott ujjakkal.

az alapperc-tenyéri bőrredő magasságig, a kis sebet stanniollal fedtem és egy gaze-gombóc rányomásával a két ujjat a lehető legerősebben szétterpesztettem; 1 hét mulva csukamájolaj-dermaforinos kötések, szintén a szétválasztott ujjak nagyfokú széttolásával. A kötést úgy alkalmaztuk, hogy kezeit és ujjait szabadon használhassa. Május



4. ábra. A műtét utáni állapot jobb kézen a középső, balon a gyürüs ujj kinyújtva, a többiek hajlított helyzetben.

20-ra mindkét seb teljesen begyógyult és 22-én elhagyta az osztályt. Összes ujjait teljesen szabadon mozgatja, tökéletesen behajlitja és kinyujtja, közeliti és távolítja s az elválasztott ujjak ép olyan jól működnek, mint a többiek és külön-külön is mozognak. (3. és 4. ábra).

Tudtommal az *Esser*-féle hámsüllyesztés elvét a syndaktylia gyógyítására eddig csak *Klapp* alkalmazta, de módszere komplikált és csak az alapperceket hámositja be. A vázolt egyszerű eljárás igen sokat igér, különösen ott, ahol a bőr kevés. Hiszen vannak esetek, amikor a bőrhiány miatt egyes ujjakat fel kell áldozni, hogy a többiek-

nek bőrboritók jusson. Ez a leírt eljárással a jövőben talán el lesz kerülhető, illetve olyan esetekre korlátozható, midőn egyes ujjak javithatatlanul elgörbültek, illetve teljesen elkorcsosodtak. Stanniol behelyezése az ujjak közötti transplantálandó üregbe, úgylátszik inkább hátrányos, mint előnyös.

Mivel a syndaktylia aránylag ritka és nem különleges gyermekosztályokon évek is elmulnak míg egy-egy akad, bátorkodtam ezen egyetlen esetem alapján kartársaim figyelmét erre a műtétre felhivni.

Adatok a cystoma papillare ovarii kórképéhez.

Irta: *Sztehlo István dr.* főorvos.

A petefészek rosszindulatú elfajulása nem tartozik a ritkaságok közé. Sajnos azonban sokszor későn kerül kezünk közé a beteg, nemegyszer csak akkor, amikor már inoperabilis állapotban van. Ha már most azt kérdezzük, hogy mi ennek az oka, azt kell felelnünk, hogy a malignus petefészek tumorok a betegség kezdetén alig okoznak panaszokat; a tünetek sem olyanok, amelyek az orvos figyelmét a rosszindulatú daganatok felé terelnék. Amíg a gyomor-bélhuzam malignus elfajulásakor emésztési zavarok, véres hányás és széklet jelentkezik; a méh rosszindulatú elfajulásakor rendetlen vérzés, két havibaj között vérezgetés, vizsgálat, öblítés, házasélet közben jelentkező vérzés arra indítják a beteget, hogy orvoshoz forduljon, addig a petefészek rákja alattomosan kúszva fejlődik és csak később okoz panaszokat (hasnövekedés, lesoványodás, étvágytalanság), amikor már nem helyi folyamattal van dolgunk, hanem amikor a daganat már áttörte a határokat és elöntötte a hasüreget. Nap-nap mellett látunk olyan rosszindulatú ovarialis tumorban szenvedő betegeket, akik heteken, hónapokon keresztül étvágytalanság, bélzavarok, lesoványodás miatt kezelés alatt állottak anélkül, hogy nőgyógyász szakorvos látta volna. Sajnos nem egyszer látjuk azt is, hogy az orvos által felismert ovaralis daganatot nem tartva malignusnak, conservativ kezelésben részesült a beteg, vagy malignitásra gondolva a még operabilis betegen röntgenbesugárzást alkalmaztak. Nem tudom eléggé hangsúlyozni azt, hogy mennyire nehéz, sőt nemegyszer lehetetlen is előre megmondani azt, hogy a méh mellett tapintható daganat jó vagy rosszindulatú. Sokszor még műtét közben sem tudjuk megmondani, hogy a talált tumor malignus vagy sem, mindaddig, amíg kórszövettanilag nincs megvizsgálva. A malignus ovarialis tumorokra jellemző, hogy a daganat felszíne dudoros és rendszerint kétoldali. A hüvelyboltozaton át a kidudorodások jól tapinthatók. Ascites a betegség kezdetén csak kisfokú, s így nem mindig mutatható ki. Hiányoznak a gyulladásra utaló tünetek. Épen azért, mert a helyes kórisme felállítása nehéz, minden ovarialis daganatot; legyen az kicsi vagy nagy, meg kell operálni, mert ezáltal elejét vesszük annak, hogy a ma még talán benignus daganatból később malignus fejlődjön. Miután tapintással legtöbbször nem tudjuk megmondani, hogy a talált daganat jó vagy rosszindulatú, operabilis, avagy már inoperabilis, meg kell nyitni a hasüreget. Hogy mily nehéz lehet a kórisme felállítása, annak demonstrálására szolgáljon a következő eset:

39 éves nőbeteg gastricus panaszokkal belgyógyászati osztályt keres fel. A belgyógyászati vizsgálat negativ eredménnyel járt, mérsékelt alhasi érzékenység miatt gynekologiai vizsgálat céljából hozzánk utasítják. Kikérdezéskor a beteg elmondja, hogy soha terhes nem volt, vérzése 28 naponként jelentkezik 4—5 napig tart, folyékony, nem túl bő. Betegnek nem érzi magát, sportol, csupán hetek óta alhasa nyomásra mérsékelten érzékeny, de enek különösebb jelentőséget nem tulajdonít. Jól táplált, kissé halavány nőbeteget belsőleg megvizsgálva a következő leletet találjuk: Középtág hüvely, sima portio, méhtest valamivel nagyobb kemény anteflektált, a méh mellett jobbra és balra jókora ökölnyi a Douglas üregét kitöltő dudoros felszínű korlátoltan mozgatható, nem érzékeny tumort tapintunk. Diagnosisunk: tumor ovarialis l. utriusque, verosimiliter malignus. Tekintettel a leletre, műtétet ajánlunk. A beteg elképedve hallja szavainkat és kijelenti, hogy neki a világon semmi panasza nincs, teljesen egészségesnek érzi magát, nem hajlandó műtétnek alávetni magát. Férjével közölve leletünket, egy heti gondolkodás után végre felesége rászánja magát a műtétre.

A szabályos előkésztiés után aether-narkosisban a középvonalban megnyitjuk a hasüreget. A fali hashártya megvastagodott, rajta kisebb-nagyobb vörösen elszineződött kis szigetek láthatók, a hasüregben kevés vöröses-színű ascites, az ascites folyadékban lencsényi kis daganatképletek úszkálnak. A hasüreget feltárva rendesnél nagyobb anteflektált uterust találtunk, mindkét oldalt az ovariumból jókora férfiökölnyi, karfiolszerű, málékony daganat fejlődött, amely környezetével összekapaszkodva nincs. Diagnosisunk: Kétoldali ovarialis carcinoma. A fali peritoneumon és a belek serosáján daganatos felrakódást nem találtunk. A műtét az uterus mély amputatiójából állott, az uterussal együtt mindkétoldali ovarialis tumort is eltávolítottuk. Csonkellátás és peritonisálás után zárjuk a hasat. Per primam gyógyult hassebbel 16. napon távozik. Műtét után két hétre prophylactikus röntgenbesugárzásban részesült. Röntgenbesugárzást kapott a beteg azért, hogy az esetleg visszamaradt daganatsejteket elpusztítsuk. Tapasztalás szerint, amíg a röntgensugár a benignus daganatokra belyást nem gyakorol, addig a malignuson degenerált sejtekre romboló hatást fejt ki. *Posatti* minden papilifer ovarialis tumor esetén műtét után többszöri besugárzást végeztet, nehogy a visszamaradt sejtek malignusan elfajuljanak.

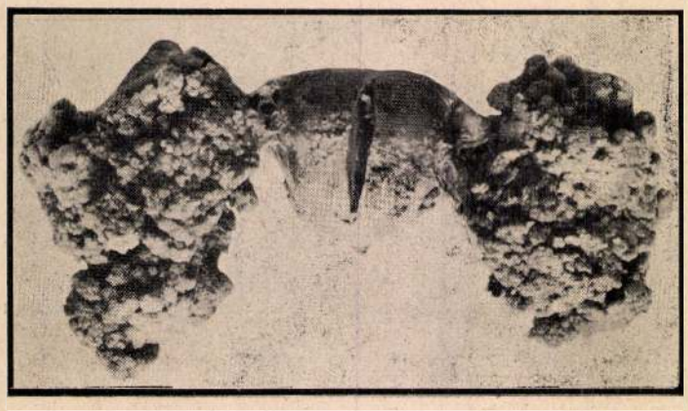
A klinikai kórkép, valamint a műtéti lelet alapján ovarialis carcinomának tartottuk a kiirtott kétoldali daganatot. A kórszövettani vizsgálat szerint azonban a kiirtott ovarialis tumor cystoma papillare ovariinak bizonyult. A kórszövettani leírás szerint mikroskop alatt a vörös daganatrészekből készített metszeteken többszörösen elágazódó kötőszöveti vázzal bíró szemölcsök láthatók, amelyeket kétsorban elhelyezkedő hengerhám fed. Ezen hámsejtek plasmája sötét, a mag chromatindús és a sejtek közepén foglal helyet. A szemölcsök egyrésze, különösen amelyek vaskosak és a kötőszöveti tengelyektől perferiásan fekszenek, hagymaszerűen kitágultak.

„A daganat, annak ellenére, hogy a hámburjánzás helyenként intenzivebbnek látszik, a papillákat mindenütt követi és így a hámburjánzást kisérő kötőszöveti tengelyek alapján a daganatot jóindulatúnak tartjuk.

Diagnosis: cystoma papillare ovarii utriusque. *(Follmann, Dudits)*".

A cystoma papillare ovarii leírása *Olshausen*től származik és bár klinice magánviseli a rosszindulatú daganatok összes tulajdonságat, a kórboncnokok mégis a benignus ovarialis tumorok csoportjába sorolják. A cystoma papillare számos szerző megfigyelése szerint 60—80%-ban kétoldali, a tumor nagysága igen változó, elérhet akár gyermekfő nagyságot is.

Pfannenstiel 13%-ban észlelt ezekben a tumorokban disseminatiót a fali peritoneumon és a bél serosáján. A mi esetünkben disseminatót nem találtunk, csupán az ascitesben úszkált néhány daganatrészlet, amely valószinüleg a puha, kocsonyás tumorról vált le a has erőteljesebb lemosása közben.



1. ábra.

Pesatti foglalkozott legutóbb részletesebben papillaris ovarialis tumorokkal és a hasüregben elterjedésüket illetőleg 4 csoportot állított fel. 157 papilláris ovariális tumorról referálva, az első csoportba azokat a tumorokat sorolta, amelyek gyorsan fejlődnek, a környezettel összekapaszkodnak és aránylag gyorsan vezetnek a beteg halálához. Ezek a tulajdonképeni papilláris carcinomák.

2. ábra.

A második csoportba azokat sorozta, ahol már a peritoneumon disseminált daganatrészletek voltak, azonban a tumor még el volt távolítható. A visszamaradt disseminált daganatrészek azonban egy később megejtett műtét alkalmával már nem voltak fellelhetők. Ezeket a daganatokat *Olshausen, Thornton* és *Marschand* mint benignus ovarialis tumort írták le.

A harmadik csoportba azokat az ovarialis tumorokat sorolta, amelyeket a nagyfokú generalisálódás és inplantatiós metastasisok miatt már megoperálni nem lehet és mindennek dacára a betegek éveken keresztül életben maradnak. Ezeket a daganatokat a jóindulatú ovariális tumorok csoportjába sorolja.

Egy, ebbe a csoportba tartozó beteg 5 év óta áll megfigyelésem alatt, akin 5 év előtt jobboldali inoperabilis jókora gyermekfőnyi, belekkel összekapcsolódott ovarialis tumort találtam. A műtét csupán a nagymennyiségű ascites (30 liter) lebocsátására szoritkozott. A fali peritoneum és a bél serosája tele volt szórva daganatrészekkel. A műtét után röntgenbesugárzást kapott. Az első műtét után egy évre ismét próbalaparotomia, azonban a daganat nem változott, 20 liter ascitest bocsátottunk le. Később még 11 izben bocsátottunk le ascitest, melynek legnagyobb mennyisége egyizben 40 liter volt. A beteg 36 éves, még ma is jó erőbeli állapotban van, utolsó időkig hivatását (bábaság) teljesítette.

Végül a negyedik csoportba azokat a daganatokat sorolja, amelyekben a műtét által eltávolított ovarialis tumor kórszövettanilag benignusnak bizonyult, azonban a később megismételt műtétkor már carcinomás elfajulást mutatott a kórszövettani kép. *Fleischmann, Orthner, Pfister, Tauber,* több ilyen esetről számolnak be.

A leirt és kórszövettanilag kivizsgált eset megerősíti azt a régi elvet, amely szerint minden rosszindulatú álképlet esetén a korai diagnosisra kell törekednünk, épen azért rendkivül fontos, hogy hasüri panaszok mellett vizsgáljuk meg bimanualisan a belső genitáliákat is és ha az adnexumokon a legkisebb daganatos elfajulást találtuk, vagy ha nem tiszta a hasüri daganat kórképe, nyissuk meg a hasat. Az explorativ laparotomia a mai asepsis mellett már teljesen jogosult diagnostikus eljárás, amellyel nem egyszer fogjuk megmenteni a beteg életét.

Irodalom: *Robert Meyer:* Zbl. f. Gyn. 1910, 65. — *Tóth* A petefészek daganatainak nagy jelentősége. Orvosképzés 1930, 1—2. szám.

Tonsillectomia evipán-nátrium bóditásban.

Irta: *Kassay Dezső dr.,*
a hódmezővásárhelyi „Erzsébet" közkórház r. főorvosa.

Az Orvosi Hetilapban (1932) már beszámoltam új mandulaeltávolító műszeremről (amygdalektom), amely lényegében a Sluder-eszköz módosítása és azt a célt szolgálja, hogy a tonsillectomia sebét is primaer varrattal lássuk el. Ezen cél érdekében a műszerrel, melynek ablakán a mandulát átbuktattuk, a mandula tokja körüli szöveteket és az iveket *a mandula eltávolítása előtt varrjuk össze* és csak a varrat behelyezése után távolítjuk el a mandulát. Ily módon a sebet összevarrjuk anélkül, hogy az nyitva lett volna, fertőzésnek ki lett volna téve és a varrat után holt üreg maradna vissza.

A műszer előnyére irtam, hogy: 1. a műtéti időt lényegesen megrövidíti, mert a minutiosus vérzéscsillapítás, tamponbevarrás stb. elmarad. 2. Utóvérzéstől nem kell tartani. 3. A gyógyulás gyorsabb és simább. 4. Fájdalom-csillapitókul morphin-készítményeket alkalmazni lehet.

Beszámolóm 81 végzett műtétről ad felvilágosítást. Ma közel 1000 műtétet végeztem az említett eljárás szerint. Eredményeimről az 1000. műtét után óhajtok beszámolni; most csak eljárásom egyik megkapó eredményét mutatom be.

A műtétek nagyrészében 12—14 éves korig chloraetyl bódítást használtam, felnőtteken 1%-os novocain érzéstelenítésben végeztem azt. Később *Zimányi*tól hallván, hogy ő felnőtteken is végez Sluder-eszközzel chloraetyl-bódításban tonsillectomiákat, megkiséreltem ugyanezt műszeremmel és arra az eredményre jutottam, hogy nemcsak sokkal könnyebb a műtét a beszűrődés nélküli szövetekben, hanem a gyógyulás is simább és csaknem a

gyermekek gyors gyógyulásához lehet hasonlítani. Ennek oka minden valószínűség szerint a tűszúrások és a novocain hatásától megkímélt szövetek jobb regeneráló képessége. Az eljárás egyetlen hátránya, hogy a chloraetyl bódításban lévő felnőtt beteg fejét nem lehet jól rögzíteni. Ezt a körülményt természetesen ki kell küszöbölnünk a műtét biztos és pontos keresztülviele érdekében. Igy jutottam el az evipán-nátriumhoz, melynek már intravenás alkalmazása óriási előny szájüregen keresztül végzett műtétekben az inhalatiós eljárásokkal szemben.

A mai napig 94 felnőttön végeztem mandulakiirtást evipánnátrium *bódításban*. Nem narcosisban, mert általában elég férfiaknak 4.8 ccm, nőknek 4.2 ccm. Ez a mennyiség elégséges olyan mély bódításhoz, hogy a beteg fejét a műtét tartamára rögzíteni lehessen, s így a műtét teljesen fájdalommentes legyen és teljes amnesiában történjen. Természetes, hogy az evipán-nátrium bódításban csak a leírt eljárás szerint szabad a műtétet elvégezni, mert itt nincs vérzés, illetve az nem nagyobb, mint egyszerű foghúzás után.

Az altatás mélységét a műtő szabályozza, még pedig úgy, hogy ha a beteg a műtét keresztülvitelét a 3.5—4 ccm. kezdő adag beadása után védekező mozgásával zavarná, felszólítja az altatót az altatószer további adagolására.

A fenti mennyiségű evipán elégséges a műtét zavartalan keresztülviteléhez, de nem szünteti meg a gége és légcső reflex működését. Ezért a félrenyelés, aspirálás lehetetlen. Elégséges az igen rövid (alig 1 percig tartó) műtéthez, de nem lenne elég a hosszabb ideig tartó hámozáshoz, melyhez az erősebb vérzés miatt sem alkalmazható. Mind a 94 beteg izgalom nélkül aludt el, s ébredéskor csak egy volt izgatott. A betegek az injectiotól számított 8—10 perc mulva ébren vannak.

Következő előnye eljárásomnak gócfertőzések esetén van. *Lénárt* professor ily esetekben fontosnak tartja, hogy „kifejtéskor a *tokon kivül kell maradni* és nem szabad az eszközzel behatolni a mandula állományába. Ilyen hibák gócreactiót váltanak ki, amely a láz, a fájdalom és gyulladás fellobbanásában nyilvánul meg. Az érzéstelenités alkalmával nem szabad a tűvel a mandulába jutni, mert ezzel az injectio nemcsak a szomszédos részekbe, hanem a nedvkeringésbe is beterjedhet." Evipán bódítás esetén nincs lehetőség arra, hogy az injectiós tűvel a mandulába jussunk. Közbevetve jegyzem itt meg, hogy természetesen elmarad a novocain véletlen érbejutása, tonogén hatás stb., szóval a mandulák környékére adott érzéstelenítő injectiók okozta esetleges kellemetlenségek.

Hámozáskor szinte elkerülhetetlen, hogy a mandulák üregében lévő váladékot ne exprimáljuk és így az nagyon könnyen bele kerülhet a nyitott sebbe. Amygdalektommal az egész műtét a tokon kivül történik és keskeny, vonalalakú seb csak akkor keletkezik, mikor már primaer varrattal el is láttuk, tehát a mandula váladéka a sebbe nem kerülhet bele. Gócfertőzés esetében 12-szer végeztem műtétet a leírt módon (polyarthritis 8, nephritis 3, sepsis 1); gócreactiót egyik műtét sem váltott ki. Nagyon jól tudom, hogy ez a néhány eset nem bizonyító erejű, de az elmélei elgondolást bizonyos fokig alátámasztja.

Varróműszeremmel helybeli érzéstelenitésben végzett műtétekben azt tapasztaltam, hogy a beszűrődés bizonytalanná tette a műtét pontos keresztülvitelét. A fogóval gyakran túl húztuk a mandulákat, úgy hogy izomszövet is került az eszközön túl és rajta maradt az eltávolitott mandulán. Evipán bódításban érintetlen szövetek mellett pedig csak magát a mandulát tokjával, a fossa supratonsillarissal együtt, minden esetben izomszövet és környező nyálkahártya nélkül távolitjuk el.

Természetesen hámozást végezünk minden esetben, ha a mandula környéke erősebben heges, illetve nem tudjuk környezetéből kimozdítani. A műtét módját a mandulák pontos vizsgálatával mindig a műtét előtt állapítjuk meg. Ezzel elkerüljük azt a veszélyt, hogy a tokon kivül ülő tályog esetén primaer varratot alkalmazzunk. Ezek olyan beszűrődést és hegesedést okoznak, hogy előre meg tudjuk állapótani e műtétre alkalmatlan voltukat. A 94 evipán bódításban történt műtét mellett 9 esetben végeztem a leírt körülmények miatt hámozást.

A leírtakban röviden összefoglalt tapasztalataim alapján bátran állíthatom, hogy eljárásom nagy előnyt jelent úgy a beteg, mint a műtőre nézve. Annak alkalmazását őszintén ajánlhatom.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A kézirás megváltozása rosszindulatú daganatok keletkezése esetén. *A. Kanfer.* (W. M. W. 38.).

Minthogy az irás kifejezi az egyén testi és szellemi lényét, kell, hogy ezek megváltozása is rögzítődjék benne. Elmegyógyászok régóta tudják, hogy az alkoholista, a paralytikus stb. irása karakteristikusan megváltozik. Négy iráscsoportot ismertet, melyek rosszindulatú daganatra jellemzőek. 500 beküldött irást átvizsgálva 82%-nyi pontossággal helyesen következtetett rosszindulatú daganatra.

Csillag István dr.

A graphologia mint diagnostikai segédeszköz. *H. Flamm.* (W. M. W. 40.).

Rosszindulatú daganatokon kivül számtalan kórfolyamat, úgymint mérgezések, fertőzések, anyagcserebetegségek, belső secretiós zavarok változtathatják meg az irást vagy direct a centrumra hatva, vagy — *Kanfer* felfogása értelmében — a szervezet legyengülése által. A grafológiát diagnostikai segédeszköznek felhasználni csak akkor volna értelme, ha mindezekkel külön-külön nagy anyagon foglalkozva pontos vizsgálatok történtek volna.

Csillag István dr.

Szülészet.

Ritka aetiologiájú hólyag-hüvelysipoly esete. *N. J. Ljubimov:* (Zbl. f. Gyn. 1935. 36.)

21 éves beteg 10 év előtt történt első coitusa óta állandó vizeletcsurgásban szenved. Minden coitus után 2-3 napig tartó vérzés és alhasi fájdalmak. Menstruációja 12 éves kora óta rendes. A mellső hüvelyboltozatban két és fél ujjnyi hólyag sipoly nyilás,. Fistulazárás két rétegben. Zavartalan gyógyulás.

Hufnagl Kálmán dr.

Az abdominalis császármetszés a jelenben és a jövőben. *G. Winter.* (Zbl. f. Gyn. 1935—41.).

E cikke elsősorban Doerffler „Uj szülészet"-ének birálata. Leirja a Doeffler-féle császármetszést, melynek lényege, hogy a méhet a hasseb elé emeli, a méhmetszést harántul végzi és legfeljebb csak manuális segitséget alkalmaz a fej és a magzat kigördítésekor. Doerffler olyan eredményekről számol be, melyek ezideig Németországban a legjobbak és az anyai és magzati mortalitás szerinte semmivel sem nagyobb, mint a rendes szülésnél. Beszámolása azonban nem felel meg a tudományos statisztikai követelményeknek, amennyiben eseteit csak nagy általánosságban irja le. Nem részletezi sem az indicatióit, sem a műtét végzésének körülményeit és annak időpontját, sem az anyagi és magzati halálozást és morbiditást. A lázas esetekre vonatkozólag megemliti, hogy a vajudóknak legnagyobb részét nemcsak a láz ellenére, hanem a láz miatt operálta eredménnyel. Doerffler elmélete szerint a császármetszés mellett, mint szülészeti műtét csak a kimeneti fogó és az eltünt méhszáj melletti fordítás és azonnali extractio jöhet szóba. Ez nem lehet helyes, hiszen a szülés befejezésének természetes útja mégis csak a hüvelyi út. — Szerinte Doerffler jó eredményeinek az az oka, hogy legtöbb-

ször, láztalan, nem vizsgált eseteket korán operált, vagyis olyankor, mikor a műtét veszélyei a legkisebbek. Szerinte a haladás útja egyrészt a technikai út, amellyel a szövődmények lehetőségét a legkisebbre csökkenthetjük, másrészt pontos statisztika készítése, melyek eldöntik, hogy melyik eljárás jár a legjobb eredménnyel. Köszöni Doerfflernek, hogy új eljárást dolgozott ki, mely sokat igér, „új szülészetét" azonban határozottan vissza kell utasítania.

Bäder Antal dr.

Kétoldali ureter-hüvelysipoly. Implantatio a hólyagba a sérülés után 7 illetőleg 11 hónap mulva. *E. Graff.* (Zbl. f. Gyn. 1935. 36.)

Collumcarcinoma miatt végzett abdominalis radikalis műtét után a hüvelyből vizeletcsurgás. A jobb hüvelyboltozatban sipolynyilás, melyből vizelet ürül. Ezen nyiláson át ureterkateter vezethető vissza a jobb vesemedencébe. Indigocarmin-kiválasztás baloldalt rendes, jobboldalt alig felismerhető nyomokban. Intravenás pyelogramm mindkét oldalt normalis ureter-hüvelysipoly miatt laparotomia, a jobb ureter implantatiója a hólyagba eredménytelenül. Később újból implantatio. Utána továbbra is vizeletcsurgás a hüvelyből, bár a cystoskopiai vizsgálat szerint az implantált ureter kifogástalanul működött. Ureter-kateternek a bal vesemedencébe való felvezetése után a vizeletcsurgás megszünt. Tehát a bal ureter közlekedett a hüvellyel. Ezért a spontan gyógyulás elősegítésére 16 napra állandó ureter-katetert vezettek a bal ureterbe. Minthogy a vizeletcsurgás később is fennállott, a bal uretert is implantálták a hólyagba. A beteg meggyógyult. 8 hónap mulva a jobb ureter beszájadzásánál erős szükület fejlödött és a keletkezett hydronephrosis miatt a jobb vesét el kellet távolítani.

Hufnagl Kálmán dr.

Gyermekgyógyászat.

A scarlát nephritis megelőzése. *Hiro.* (Zeitschr. f. Kk. 57. k. 3. füz.).

A scarlátos nephritis pathogenesisében a máj magatartása is szerepet játszik. Egyes szerzők által közölt eddigi eredmények, melyek szerint a scarlátos nephritis gyakorisága a tej-étrenden tartott betegeken nagyobb, mint a rendes étrenden tartott betegeken, szerző szerint azzal magyarázhatók, hogy a zsírgazdag táplálék a máj működését kedvezőtlenül befolyásolja a máj méregtelenítőképessége a bakteriolysinek által szabaddá tett endotoxinokkal szemben csökken és a vesegyulladás létrejöttére nagyobb a lehetőség. Az a tény, hogy a későbbi antitestképzés, ellentétben a koraival, ritkábban okoz vesegyulladást, részben azon alapszik, hogy a májfunctiós zavarok a későbbi stádiumban legtöbbször javulnak, vagy ritkábban találhatók, részben pedig azon, hogy az antitestek útján kevesebb streptococcus-endotoxin válik szabaddá, mert a szövetekben kevesebb streptococcus van, mint a korábbi stádiumban. 35 májkészítménnyel kezelt skarlátos gyermek közül csak egy (3%) betegedett meg nephritisben, míg a májkészítménnyel nem kezelt 16 gyermek közül kettő (13%). Ez a megfigyelés amellett szól, hogy a májműködés viselkedése a skarlátos nephritis kóroktanában fontos szerepet játszik.

Tamássy Gyula dr.

Adatok a liquor sejttartalmához meningitis tbc. esetén. *Wedemayer.* (Klin. Wschr. 24).

Szerző új methódust közöl a liquor sejttartalmának a vizsgálatára, amelynek az az előnye, az eddigi eljárásokkal szemben, hogy elkerülhető a sejteknek centrifugálás következtében létrejött sérülése. Vizsgálatai folyamán arra az eredményre jut, hogy meningitis tbc-nél a liquorban nem tulnyomólag lymphocyták, hanem sokkal inkább segmentált leucocyták találhatók. Ezen utóbbiak számának az emelkedése bizonyos szabályszerüséggel történik a betegség lefolyása alatt és prognosztikai jelentősége is van.

Móritz Dénes dr.

Kiterjedt tüdőlégtelenség egy esetéről post diphtheriás bénulás stadiumában. *Pohl és Zischnoky.* (Jahrbuch f. Kk. 154. k. 2. füz.)

Ebben az esetben a kórlefolyásban az volt a feltünő, hogy a jobb tüdő ugyanazon pontja felett az egyik napon kompakt tompulatot, a másik napon pedig magas tympanikus hangot észleltek. Ennek magyarázatát a következőkben adják:

Az általános bénulásos stádiumban a betegnek valamelyik kis bronchusában könnyen belejut egy kis darab ételmaradék, amely ott a naponkénti helyzetváltoztatásával hozza létre a két tünetnek a váltakozását. Ugyanis, ha teljesen elrázódik a bronchusság, akkor a komplett stenosist kapjuk atelektásiával, ha nem záródik el teljesen, akkor a tüdő felfuvásával szelephatás fog kifejlödni.

Barabás István dr.

Paroxysmalis tachycardia kezeléséről. *Nagel.* (Kl. Wschr. 1935. 1211. o.)

9 éves fiún paroxysmalis tachycardiás roham alatt megpróbált *Bohnenkamp* szerint *nagy adag* digitalist adni intravénásan. 0.5 ccm. Pandigalt injiciált intravénásan, majd 6 óra mulva újból 0.5 ccm. Pandigalt. A második injectió után azonnal a gyermek rendkívül nyugtalan lett, a légzés felületessé vált, majd teljesen megszünt, az arc teljesen cyanotikus volt. Azonnali mesterséges légzést, lobelint alkalmaztak, mire az aggasztó tünetek megszüntek. Túlerös vágus hatással magyarázza a tüneteket. Az eljárással szemben még óvatosságra int.

Kiss Pál dr.

Adatok a gyermekkori postoperativ vérképváltozásokhoz. *Bogorad.* (Jahrb, f, Kk, 145 k, 2, füz,),

65 megoperált betegen 500 esetben végeztek vérvizsgálatot Schilling szerint a műtét előtt, közvetlenül utána és folytatólagosan a regeneratio bekövetkeztéig. A vérelváltozások — erythrocytaszám csökkenés, leukocytosis, balratolódás, lymphopenia, az eosinophilok megcsökkenése —, már fél, kifejezetten 3 óra mulva volt kimutatható. A vérveszteség nagysága szerint a regeneratio 3—30 nap mulva következett be. Ha a fehérvérképben a változások 3—5 nap mulva is tovább emelkednek, sebcompliqatióval, vagy kedvezőtlen lefolyással számolhatunk. Ha a neutrophilok 94%-ig emelkednek, a prognosis infaust. Hosszabb narcosisok, erősebb traumatizáló behatások után, ha nem jártak említésre méltó vérveszteséggel, a vérképben jelentékeny változást nem észleltek, erős vérzések után a vérképben kifejezett változások keletkeztek. Peritoneális complicatióval járó appendicitis esetén az előbb említett vérelváltozások már a műtét előtt beállanak, s a folytatólagos vérvizsgálat fontos támpontot ad a prognosisra.

Tamássy Gyula dr.

Urologia.

A vas deferens és ondóhólyagok kiürüléséről *S. F. Wilhelm.* (Journ. of Urol. 1935, 34, sz. 285 o.).

50 éves férfin castracio után a vas deferens csonkjába 3,5 ccm. jódozott olajat fecskendezett be, majd különböző időkben röntgenfelvételeket készített. Az injectió után készített felvétel szépen mutatta a vesicula telödését, mely a következő napokon lassú ürülést tüntetett fel a hugyhólyag felé. A műtét utáni 31. napon contrast anyag már nem volt kimutatható. A betegnek erectioi vagy ejaculatioi közben egy alkalommal sem voltak.

Bodon György dr.

A vesemedence kiürülési zavaraival kapcsolatos vérvizelések. *Hortolomei, Streja, Burhele.* (Zeitschft. f. Urol. Chir. 41. k. 4—5. f).

A kiürülési zavarok okozta vesevérzések előidézőjéül a fornix és papilla határán levő nyálkahártya erőmüvi repedését tekinti. Ilyenek a pyelo-venosus reflux vizsgálata alkalmával végzett kisérletek alkalmával többször is előfordultak. Felemliti, hogy hydronephrosisban számos szerző végzett pontos méréseket a veseüregben levő nyomásról és ezek az értékek jóval felette voltak azoknak, melyekkel azok a pyelo-venosus reflux kisérletek történtek, melyeket haematuria követett. Ebből arra következtet, hogy a secretiós nyomás fokozódhatik annyira, hogy a vesekehely repedéséhez vezethet. Ennek a hatása erősbödik az intrapyelumos nyomás olyfajta fokozódásával, ami a vesetok megvastagodásakor és merev szövetté válásakor jön létre gyulladásos termékek, vagy vizeletalkatrészeknek (hugysavkristályok — *Illyés)* a tok alá jutásával. Több ehhez hasonló mechanismust tárgyal meg, mely kehelyrepedéshez vezet. Az egyik vesemedence és az uretert görcsös összehúzódásai közvetlen ingerre vagy reflexes úton, az ureter antiperistaltikája kö, vagy egyéb akadály elleni küzdelmében és a hólyag heves contractiói, melyek az elégtelen ureterszájadékon át a tág ureterben pangó folyadékoszlop közvetítésével közvetlenül a kehelyrendszerre fejti ki hatását.

Részletesen foglalkozik az essentiális haematuriával, melynek okául legtöbbször (az irodalmi és főleg Ravasini ese-

teire támaszkodva) szintén oly fornix repedést lát, melyet a sorozatos pyelographiával vagy pyeloscopiával kimutatható pyelumgörcs idéz elő, s melynek helye azonos a pyelovenosus refluxnak a röntgen képen látható helyével.

Végül rátérve a therapiára hangsúlyozza, hogy mindazon esetben ahol a vérzés okát a szokásos vizsgálatokkal nem találjuk, pyeloscopiával a functionális viszonyokat tegyük vizsgálat tárgyává.

Remete Tibor dr.

Bőrgyógyászat.

Az ekzema öröklékenységéről. *J. K. Mayr,* (Archiv. für Dermatologie und Syphilis, 171. k. 6 füz., 1935).

Szerző ekzemában szenvedő betegeit öröklődéstani szempontból vizsgálta. Több, mint 300 eset kapcsán végzett vizsgálatai alkalmával feltünt, hogy az ekzemában szenvedő betegek hozzátartozói közül milyen kevesen mutattak bőrtúlérzékenységet. Az ekzemára való hajlam megnyilvánulása a nagy ritkaságok közé tartozik. Ezért fel kell vennünk, hogy nem egy egyeséges gen, hanem azok sokasága szükséges ahhoz hogy klinikailag ekzema jöjjön létre. Szerző felveti a kérdését annak, hogy nem kellene-e két öröklődési typust felvenni, amelyek egymással dolgoznak, nevezetesen a domináns hajlamot az allergia megnyilvánulására és a recessiv hajlamot az allergiás ekzema kifejlödésére.

Preininger Tamás dr.

Higanykenőkúrákban használt kénes fürdők kedvező hatásáról. *Jakoby.* (Derm. Zeitschr. 6. sz. 1935).

A régebben világhírü syphilises fürdőhely, Aachen, a salvarsan alkalmazásával igen sokat vesztett a régi látogatottságából. Már Neiser kifogást emelt a kenőkúrával egyidejüleg alkalmazott kénes fürdőkkel szemben, mivel a fürdőben képződő higanysulfid nem szívódik fel. Poulsen gyógyszertani könyvében megemlíti, hogy a kénsulfidot tartalmazó források gyorsabbá teszik a higany kiürülését, ezáltal esetleg halálos mérgezést is előidézhetnek. A hatás a kénsulfid, illetőleg sulfidok felszívódásán és a bőrre, illetve a belső szervekre kifejtett müködésén alapszik. Szerző önmagán egy kéndioxydba mártott vattát Bilroth batisttal lefedve, ragtapasszal felkarjára rögzitett. Másnap erősségében növekedő, élesen határolt bőrpir keletkezett, mely csak a harmadik napon fejlödött vissza. Mivel e hatás a kötés eltávolitása után jelentkezett, szerző valószinünek tartja, hogy higanysulfid felszívódásról van szó. 1932-ben szerző bőre alá casbist fecskendezett, mely az ugyanerre ható kénsulfidtól megfeketedett. Az elváltozást histologiailag is kimutatta. Szerző úgy gondolja, hogy a sulfidok a sejtekben a légzés fermentumául szolgáló vasat vassulfiddá alakitják át, és a belső légzés eme akadályozottsága folytán számos sejt megy tönkre, magvaikból az adenin szabaddá válik, ebből adenylsav fejlődik. Zipf szerint bármilyen eredetü gyulladásos szövetben ez mint capillaris méreg szerepel és többek között bővérüséget is előidéz, melyet előbb a histaminnak tulajdonitottak,' bár ez csak a régebbi szövetekben található. Az adenylsavban látja szerző azt a tényezőt, amely bővérüséget és jobb nyirokáram'ást okoz a bőrben, valószinü, hogy ugyanez történik a test mélyebb szöveteiben is, mely az egész test áthangolását hozza létre. Ha a kenőkúrát nem egyidejüleg, hanem akkor alkalmazzuk, midőn a kénfürdőkkel kellő előkészités után a szövetek teljesitőképességük csúcspontjára érkeztek, a kenőkúra hatásának fokozódását láthatjuk. A kenőkúrák közé iktatott kénfürdők vannak hivatva eme teljesitőképesség megtartására.

Dóczy Gedeon dr.

Fülészet.

A füleredetü sinusmegbetegedések kór- és gyógytanához. *E. Frühwald.* (Acta Oto-Laryngologica. XXI. 4.).

A középfülmegbetegedés tartama és a sinusmegbetegedés jelentkezésének ideje, s körülményei közötti összefüggéseket az eddigi irodalmi közlemények többnyire figyelmen kivül hagyták. A szerző az otitis tartamát heveny esetben az első tünetek felléptétől, idült esetben a heveny fellobbanástól számítja. Vizsgálatai 208 sinusphlebitisre vonatkoznak, ebből 69 heveny 139 pedig idült középfülgenyedéshez társult; a két oldal megbetegedése kb. egyforma arányban szerepelt, a férfiak nagyobb számban betegedtek meg, mint a nők, s a megbetegedés zöme a 15-30 életévekre esett. Vizsgálati eredményei egyébként röviden a következőkben foglalhatók össze: heveny középfülmegbetegedés után 2-4. héten lép fel leggyakrabban a sinusphlebitis ill. thrombosis, túlnyomóan pneumatikus szerkezetü csecsnyulvány mellett. A sinus falon ilyenkor csekély elszineződés, esetleg felrakódás látható csak. A thrombus maga a 4. hét végéig solid, csak azután kezdődik genyes szétesése, ami virulens bakt. esetén igen gyorsan megy végbe. Egyébként a thrombusban már a 2. héten kimutathatók a bakteriumok. Az áttétek, különösen a koponyaüriek, csak az ált. fertőzés folyamán, később lépnek fel. *Idült* középfülmegbetegedéshez a heveny fellobbanás első napjaiban társul a sinusmegbetegedés; cholesteatoma mentes esetekben javarészt pneumatikus csecsnyulványszerkezet észlelhető; a sinus fal már az első héten súlyos elváltozást mutat s ugyanekkor a thrombus legkülönbözőbb válfajait találhatjuk meg a lumenben, s kezdettől fogva fertőzött a thrombus. Az áttétek a 2. héten lépnek fel legtömegesebben. A jugularis alákötését minden esetben elvégzi, bár nem tartja biztos védelemnek a fertőzés tovahurcolása ellen.

Krepuska István dr.

A húsmérgezés ártalmas hatása a hallószervre. *Záviska,* (Monatschr. Ohrheilk. 68. 11.).

Az irodalmi adatokból és saját tapasztalatai alapján is megállapitja, hogy húsmérgezés esetében a hallószerv részéről csaknem kizárólag a vestibularis ideg betegszik meg, a cochlearis csak sokkal ritkábban, annyira, hogy súlyos vestibularis neuritis képében jelenik meg néha a botulizmus. Izolált vestibularis megbetegedést okozhat a salicylintoxicatio s ritkábban a lues is, egyébként azonban igen ritka megbetegedés. 8 esetének közli röviden kórtörténetét, majd megállapitja, hogy míg a magára hagyott esetekben a vestibularis tünetek nehezen mulnak el, addig proteinnel kezelt eseteiben gyors gyógyulás állott be, amit a leukocytosisnak tulajdonit. Különösen jó eredményeket látott a polysantól, mely ugyan nem fehérje, hanem colloidalis magnesiumhydroxyd, de ugyancsak leukocytosist okoz, mint kisérleteiből kitünik.

Krepuska István dr.

Heveny csecsnyulványgyulladás és vesebaj. *Löwy* (Mschr. Ohrenheilk. 69. sz. 6. o.)

A középfülgyulladás és vesebajok közötti összefüggés állandóan foglalkoztatja a fülészeket. Nagyobb anyag feldolgozásával különösen *Lund* és *Kollert* foglalkoztak s különösen utóbbi mutatott rá a szervezetben elrejtett elsődleges góc jelentőségére, mely a vesefolyamat megnyugvását megakadályozhatja, sőt meg is hiusithatja. *Löwy* 15 vesebajos fülbetegén végzett vizsgálataiból többek között kitünik, hogy a fül. műtét utáni sebgyógyulását a vesebaj általában nem hátráltatja; az esetek (2047 antrotomisált) 0.7%-ában volt kétségtelenül beigazolható, hogy a vesebajt a fülbaj váltotta ki ill. tartotta fenn, vagy mint elsődleges megbetegedés vagy mint fertőző góc. Túlnyomórészt gyermekeken lépett fel fül eredetü vesegyulladás s igen gyakran mirigyduzzanatok kiséretében. A vesebaj kórjóslata füloperáltak eseteiben jó volt éppen czért, ha alapos a gyanú arra, hogy a vesebaj és fülmegbetegedés között összefüggés áll fenn és spontán gyógyulásra a vesebaj nem mutat hajlandóságot a fülbaj javulása mellett sem, ez műtéti indicatio lehet a csecsnyulvány felvevésére bizonyos körülmények között.

Krepuska István dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die Hautkrankheiten. *Richard Rohrbach.* (Th. Steinkopff, Dresden. Ára: 20 M.)

Ez a kellemes külsejü, jó tankönyv a korunkban mind nagyobb tért hódító és mind több gyakorlati hasznot jelentő *biologiai irányzat* szellemében foglalja össze 393 nagy oktáv oldalon dermatologiai ismereteink velejét. A bőr elváltozásait mindig a szervezet egészének keretében kivánja szemléltetni hiszen — mint szerzője már a könyv első soraiban hangsulyozza — alig akad helyi szöveti elváltozás, ami valamiként ne állana összefüggésben a szervezet egészével. Ez a morphologiai szemlélet fölé való emelkedés, s a korszerü biologiai kutatások eredményeinek bőséges méltánylása hozza magával, hogy már a könyv első, általános részében kevesebb az alaktan, mint a biologia, s az általános gyógykezelés fejezetében is szerényebb hely jut a külső, helyi eljárások taglalásának, mint pl. a szervezet egészét áthangoló gyógyeljárások ismertetésének. A hangsulyozottan biológiai irányzat azonban ennek ellenére sem teng túl sehol, és nem

von le semmit a könyv értékéből. Ellenkezőleg, épen ezeken a korszerű nézőpontokon felépült, nagyobb, önálló biologiai vonatkozású fejezetek, amelyek pl. a functionalis bőrpróbák, a bőrfesték, allergia, öröklődés, anyagforgalom, belső elválasztás, vitaminok, stb. általános és bőrkórtani vonatkozásait tárgyalják, teszik igen tanulságos olvasmánnyá a könyvet nemcsak a kezdő, hanem a haladottabb szakorvos számára is.

A bőrbetegségek széles és százfelé aprózódó anyagát *kórtani szempontból foglalja rendszerbe*, ami egyenes következménye annak a szemléletnek, amely a bőrbetegségeket sohasem tekinti elsősorban morphologiai szempontokból. Nem értünk ugyan egyet a rendszer minden részletével, mint pl. az erythema multiforme és nodosum, verruca, molloscum contagiosum, pemphigus, neuroderma, hydroa vacciniforme, stb. helyének megszabásával, a condyloma acuminatum teljes kihagyásával, stb., de nem vonhatjuk meg mégsem e rendszertől azt, hogy általában logikus, s az anyag áttekintését a kezdő számára igen megkönnyíti.

A könyv nem kompendium. Az anyag, amit felölel, a szigorlat és az általános gyakorlat igényeit jól kiegészíti. Az egyes kórképek leírása szabatos, kerek, világos, e fejezetekben a klinikai morphologia is megleli az őt jogosan megillető méltányolást, de pl. a kórtani és szövettani vonatkozások iránt a szerző helyenként szükmarkú, (pyodermák, lupus, stb). Sajnáljuk nagyon, hogy egyetlen ábra sincs a könyvben, mert ezek nélkül még a legkiválóbb dermatologiai tankönyv is csak fele-értékű. A szerző maga is érzi ezt, amidőn a szaktudomány nagy atlaszainak párhuzamos használatára utasítja olvasóit. És ép így kár, hogy a nemibetegségek ismertetése — még bőrkórtani vonatkozásaiban is — teljesen hiányzik a könyvből. A szerző talán önálló kötetben készül ezeket egybefoglalni. Kívánjuk is, mert még a tankönyvekben egyébként nem szegény német irodalomnak is nyeresége lesz az előttünk fekvő könyvet értékének és arányainak megfelelően kiegészítő venereologiai tankönyv megírása.

v. Berde prof.

A belső secretiós betegségek. *Hajós Károly* (402 oldal, 76 ábrával. A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat kiadása 1935.)

Az egész belorvostanban az elmult 25 esztendőben a belsősecretio tana fejlődött és változott a legjobban. *Jendrassik* belorvostanának 1913-ban megjelent első kiadása óta úgy a második, mint a harmadik kiadás (1929.) számára ezt a fejezetet kellett leginkább átdolgozni. És ez nemcsak a belorvostan körében van így, minden egyes specialis szakmában hasonló a helyzet. Ha valamiről, akkor igazán a belsősecretios betegségekről lehet elmondani, hogy valósággal áttekinthetetlenné nőtt meg ezernyi közleményben és sok kisebb-nagyobb könyvben az erről szóló irodalom. Mindezen nehézségek dacára sikerült e könyv szerzőjének feladatát, azt, hogy aránylag nem nagy terjedelem mellett valamennyi belsősecretiós betegségről szemléltető és fontos képet adjon, kiváló módon megoldania. Az irodalom alapos ismerete, kritikai feldolgozása és részletes felhasználása révén oly munkát ad olvasóinak kezébe, amelyhez bármely idetartozó kérdésnek nagyon megbízható módon leszürt irodalmát könnyen és biztosan meglehet találni. Értékessé és érdekessé teszi a munkát az, hogy szerző csaknem minden fejezetben önálló kutatásai alapján saját maga is jól megalapozott véleményt mondhat. Kórképei élesen körvonalazottak, találók, következtetései realisak, logikusak; józan önmérsékletre vallanak ezen a veszedelmes téren, amelyen már sok különben egészen kiváló kutatót elragadott a kritika hiánya. Rövid a művészettörténelem szempontjából is érdekes bevezetés után nagyon jól megirt általános therápiás fejezet következik, majd sorban jö az egyes belsősecretiós szervek tárgyalása, mindenütt előbb a megfelelő szerv anatómiája, élettana, kémiája, majd a pathológia, annak kisérleti és kórboncolástani része, végül a megfelelő szerv betegségeinek a klinikája, mindezekben elsőrangú módon jut érvényre *Korányi Sándor* iskolájának szabatos tárgyalási módja. Sok olyan fejezete van a könyvnek (A megfiatalitás kérdése, Az allergiás megbetegedések vonatkozásai, A belsősecretio és a bőrelváltozások közötti kapcsolatok, stb.) amelyeket a sokkal nagyobb terjedelmű szakmunkákban nem találtam meg és amelyeknek itteni tárgyalását mindenképen szerencsés ötletnek tekintem. Jól megoldottnak tartom az óriási anyag célszerű és arányos beosztását is. Meggyőződésem, hogy minden szakma művelője munkásságában bőven fog meríthetni e könyvből, a gyakorló orvosnak pedig igazán nélkülözhetetlen munkája lesz e mű. Mindenképen méltóan sorakozik az Orvosi Könyvkiadó Társulat eddig megjelent kíváló monographiáihoz.

Engel Károly dr.

A Magyar Szemorvostársaság október 12-i ülése.

Bemutatások:

Albrich K.: *Lymphcsomó-képződés az uveában.* (Egész terjedelmében megjelenik.)

Schmidt J.: *Szokatlan trachomás burjánzás a szaruhártyán.* 15 éves nőbeteg szaruhártyájának felső harmadán rózsaszinü, síma felszinü, 2 mm-nyire kiemelkedő, éles szélü képlet, függélyes irányú dús erezödéssel. Alsó szélének sürü erezödése a képlet mögül hajlik a felszinére. Szövettan: egymástól alig elhatárolható, lymphocytákból levő folliculusok, közepükön lymphepitheloid és plasmasejtek. Feltünő a sok hajszálér és a tág, lymphocytákkal kitöltött nyirokutak. Diagn.: panus follicularis confluens (Paschеff)

Ditrói G.: A szegedi szemklinika hasonló esetét ismertetí. *Szász Sándor dr.* assistensnek trachomás csomók tartalmából készitett vaccinájával kezelték a betegeket, a pannus fölé adott subconjunctivalis injetiókkal. Egy betegnél pár hónappal később az előadó által ismertetetthez szövettanilag is teljesen hasonló újképlet keletkezett.

Aszalós I.: Idös férfi betegen az előadotthoz hasonló szaruhártyaelváltozást látott, erősebb fokú kötőhártyahegesedés mellett. A folyamat kezelésre teljesen gyógyult.

Előadások:

Albrich K.: *Vizsgálatok az atropin sorsáról a szemben.* Egész terjedelmében megjelenik.

Csapody I.: Kisérleteiben a szem folyadékcseréjére vont következtetéseken kivül foglalkozott az atropin-mydriasis mechanismusával is, melyre nézve szintén alkalma volt megállapításokat tenni.

Fazakas S.: a) *A kötőhártyáról, szaruhártyáról, szemhéjszélről és könnyutakból kitenyészthető penész és sarjadzó gombák.* Ezideig 1791 egyénnek 2530 szeméről végzett táptalajraoltást gombavizsgálat céljából. 1335 betegszemü egyénről 493 esetben (63.8%), 456 épről pedig 115 esetben (25.2%) sikerült gombát kimutatni. Az 1791 egyénnél 42 fajtát identificált. Ezek közül a Periconia keratitidis még nem volt ismeretes a mykologiában. Előtte emberről még nem tenyésztették ki. Igen tekintélyes része pedig ezideig ismeretlen volt a szemészetben. Felsorolja, hogy milyen gombák fordulnak elő a lakásban, a nedves falakon, a kenyéren, a szölön, narancson, citromon, kalászosokon, borban, sajton stb A gombák különös affinitással viselkednek a kötőhártya, (különösen a belső zug és a plica alja) a szemhéjszél (különösen a Meibom mirigyek nyilása) és a könnyutak iránt. A penészgombák a szemben a gyermek és a munkás férfikorban fordulnak leggyakrabban elő. Előbbiek játék-, utóbbiak munka közben jutnak érintkezésbe a gombával fertözött tárgyakkal. Öregek már kevésbbé vannak kitéve a fertözésnek. A szegénységnek igen nagy szerepe van a gombák elterjedésében.

b) *A penészgombák szerepe a különböző szembetegségek lezajlásában.* 416 ép szemből kitenyésztett 115 gomba-leletei kapcsolatban esetekkel bizonyitja, hogy bizonyos ideig saprophita életet élő penészgomba hirtelen pathogénné válhat Hangsúlyozza, hogy az egyéb okból keletkezett baj lefolyására jelentöstük nem lehet közömbös, sőt kórképet teljesen megváltoztathatják. Erre vonatkozólag a trachomás és ekzemás pannussal, ulcus serpens-, pannus exulcerans-, keratitis dentritica-, heveny és idült kötőhártyahurut-, trachoma- és záradék kötőhártyahuruttal kapcsolatban saját megfigyelései alapján példákat sorol fel. Ilyenkor antimykotikus kezével gyors gyógyulást ért el. A gombának mint külső oknak szerepe lehet az ekzemás bajok felépitésében is. Négy esetben az ekzemás pörsenésből penészgombát tenyésztett ki. Minden kétséget kizáróan kimutatta, hogy beteg szemből kitenyésztett penészgombák közül a baj okozói voltak: 1. *Periconia keratitidis.* (Keratomycosis periconica). 2. *Acrostalagmus cinnabarinus Corda* (Meibom- és keratomycosis), 3. *Acrothecium hominis Oláh* (Meibom- és conjuctiva mykosis), 4. *Soporotrichum Coucillmanni* (alsó könnycsövecske sporotrichosis), 5. *Aspergillus fumigatus* (keratomycosis aspergillima).

Krassó I.: Azt a kérdést intézi az előadóhoz, vajjon a keratitis dentritica, keratitis punctata superficialis és egyéb olyan említett szembetegségek esetén, melyeknek szokásos kórképéhez a recidiva hozzátartozik, megtörtént-e a gombák utáni kutatás a recidivák fellépte előtt is, vagy csak azután. Elképzelhető, hogy ezeken a szemeken a gombák saprophyták módjára voltak csak jelen s a betegség lefolyására hatásuk nem volt.

Fazakas S.: Egy gombás szembetegség megállapításához hozzátartozik a typikus klinikai kép, az állatoltás, retrocultura és a positiv allergiás reactio, valamint az antimycotikus kurára bekövetkező gyors gyógyulás.

Blaskovics L.: *A sugarastestkimetszésről.* A sugarastest sérthetetlenségét érthetetlennek véli. A cyclodialysis feltalálása óta máris valószinü, hogy sérülései nem okvetlenül vészt hozók. Nyilvánvalóan nem annak megsértése maga, hanem becsipödése a fehérburok sebébe okozza a bajt, amelyet természetesen fertözés is súlyosbithat. Fehérburok-repedés esetén a régi elv, éppen csak a kilógó s zúzott sugarastestrészletek lemetszése revizióra szorul. A becsipödés meggátlását éppen azzal érhetjük el, ha a fehérburok sebén túl is vágunk ki belöle egy keskeny csikot, mielött a sebszélek egyesítését befejeznök. Eljárásul azt ajánlja, hogy a kötöhártyát elöre alkalmassá téve, a sebet két rétegben varrjuk. Öt esetet közöl, amelyek elgondolását igazolni látszanak. Az elsöben ilyenféle sugarastestkimetszés után a látóélesség 8/o-ról 20/o-ra javult és a szem véglegesen békés maradt. A 2-ikban már eresburokgyuladás volt az idegentest eltávolítása elött, amelyhez sugarastestkimetszéssel lehetett csak hozzáférni. E szem elpusztulása nem tekinthető tehát az eljárás meg nem felelö voltának. A 3-ik esetben is jól türte a szem a beavatkozást, noha a glaukomát, amely ellen végezte, nem tudta megszüntetni. A 4-ik esetben is volt már enyhe eresburok-gyulladás, amely az idegentesteltávolítás és sugarastestkimetszés után fokozódott is, de kigyógyult. Egy év multán a szem békés és 40/o látóélességü lett. Az 5-ik esetben 20 mm hosszú repedés volt a fehérburokban; a szivárvány, sugarastest és érhártya egy része kicsúszott az óriási sebböl, amelyeket a seben túléröen kivágott és a sebet két rétegben összevarrta. Három hó multán a szem teljesen békés, a fehérburok forradása nem tágult s a látóélesség 40/o lett .A sugarastestkimetszés (cyclectomia) végezésének terrénumát egyelöre a fehérburokrepedések sebészi ellátásában s a sugarastest-mögötti ,nem mágnesezhető idegentest eltávolításában látja.

Október 13-i ülés.

Bemutatások:

Steinmetz E.: *Stereoképek* (fényképek bemutatása).

Mészár L.: *Keratomalacia gyógyult esete.* 14 hónapos beteg mindkét oldali keratomalacia-ja „A" vitamin (halivitan) 14 hónapig tartó adagolására gyógyult.

Boros B.: a) *A sinusthrombosis tüneltanához.* 52 éves férfi betegnek a külsö egyenes szemizom bénulásával kezdödö exophthalmus, szemfenéki pangás és a sinus cavernasus thrombosisát utánozó kórkép. Kétoldali jelentkezése miatt differenciáldiagnostikai szempontból figyelemreméltó. Septicus thrombosis kizárható volt. A folyamat lényegét nem sikerült tisztázni.

b) Bardet-Biedl kór és neuritis optici. 12 éves Bardet-Biedl kóros betegen neuritis opticit volt alkalma megfigyelni, mely ezen diencephalon, illetve hypophysis megbetegedésnél nem volt eddig ismeretes.

Klinikai közlések:

Fésüs A.: *Homloküreggenyedés okozta herpes zoster et ophalmicus.* Staphylococcusos genygyülem levezetésre azonnal elmult az addigi általános és helyi kezeléssel dacoló, az egyik arcfélre és szemre szorítkozott súlyos, tipusos zoster. Feltevés: a herpes virus neuritises folyamattal a trigeminus megfelelö ágain ascendáló majd descendáló módon vándorolt. Trigeminus zoster esetén tehát tünet nélküli sinusitisre is gondolni kell.

Fazekas S.: *Acrothecium hominis Oláh által okozott conjunctivitis Meibomiana.* Mindkét alsó szemhéjban a Meibom-mirigyek kivezetö csövei és nyílásai tágultak, kanyargók, némelyikbe a középvastag könnytömlö-szonda is bevezethető. Helyenként chalazion szerü apró daganatok. A kivezetö-nyílások egyik részéböl híg, kénságra színü, másik részéböl összeálló (csapszerü) váladék ürül. A váladék csaknem tiszta gombatenyészetnek bizonyúlt, amelyböl *acrothecium hominis Oláh* volt kitenyészthető. A betegség lefolyásában egy hosszabb, csaknem panaszmentes és egy heves hurutus szak volt megkülönböztethető. A Meibom-mirigyek csöveiben a gomba mindkét szakban kimutatható volt, a kötöhártya váladékában csak a heves idöszakban.

Imre J.: *a) Szaruhártyaátültetés gyógyult esetei.* Évekkel ezelött megkisérelte a Löhlein-féle mütétet, részleges és teljes átültetést is végzett, de az eredmények nem voltak maradandók. Másfél évvel ezelött végzett Hippel-féle körkéssel totális keratoplasztikát, keratitis parenchymatosa exulcerans lezajlása után. Ugyanazon a betegen a másik szemen egy évvel ezelött hasonló mütétet végzett. Az egyik szemen 3 mm. átméröjü korongot ültetett át, ez tökéletesen átlátszó és a beteg irni és olvasni képes, a másik szemen 4 mm. átméröjü korongot készített, ez eleinte vaskosan elszürkült, de kb. ¾ évvel a mütét után már annyira feltisztult, hogy a szem 2½ méterröl ujjakat olvas. Egy másik betegen, aki 18 év óta leukoma adhaerens ectaticum miatt mindkét szemén teljesen vak volt, (csak fényérzése volt), az átültetéskor a kérges iris-szövetböl végzett kivágás után kiderült, hogy a lencse teljesen szürke. A hályog eltávolítását a korong begyógyulása után végezte el, söt késöbb még discisiot is végzett. A korong szépen feltisztult, látása 1/60 volt, de 8 hónappal a mütét után feszülésfokozódás jelentkezett. Ezt cyclodialysissel sikerült megszüntetni. A beteg fél méterröl olvas ujjakat és subjective fokozatos látásjavulást állit. A harmadik bemutatott beteg középkorú férfi, évtizedek óta lassan fokozódó csomós degeneratio cornea, miatt, mely az utóbbi években a cornae egész vastagságára terjedt, bizonytalanul 2 méterröl olvas ujjakat. Az átültetett 3 mm. átméröjü korong most, mütét után 5 héttel kristálytiszta, az elborulás a mütét utáni 8. napon kezdödött és kb. két hétig tartott, úgyhogy a mostani állapotot maradandónak reméli. Érdekes lesz annak a megfigyelése, hogy az átültetett korongon kifejlödnek-e az elfajulásos foltok. Azt hiszi, hogy azok oka a szaru szövetében van és remélhető, hogy az idegen szarudarab tiszta marad.

b) *A szem feszültségének változása, mint diagnostikai prognostikai tünet intraselláris hypophysis-daganat esetében.*

Ujabb megfigyelései alapján szeretné a szomorvosok figyelmét ismét ráterelni az általa már másfél évtizeddel ezelött leirt tünetre, mely szerint hypophysis daganat kiséretében a szembeli feszülés kifejezett csökkenése észlelhető. Eredményes mütét, vagy sugártherápia után a tensio normalissá válik, a kiújulást a szemfeszülés újabb csökkenése jelzi. Hosszasan megfigyelt esetek alapján régi észlelését ma is helyesnek és értékesíthetönek tartja.

Előadás:

Klein M.: *A diathermiás coagulatio lefolyásáról.* Physikai vizsgálatokkal megállapította a diathermiás coagulatio alatti változásokat. A felületi és perforáló mikrocoagulatio között lényeges különbség van. Felületi cougulatiokor a mütét területét destillált vízzel nedvesen tartsuk, ezzel a szikraképzödést és a szövetroncsolást elkerüljük, a coagulatio egyenletesen folyik le. A thermoelektrodok a szikraképzödést nem jelzik és ezért a velük való dolgozás óvatosságot igényel

Grósz I.: *A Glaucosan-Iontophoresisről.* 13 betegen 22 alkalommal próbálta ki a *Weve* ajánlotta módszert a Heuven-féle contact elektródal. Dosis: 1 MA. 1 percig. Rendesen 2 ülés szükséges. Feltünöen jól reagáltak aphakiás szemben létrejött secunder glaucomák, továbbá acut iritist chronicus cyclitist és uveitist kisérö glaucomák. Egyéb secunder glaucomáknál és primaer glaucománál hatástalan. Indicatiok: az ueva gyulladását kisérö tensioemelkedések, glaucomára hajlamos szem iritise friss irislenövések leszakitása diagnostikus pupillatágitás glaucomás szemen, esetleg mütét elött, tensió leszállitás és vértelenités elérése. A módszer elönyei a cseppel szemben: gyors, fájdalmatlan, naponta ismételhető és veszélytelen. Lényeges a megfelelö elektród és pontos adagolás.

P. F. X. Thier. *(Utrecht).* Weve Professor vezetése alatt álló utrechi szemklinikán 6 év óta nap-nap után végzik a Glaucosan-Iontophoresist kitünö eredménnyel. Ha a szem feszülése magas, akkor a Glaucosan hatóanyagait csak iontophresissel lehet a szem belsejébe juttatni.

László Gy.: Az iontophoresis hatásosabb a becseppentésnél, de csak az eredmény elérése idejének szempontjából. Az aphakia utáni secunder glaucoma kivétel, ott a becseppentés eredménytelen maradt. Pupillatágitásra jobb a becseppentés éppen enyhébb hatása miatt.

Farkas M.: *Tapasztalatok a Weekers-féle dacryocystorhinostomia mütéttel.* Ismerteti a könnyen és gyorsan elvégezhető Weekers-féle dacryocystorhinostomiás módositást és a vele nyert mütéti tapasztalatokat: 9 mütét közül 1 recidivált, 8 pedig hónapok után is átfecskendezhető volt.

Pelláthy B.: A Toti-féle mütétnek sok módosítása közé tartozik a Weekers-féle mütét is. Éppen a módosítások nagy száma bizonyítja, hogy az olyan módszer, amely a könnytömlőt részben, vagy egészben megtartja, nem ad megnyugtató eredményt. A szemorvos főcélja mellett a könnylevezetés megtartása — bármennyire kívánatos is — mégis másodrendü feladat. Legjobbnak tartja Blaskovics ismert mütétét: a könnytömlöt teljesen kiirtja, emellett azonban rhinostomiát is végez. Mütéte után a könnylevezetés 48%-ban lehetséges, recidíva pedig soha sincs.

Klein M.: Sikerült mütét esetén benthagyott tömlő genyesedése megszünik és mivel a könnyutak átjárhatósága helyreáll, a mütét functionalis szempontból előnyösebb mint azok, amelyeknél a tömlöt eltávolítjuk.

Nagy M. és Incze K.: *A hypovitaminosis viszonya az adaptatióhoz.* A szegedi szemklinikán 3 iskola 30-30 növendékén végeztek 300 vizsgálatot, s azt találták, hogy tavasszal minden iskola növendékei egyformán rosszabbul, ősszel egyformán jobban adaptáltak, holott az egyik iskola normális, a másik egynegyed, a harmadik egyhatodnyi részt kapott táplálékába a szükséges optimális 1000 vitamin egységből.

Keretz T.: *Tapasztalataim Amerikában.* A Baltimore-i Willmers Institut, a Pittsburg i Eye and Ears Hospital a New-York Universyti szemklinikájának megszemlélésekor szerzett tapasztalatok abban foglalhatók össze, hogy az amerikai klinikák és kórházak felszerlése az anyagiak miatt elsőrendü. Az orvosi kar jól képzett és igen lelkiismeretes, söt talán éppen túl körülményes és ennek következtében kissé hosszadalmas minden vizsgálata és kezelés.

A Pesti Izr. Hitközség Kórházai Orvosi Karának október 24-i ülése.

Bemutatások:

Hauer E.: *Operált spinális tumor esetek.* Két operált háti gerincvelő tumor, melyek közül az egyik a burkokból kiinduló fibrosarcoma, a másik a lágyburokból kiinduló lymphangioma volt. A daganat eltávolítása után mindkét esetben a functio teljesen helyreállott.

Neumann S.: *Pubertas praecox cerebralis.* 13 éves leányt mutat be, ki 7 éves korában kezdett menstruálni, 8 éves korában emlői, a genitalis és hónaljszőrzet kifejlödtek, úgy, hogy 12 éves gyermek benyomását keltette. 3 hónap óta agynyomásos tünetek mutatkoznak: eszméletlenségi rohamok, fejfájás, szellemi visszafejlödés, szellemi tunyaság. A klinikai vizsgálatok kétségtelenül beigazolták, hogy a betegen cerebralis eredetü pubertas praecox van jelen a vízháztartás, zsír és szénhydrát anyagcsere, sóregulatio centralis zavarával, de hogy annak pinealis, vagy diencephalis alakja-e, tisztázatlan marad.

Előadások:

Gerő S.: *Az endogen kövérség és soványság kórtana és gyógyítása.* Betegbemutatások kapcsán ismerteti a constutioelemzés módszertanát és gyakorlati jelentőségét. Az elhizások eredetének felderítésében a család-kutatás döntő jelentőségü, mivel a zsirfelhalmozó tendentia a csiraplasmában lefektetett adottság. Az elhizottaknál található endokrin zavarok csak végrehajtó, közvetítő szereppel birnak a túlsúly elérésére törekvő gen állomány szolgálatában. Ezek kielemzése módot ad arra, hogy gátat szabjunk az öröklött hajlam érvényesülésének. Gyermekeken a közös örökléstani talajból fakadó constitutionalis kövérség és hypogenitalismus (kryptorchismus) gyakori együtes előfordulása a dystr. adiposogenitalis téves felvételét teszi lehetővé A pubertas-kor legalkalmasabb a hibás testi-lelki adottságok megfelelő orthogeneticai befolyásolására (psycho, physico-, organotherapiás orthogenesis). A hypophysaer soványság 2 esetét mutatja be. Astheniás nők, későn kezdtek menstruálni, depressiósak, étvágytalanok, erősen lesoványodtak, majd megszünt a menstruatio. Hasi panaszok, genitalis hypoplasia, alacsony vérnyomás. Jellemző az alapanyagcsere *csökkenése.* A hormontitrálás prolant csak nyomokban, folliculint pedig minimális menyiségben (10. M. E.) mutatott ki, a vizeletben, Hormonális beavatkozásra eseteiben a kachexiával fenyegető soványodás megállott, hizás lépett fel és több mint egy évi szünet után újból menstruatio jelentkezett

Hozzászólás:

Fodor I.: Az elhizás nem tisztán a caloria bilanz kérdése és az ilyen endokrin analysisek jelentősége erősen fokozódott. Fontos, hogy az endokrin therapia kellő nagy dosisokkal dolgozzék, ami természetesen a gyógyeljárásokat igen költségessé teszi. Magától értetődően a kezelések berendezésénél a diaetás előirások is szemmel tartandók.

Rosenthal K.: *A tuberculosis bacillus agglutinatios próbája.* A tuberculosis bacillus homogen tenyészetével végzett *Courmont*-féle seroagglutinatiós próba eredményéről számol be 170 eset kapcsán Az agglutinatio a tüdő, sebészeti és szemészeti esetekben, valamint gyulladásos izzadmányokban értékes segédeszközöknek bizonyult a tuberculosis diagnostikájában.

Székely I.: A szemosztályon 13 iritisben, uveitisben, valamint sympathias ophtalmiában végzett tbc. agglutinatios eredmények közül 11 erősen, 4 igen gyengén volt positiv, 1 pedig negativ. További vizsgálatok kisérleti stadiumban vannak.

A Magyar Urologiai Társaság október 28-i ülése.

Babics A.: *Fitymán előforduló cystikus daganat.* 26 éves betegen születése óta a fityma alsó részén a raphében lassan növő daganata van, mely szövettanilag congen. retentios cystnak bizonyult

Minder Gy.: a) *Priapismus polycythaemia esetén* 68 é. betegen 3 hét óta priapismus, mely konzervativ kezelésre nem javult. A corp. cavern. feltárása, incisio. Tamponálás után gyógyulás. A priapismus polycythaemia kapcsán keletkezett.

b) *Érdekes vesemedencedaganat.* 61 é. betegen 6 hét óta j, old, renális haematuria és funkciós kiesés. Pyelographián: árnyékkiesés a vesemedencében, szabálytalanul telödő kelyhek. Nephrectomia. A vesemedencét kitöltő papillaris daganat szövettanilag hypernephromának bizonyult.

Illyés E. és Kasztriner I.: *Urologia a gyermekkorban, különös tekintettel a vesék sebészi megbetegedésére.* Az urologiai vizsgálatok a gyermekeken gyakran altatást igényelnek, de éppúgy végrehajthatók, mint a felnötteken. Nagy jelentősége van különösen az i. v. pyelographiának .Az urologiai klinika 14 éves beteganyagában 109 gyermekvese-megbetegedés fordult elő. Leggyakoribb a vesegümökór (53), kőbetegség (21), ebből 14 hólyagkő, 7 vese- és ureterkő hydronephrosis (16) daganat, fejlödési rendellenességek és gyulladásos megbetegedések.

Deutsch L.: A vesefunctiós próbákat a gyermekek fokozott hydrolabilitása befolyásolja .Jól felhasználhatók az indigo- és a carbamidterhelési próba. A köképződés sokszor már az intrauterin életben megindul. — Nagy jelentőséget tulajdonit — saját állatkisérletei alapján is — az alimentáris tényezőknek. Haematuriát urologiai okokon kivül egyéb betegségek is okozhatnak. Enuresis esetén gyakori a spina bifida.

Minder Gy.: Az i. v pyelographia a gyermekkorban az eszközös vizsgálatokat a minimumra szorította. Ureterkathéterizmust csak akkor alkalmaznak ha a chrommocystoskopia és az i. v. pyelographia elégtelennek bizonyúlt.

Szold E.: *Tapasztalatok Amerikában urologusok között.* Nyári tanulmányútja alkalmával meglátogatta Buffalo, Detroit, Baltimore (John. Hopkins Hosp), 'New-York, (Postgraduat. Med, School) kórházait, illetve ezek urologiai osztályait, Az ott látottakról vetített képek kiséretében számolt be.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika tudományos társulásának október 30-i ülése.

Bemutatások:

Baum M.: *Insulin injectiót követő színinfarctus.* 47 éves férfibetegnek, szívpanaszai nem voltak. 8 E. insulin után 2 órával súlyos anginás roham, majd szívinfarctus, s végül halál. A boncoláskor nagyfokú coronaria sclerosis és szívinfarctus volt kimutatható. Az insulin valószinüleg, mint kiváltó ok szerepelt. Hogy az insulin közvetlenül a szívre hat-e, vagy a hypoglykaemia okozza-e a rohamot, még nincs eldöntve.

Grün Gy.: *Tüdögangraena kombinált kezelése salvarsannal és ultra-rövidhullámú besugárzással.* 2 betegen tüdögangraena fejlödött ki üregképződéssel mütét, illetve tonsi-

litis után. Mindkét beteg lueses, tbc. kizárható, A beteg állapota salvarsankezelésre nem javult, 10 ultrarövidhullám kezelésre mindkettő gyógyult. A láz csökkenése, a köpet mennyiségi és minőségi megváltozása, az eröbeli állapot tartós javulása mindkét esetben meggyőző volt.

Epstein T.: *Sarcomát utánzó csontgumma.* 50 éves nőn kiterjedt csontdestructiót mutató, corticalist áttörő folyamat csontképződés teljes hiányával, vállban teljes mozgásképtelenséggel. Wa. r, ++++, Antilueses kúrára gyógyulás,

Herzfeld E.: *Veleszületett bőrhiány a koponyán.* 750 gr,-os koraszülött fiugyermeken két fejlődési rendellenességet talált, 1. a sectiókor kiderített lenesényi accessorius lépet: 2. a koponyán a kórszövettani lelet szerint is congenitalis aplasiának leírt 4x2 cm-nyi a bőr összes rétegeire kiterjedő anyaghiányt. Külső sérülés, lues kizárható volt. Amniogen eredet ellen szólt a placenta, s a burkok ép volta. Öröklés nem volt.

Előadás:

Rajka Ö.: *Ujfajta provokáló módszer syphillis esetén.* Az új módszer 2 tényen épül fel: 1. A komplement kötő és preacipitáló antitestek ½ órával a provokáló behatás után jelentkeznek legnagyobb mennyiségben a vérben és 1—1 ½ óra után ismét eltünnek. 2. A syphilises antitestek sejtekben képződnek, valószínüleg a reticulo-endothelialis rendszer sejtjeiben. Fel lehet tételezni, hogy olyan anyagok, melyek elektív módon a R. E, rendszerre hatnak, ugyanakkor az antitesteket is provokálják. Eme anyagok keveréke (szerző *provocatinnak* nevezi) tartalmaz *érösszehúzó* (tonogen és ephedrin) és *értágító* (izomkivonat) anyagokat. Az eljárás abból áll, hogy ½ órával, esetleg még 1 órával is a provocatin intraglutealis injectiója után vért veszünk és összehasonlítjuk az injectió előtt vett vérrel.

Eredmények: 367 seronegativ esetből Wa-positiv lett 33, (9%) és 187 lues lat. II. és III-ból 17 (15%) — Seropositiv esetek is provokálhatók: 214 Wa, pos, esetből fokozódott 45 (21%). — Provocatin hatására a seroreactió nemcsak fokozódhat, hanem csökkenhet is: 214 Wa, positiv esetből 60 (28%)-nál a reactió 1 órán belül gyengült, 34 negativitásig gyengült. A praecipitációs reactiók hasonlóan viselkednek, csupán az arányszámok kisebbek

Magyar Orvosok Röntgen Egyesületének október 31-i ülése.

Szepessy Z.: *A külföldi sugárkezelő intézetek munkájáról.*

A *stockholmi Rádiumhemment,* mely 1909 óta működik, szerevezettségre törekszik. Ez az elv a betegek ellenőrzésében, pontos, időközönkint betartott vizsgálatukban, s az ehhez szükséges utazási, esetleg otthoni ápolási segély előteremtésében jut érvényre. Ez érvényesül a kezelés módszereinek megválasztásában és pedig azáltal, hogy a rádiumágyut *(telerádium),* a többi — rádiumtüzés, röntgenbesugárzás és műtét — kezelések előtt alkalmazzák, s ez utóbbiakat annak sikeréhez képest használják. Közeli (brachy-) radiumot alkalmaznak a bőrön tüzés, a méhben hüvelyi lemezek és méhsondák alakjában. — A berlini *Allgemeines Institut für Geschwulstbehandlung, Hintze* vezetése alatt, vezérelvének az eset szerint, egyénileg változó kezelést tekinti, a gyakorlatban rendszerint a műtét után prophylactikusan végzi a röntgenbesugárzást. Eredményei főleg emlőrák esetén kiválóak, míg a Rádiumhemmet a fej rákjai esetében (pofa, nyelv, mandula, szájpad, arcöböl) ért el nagy sikert. — A *heidelbergi Samariter Haus,* mely *Czerny* alapitása, kizárólag sulyos rákbetegeket ápol, röntgen és rádiumkezeléssel, főleg a gyógyithatatlan betegek palliativ ápolásával teljesit mintaszerü hivatást. — A sugárkezelő intézetek eddigi tapasztalatai szerint a munkát ki kell terjeszteni a rák legnagyobb tömegét képező belső rákok ellen is. A haladást három elv útján válik elérni. Az első ezekből a *rákot megelőző betegségek gondos felkeresése és ellenőrzése.* A második elv a *műtét és sugár fokozottabb együttes alkalmazása.* A harmadik elv, a széleskörü, egyénekre kiterjedő *propaganda a rák korai felismerésére,* hol a röntgenologus szerepe igen lényeges.

Büben I.: A bőr carcinoma radiumgyógyitásában a tüzdelésnek és felületi kezelésnek egyforma szerepe van. Hogy melyik kezelési módot alkalmazzuk, azt a leghelyesebb esetenkint eldönteni. A távolbóli rádiumkezelésnek elég szükkörü az indicatios területe, e téren végleges véleményt mondani még korai lenne. A rák sugaras gyógyitási eredmények megitélésében figyelembe kell vennünk, a rövidebb-hosszabb időre terjedő palliativ hatást is.

Kisfaludy P.: A távolból alkalmazott radium-kezelés (ágyu) legtöbb esetben pótolható a tüzdelési eljárással. A mélyebben fekvő tumorok pedig röntgen és rádium-kezeléssel befolyásolhatók.

Mészáros I: Tanulmányútjain azt tapasztalta, hogy a rádiumágyú utóeredményei kedvezőtlenek. A rák eredményes kezelésében a sugaras gyógymódok és a sebészi beavatkozás együttesen vezetnek eredményre.

Györgyi G.: A radiumágyuval a tumoros betegeknek csupán egy töredéke kezelhető, mivel egy beteg kezelési ideje napokat jelent. Hangsúlyozza a rationalis röntgen-therapia kihasználását.

Kelen B.: A tudományos világban mindeddig nem alakult ki egységes vélemény az ú. n. rádium-ágyu abszolut javallataira. Kétségtelen, hogy a rádium ily módon való alkalmazása sok esetben indokolt és sikeres eljárás. A besugárzott környezet reactióinak helyes értelmezéséig még számos biologiai kérdés vár tisztázásra. Köszönetet mond az előadónak tanulságos előadásáért.

Egressy I. (m. v.): *Siemens momentan dosismérő,* A röntgensugár-egységet kizárólagosan az ionizáción alapuló „r"-egységekben mérik.

Az eddig szerkesztett dosismérők olyan alapon müködtek, hogy a gyenge ionizációs áram egy kondenzátort feltöltött, vagy kisütött és e dosismérők a kondenzátor sarkain előálló feszültségváltozást regisztrálták. E készülékek a használatban komplikáltak és drágák.

Hiányzott az olyan müszer, amely a dosist közvetlenül és azonnal, minden pillanatban r/min-ban adja meg. Ezt valósitotta meg a *Siemens-momentan-dosismérő,* amely lehetővé teszi a mérőkamrában folyó igen csekély ionizációs áram direkt megmérését, az Ohm-féle törvény felhasználásával. E müszer lényeges alkatrésze egy 10,000 megohm nagyságú ellenállás, amelyen keresztül folyik a gyenge ionizációs áram: az ohmikus ellenállás sarkain keletkező feszültségváltozásokat egy quadráns elektromotor lengőtüjére szerelt megvilágitott kis tükör mutatja az r/min-ban hitelesitett skálán. — A Siemens-momentan-dosismérő speciális kapcsolása folytán, a saját magukat kontrolláló müszerek csoportjába tartozik.

A Szegedi Egyetem Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának november 6-i ülése.

Előadás:

Hámori A. és Korányi A.: *A fehérjevizelés keletkezése a vese tubularis megbetegedéseiben.* Uranmérgezés után az izolált kutyavese készitmény uraemiás betegek és egészséges emberek vérsavóját teljesen hasonló módon bocsátja át. Kaliumbichromattal mérgezett nyulak a kis molekulájú tojásfehérjét sokkal könnyebben választják ki, mint az embersavót. Tehát a vér albumin-globulin fractiójának megváltozása csak következménye anak, hogy a kárositott vesemembrán nem egyformán bocsátja át a különböző molekula nagyságú fehérjéket. A vér colloidalis szerkezetének megváltozása nem vezethet fehérjevizeléshez, mert ennek okát még nephrosisban is egyedül a beteg vesefilter kóros áteresztőképességében kell keresni.

Hámori A. és Korányi A.: *Adatok a lázas fehérjevizelés kóroktanához.* Sollmann-féle vesekészitményt az initialis fehérjevizelés megszünése után 38—40 C°-ra felmelegiett Ringer oldattal áramoltatták át és az ureterből kiürülő folyadékban fehérjét nem tudtak kimutatni. Ebből arra következtettek, hogy lázas állapotban a vizelettel kiválasztott fehérje nem származhatik a veséből. Ezután a vesét ötszörösére felhigitott embersavóval áramoltatták át és azt találták, hogy a vesemembrán a felmelegités után a fehérjét átbocsátja. Ezek a kisérletek amellett látszanak bizonyitani ,hogy a lázas fehérjevizelés glomerularis eredetü és nem a vesecsatornácskák hámjának degenerativ elváltozása okozza, mint amire eddig a kórbonctani elváltozások alapján lehetne gondolni.

Botár Gy.: *A nervus vagus ágainak szövettana.* A n. vagusnak a tápcsatornához futó ágait velőhüvelyfestő eljárásokkal vizsgálva megállapitotta, hogy a garatot és a nyelőcső felső harmadát velős rostok, a nyelőcső alsó harmadát és a gyomrot

velőtlen rostok idegzik be, míg a nyelőcső középső harmadának idegellátásában mindkét rostféleség részt vesz. Tehát a velős rostok azokon a szakaszokon jelentkeznek, ahol a tápcsatorna falát harántcsikolt izomrostok alkotják, a velőtlen rostokat pedig ott találjuk, ahol a falat simaizmok alkotják, és az izomrétegek szomszédságában intramuralis ducsejtek vannak. Ebből azt lehet következtetni, hogy a velős rostok a harántcsikolt izomzatot idegzik be, míg a velőtlen rostok valószínüleg az intramuralis ducsejtek praeganglionalis rostjainak felelnek meg.

Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának okt. 28-i ülése.

Kup Gy.: Bemutatja *hypophysaer eredetü törpeség* és két súlyos *genitalis atrophiával* járó *cerebralis obesitas* esetét Majd egy 24 éves nönek elsödleges bélrák esetét mutatja be, mely a még élő betegben nagy kiterjedésü tüdöáttételeket okozott.

Frankl J.: *Spirochaeta pallida syphilises egyének ép bőrében.* 50 syphilises beteg épnek látszó börterületén kereste a spirochaeta pallidát. A vizsgálat több esetben positiv eredménynyel járt a syphilis első és második időszakában, ezzel szemben negativ volt arsenobenzol adagolása után és a késői lappangás időszakában

Berde K.: Fel kívánja állitani a syphylis helyi lappangásának fogalmát. Erről akkor beszélünk, midön egy és ugyanazon szerv egyes szakaszain syphilises elváltozások ülnek, míg e szerv más szakaszain csupán spirochaeták vannak jelen, klinikai tünetek nélkül. Hogy az ilyen helyi lappangásnak az oka a spitocheták hiánya, vagy alakbeli módosulásuk, azt e vizsgálatok is bizonyitják. A helyi lappangás ismerete révén a friss syphilisben szenvedő egyén fertőző képességét is nagyobbnak kell tekinteni, mint korábban hittük.

A Debreceni Orvosegyesület november 7-i ülése.

Bemutató.

Törő I.: *Veleszületett vesehiány érdekes esete.* — Hethónapos halvaszületett 1240 gr. súlyú,240 cm. hosszú fiúmagzatot mutat be, akin külső megtekintésre csak pes valgust és varust lehetett megállapitani, egyébként semmi rendellenesség nem mutatkozott. Belső vizsgálatkor kétoldali vesehiány tünt fel. Baloldalon a vese teljesen hiányzott, jobboldalon szőlőfürtszerü cysticus képlet feküdt a vese helyén, E hólyagos képlet felső és alsó részletből állott. Herék jól fejlettek, mellékvesék egészen megnagyobbodottak, art. renalis sem jobb, sem bal oldalon nem volt. Sorozatosan készitett szövettani metszetekről, valamint viasz-modell rekonstructiós eljárással sikerült tisztázni, hogy jobb oldalon a rendesnél nagyobb ösvese fejlödött, amelynek maradványa a felső cysticus képletnek felel meg. Az alsó cysticus képlet vesemaradvány, melyben azonban kéreg és velőállomány nem különíthető el. Az eset genesisére vonatkozólag hangsúlyozza az ösvese nagy fejlödésmechanikai és inductiv (belső elválasztású?) jelentőségét az urogenitalis apparatus fejlödésében, amit régebi kisérletein kivül az ismertetett eset is bizonyit. A vitium primae formationis kétségtelenül az öscsigolyák differentiálódásának idejére tehető.

Ökrös S.: *Epehólyag fejlödési anomáliák pathologiai jelentősége.* — 1. eset: S. L.-nél (cholelithiasis, cholecystitis ulcerosa, sepsis, embolia cerebri.) A középnagyságú epehólyag fenekét egy hossz- és egy haránti rányú septum három részre osztja. A haránt-septum bal fele hiányzik, helyén babnagyságú fekély van, mely valószínüleg úgy keletkezett, hogy a mogyorónagyságú cholesterinkő, beékelödvén a septum nyilásába, decubitust, majd fekélyt okozott, mely egyuttal a sepsis kiinduló helye volt. — 2 eset. M. M. né 54 éves (carcinoma vesicae felleae). A középnagyságú epehólyag bal oldalán 1 cm. mély befüződés és kisfokú szöglettörés van. Itt a belfelületen 5 mm. széles, félhold alakú haránt-septum és ez alatt filléres nagyságú rákos fekély fekszik. A májban áttétek. — A bemutatott két epehólyagban a hibás fejlödés helyén keletkezett a kóros elváltozás. Az 1. esetben egy septum, a 2.-ban egy szükület szerepelt a gyulladás, illetve a daganat kiindulása gyanánt. A hibásan fejlödött epehólyagrészletek tehát kóros elváltozások keletkezésére hajlamositó helyeknek tekinthetők. Valószinü, hogy a halált okozó betegség normalis epehólyag esetén nem fejlödött volna ki.

Előadás:

Hüttl T.: *A tüdő-vérrög embóliák és az időjárás közötti összefüggés. I. rész.* (Megjelent az Orvosi Hetilap ez évi 1. számában).

VEGYES HIREK

Haberern J. Pál

A régi orvosgeneráció egyik kimagasló tagját gyászolja az orvostársadalom. *Haberern J. Pál* egyet. c. rk. tanár, f. hó 5-én hosszas betegség után 81 éves korában elhunyt; benne a magyar sebészet egy kiváló reprezentánsát vesztette el. Fáradhatatlan munkában eltöltött életét a tudománynak, hivatásának szentelte, de élénk szerepe volt a társadalmi élet vitelében is. A világháboru alatt mint főtörzsorvos a laibachi kórház vezetője, e hivatásában számos kitüntetés érte; mint székesfővárosi közkórházi főorvos különösen áldásos működést fejtett ki nyugalomba vonulásáig. Hosszú ideig volt elnöke a Magyar Sebész Társaságnak, a Közkórházi Orvostársulatnak, örökös tb. elnöke a Belvárosi Orvostársaságnak, s a pesti Evangélikus Egyházközségnek pedig örökös tb. felügyelője volt. A közelmúltban a Pázmány Péter Tud. Egyetem aranydiplomájával tüntették ki.

A szeretet, hála, és elismerés, mely egész életén át kísérte, kíséri utolsó útjára is.

A Ligue Internationale Contre l'Epilepsie elnöksége, Amszterdam, *Donáth* professor visszavonulása folytán felkérte *Benedek László dr.* debreceni ny. r. tanárt magyarországi képviselőjének

Az Országos Balneologiai Egyesület a Balatoni Intéző Bizottság meghivására ez évi kongressusát előre-láthatólag május legelején a Balaton mellett tartja. A kongressus tudományos programján kivül a nevezetesebb balatoni fürdőhelyek megtekintésére is sor kerül.

Budapest vendégforgalma 1935 október 31-ig.

	1935.	1934.	Több	Kevesebb
Érkezett idegenek száma	190.510	176.924	7,13%	—
0—3 éjjelt itt töltöttek sz.	102.704	108.704	—.—	5,84 %
4—10 „ „ „ „	80.304	62.692	21.93%	—
11—14 „ „ „ „	3.548	2.585	27.70%	—
15—30 „ „ „ „	3.591	2.715	24.39%	—
31 „ meghaladók sz.	363	248	31.40%	—
—	190.510	176.924		

A kimutatásból örvendetesen látszik, hogy amíg a 3 napig terjedő turisztikai és cserevonatok forgalma 5.84% kal csökkent, a hosszabb ideig nálunk tartózkodó idegenek száma viszont örvendetesen emelkedett. Különösen magas az emelkedés arányszáma a 11—14 napig itt tartózkodók és a 2 héten felül itt tartózkodók csoportjában, ami mind azt mutatja, hogy Budapestet az üdülő és fürdővendégek szórakozás, pihenés és gyógyulás céljából hosszabb időre is szivesen keresik fel. Tanulságul álljon itt ezzel szemben a külföldi statisztika: Baden bei Wien a tavalyi 38.000 fürdővendéggel szemben csak 28.000 fürdővendéget mutat fel az idén, Pöstyén forgalma 27%-kal, Aachené és Wiesbadené 30 illetve 32% kal esett és a lapok közlései szerint Karlsbadban, Franzensbadban és Marienbadban több mint 40 fürdőszálló került árverés alá az elmúlt esztendőben. Dacára a különböző devíza ,vizum és utazási nehézségeknek és bizonyos mértékü külpolitikai bonyodalmaknak is, Budapestnek a vendégforgalma emelkedő tendenciát mutat és az egyelen olyan európai metropolis, amely ilyen nagyarányú kiugrást tudott felmutatni ezidén a vendégforgalomban.

Az igazságügyi orvosi tanács évi jelentéseiből vesszük a következő érdekes adatokat: A Tanács 1935-ben 46 ülést tartott, melyeken a bíróságok által felülvéleményezésre megküldött 219 ügyet intézett el, eltekintve attól a 20 ügytől, melyekről az igazságügyi miniszter kívánságára adott véleményt. Összesen tehát 239 ügyet intézett el, 10-el kevesebbet, mint 1934-ben.

A tanács véleményét legtöbbször a budapesti kir. törvényszék kérte ki (53 esetben), azután a budapesti kir.

ítélőtábla (48 esetben). A győri tábla 9. a törvényszék 2 esetben, a kecskeméti törvényszék 8, a pécsi tábla és a pestvidéki törvényszék 7—7. a gyulai és a szegedi törvényszék 5—5 esetben, a szegedi tábla 6. a székesfehérvári törvényszék 5. a többiek 1—4 esetben fordultak felülvéleményért a tanácshoz.

Az elintézett ügyek *jogi szempontból* a következőleg oszlottak meg: *I. Büntető ügyek:* Gyilkosság büntette 6, Szándékos emberölés büntette 9, Halált okozó súlyos testi sértés büntette 4, Súlyos testi sértés büntette 14. Erőszakos nemi közösülés büntette 2. Magzatelhajtás büntette 18, Gyermeklopás büntette 1. Csalás büntette 7. Sikkasztás büntette 4, Lopás büntette 2. Közokirathamisítás büntette 2, Hamis tanuzás büntette 1. Gondatlanságból okozott emberölés vétsége 10, Súlyos testisértés vétsége 4. Könnyü testi sértés vétsége 1, Rágalmazás vétsége 2. Természet elleni fajtalanság vétsége 1, Halálok megállapítása 2. — *II. Polgári ügyek:* Kártérítés 91, Gondnokság 5. Jogügylet érvénytelenítés 19, Házasság érvénytelenítés és felbontás 4, Társadalmi, baleset, éltebiztosítás 9, Családi leszármazás megállapítása 1, összesen 219. — Az ügyek *orvosi szakmák* szerint a következő szakmákba vágtak: Belgyógyászat 26, Elme és ideggyógyászat 63, Mérgezés, gyógyszertan 2, Sebészet 54, Szülészet és nőgyógyászat 28. Szemészet 11. Fülészet 7. Fogászat 2. Bőrgyógyászat 2, Röntgen 2, Korbonctan, urologia 22. — Hiányzik a tanács e gazdag munkásságából az a 11 ügy, melyek mult évben osztattak ugyan ki a referenseknek, de csak ez évben fognak tárgyaltatni.

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

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

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

Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal — — Vászonba kötve (8 P h. 7.— P) 6.50 P helyett 5.50 P

Rigler Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve — 25.— P helyett 5.70 P

Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal — — — 2.50 P helyett 2.— P

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

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

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

Kimutatás 1935. dec. 29.-1936. jan. 4-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) s halálesetekről (Mt.

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomielitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.411	3	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	5	1	—	—	4	—	9	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—
3. Baranya	251.620	7	—	—	—	5	—	7	—	—	—	—	—	22	—	—	—	—
4. Békés	335.874	4	—	—	1	6	1	3	—	—	—	—	—	66	1	—	—	—
5. Bihar	180.415	10	3	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	8	2	1	—	3	—	3	1	—	—	—	—	28	1	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	4	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
8. Csongrád	148.353	7	1	1	—	5	—	6	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	4	—	1	—	2	—	13	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	—	1	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	29	—	—	—	—
11. Hajdu	182.047	7	1	—	—	5	1	8	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
12. Heves	322.207	7	—	1	—	5	—	5	—	—	—	—	—	42	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	10	3	1	—	2	1	8	1	—	—	1	—	21	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	—	—	2	—	1	—	5	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	4	—	—	—	—	—	8	1	—	—	—	—	19	1	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	31	3	8	2	33	2	46	1	—	—	1	—	176	2	—	—	—
17. Somogy	389.792	2	—	—	—	2	—	7	—	—	—	1	—	35	—	—	—	—
18. Sopron	143.128	—	—	—	—	1	1	3	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	12	—	—	—	5	—	20	1	—	—	—	—	7	1	—	3	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	2	—	—	—	3	1	2	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—
21. Tolna	267.133	5	1	—	—	8	—	21	1	—	—	—	—	21	—	—	—	—
22. Vas	273.776	1	—	—	—	8	—	12	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—
23. Veszprém	246.551	3	—	—	—	5	—	1	—	1	—	1	—	9	—	—	—	—
24. Zala	368.371	4	—	1	—	3	2	3	—	—	—	—	—	46	1	—	—	—
25. Zemplén	149.043	8	—	1	—	8	1	11	—	—	—	—	—	21	1	—	—	—
I. Baja	29.791	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	26	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	6	—	8	—	35	—	48	—	—	—	—	—	26	3	—	—	—
III. Debrecen	122.825	4	—	—	—	8	1	25	—	—	—	—	—	5	1	—	—	—
IV. Győr	50.828	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	1	1	—	12	3	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	—	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	—	—	—
X. Szeged	138.287	3	1	1	—	3	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	1	—	3	—	3	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	164	18	29	15	182	14	295	6	1	—	4	—	734	15	=	3	—
Előző évben:		113	28	6	1	299	18	232	9	—	—	2	1	512	20	1	—	—

Pályázati hirdetmény.

A zemplén-vármegyei (sátoraljaújhelyi) „Erzsébet" közkórháznál, lemondás folytán megüresedett egy *segédorvosi állásra* a Várm. Ügyviteli Szabályzat 2, §-a alapján pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állás javadalmazása a XI. fiz. osztály 3, fokozatának megfelelő fizetés, a természetbeni lakás és ellátásnál engedélyezett kedvezményekkel.

Felhívom mindazokat, akik erre az állásra pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I. t.-c.-ben előírt elméleti képesítésüket, a forradalom és kommunizmus ideje alatt tanusított magaviseletüket és esetleg eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt és a vármegye főispánjához, Méltóságos dr. Fáy István úrhoz címzett kérvényeiket *hozzám 1936. évi február hó 10-éig bezárólag* mutassák be, illetve „Alispáni hivatal Sátoraljaújhely" címre küldjék be, mert a később érkező kérvényeket nem veszem figyelembe.

Sátoraljaújhely, 1936. évi január hó 4.

Bernáth Aladár dr. s. k
alispán.

Pályázati hirdetmény.

Somogy vármegye kaposvári közkórházánál megüresedett sebészfőorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 300/1935. évi B. M. rendelet szerint a IX fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő illetményekkel kezdődik

Az állás elnyeréséhez legalább 5 évi kórházi gyakorlat és megfelelő szakorvosi képesítés szükséges.

A pályázati kérvényeket vitéz Igmándy-Hegyessy László főispán úr Őméltóságához címezve és megfelelően felülbélyegezve 1936. évi január hó 30-ig, a kórház igazgatóságához kell benyujtani. Az elkésett vagy kellően fel nem szerelt kérvényeket nem vehetem tekintetbe.

A pályázati kérvényhez csatolandó:

1. A születési anyakönyvi kivonat.
2. Erkölcsi bizonyítvány, (politikai megbizhatósága).
3. Magyar állampolgárságot igazoló okmány.
4. Magyar orvosi diploma másolata.
5. Szakképzettséget igazoló okmány.
6. Curriculum vitae.
7. Működési bizonyítvány, esetleg egyéb szakképzettségről tanuskodó okmányok.
8. Szakdolgozatok külön lenyomatai.

A mellékleteket bélyeggel kell ellátni.

Az állás kinevezés után nyomban elfoglalandó.

Kaposvár, 1935. évi december hó 30-án.

alispán
helyett vm. főjegyző.

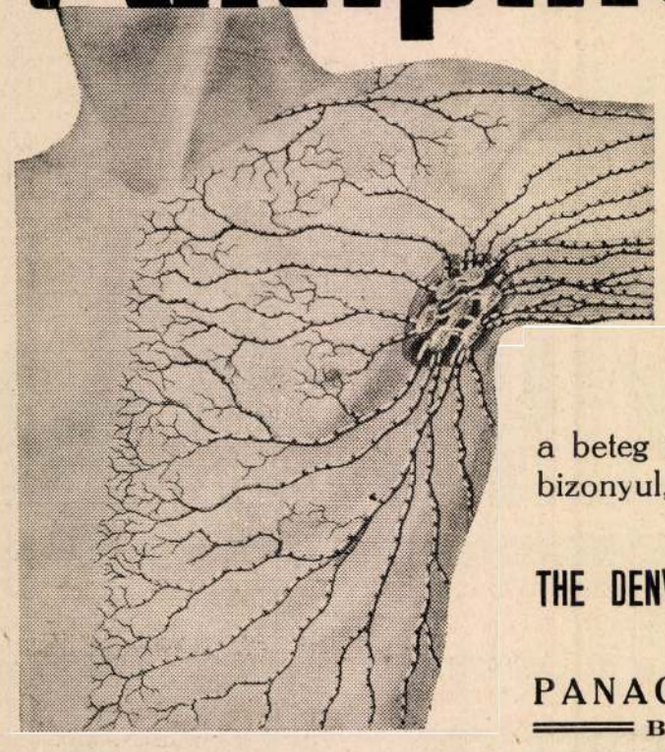
Dr. Bayer féle **Hungaronal**

Tökéletes fájdalomcsillapító, megnyugtató és altatószer. Alkaloidamentes. Gyermekeknek is adható

Irodalom és minta kívánatra

TABLETTA

Antiphlogistine



az időszerü antisepticus borogatás

duzzadt mirigyek, kelések, érgyulladások, izombántalmak és infectiós sebek

kezelésére.

ANTIPHLOGISTINE tartós vérbőséget idéz elő; elősegiti a vér- és nyirokkeringést a beteg testrészekhez és megbizható borogatásnak bizonyul, amely az egészséget gyorsan helyreállitja.

Irodalmat és ingyenes orvosi mintát küld:

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NEW YORK U. S. A.

magyarországi központja:

PANACEA GYÓGYSZERVEGYÉSZETI R.-T.,
BUDAPEST, VI., FIGYELŐ-UTCA 16. SZ.

HETIREND

A Budapesti Kir. Orvosegyesület jan. 11-én. délután 6 órakor tartandó ülésének napirendje: Bemutatás: *Dick Endre:* Vérátömlesztés után keletkezett haemolytikus shok esete. Előadások: 1. *Neuber Ede:* A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem I. éves hallgatóinak egészségügyi átvizsgálásáról (bel-, sebészi-, bőr- és nemi-, ideg-, szem-, fül-orr-gége-, fogászati megbetegedések, anthropometriai felvételek és laboratóriumi vizsgálatok szempontjából). 2. *Kisfaludy Pál:* Szájüri rákok radiumkezelése (filmbemutatással).

A Budapesti Orvosi Casino előadássorozatának január 14-i előadását este ¾7 órakor *Polgár Ferenc dr., Krasso Ilona dr., Lieber Ernő dr. és Gál Félix dr.* együtesen tartják „A sugaras therapia aktualis kérdéseiről" címmel.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és gégegyógyászati Szakosztálya január hó 14-én d. u. fél 7 órakor az egyetemi orr- és gégekórtani klinikán tartandó ülésének napirendje: Bemutatások: 1. *Szende Béla:* Peritonsillaris tályog ritka szövődménye. 2. *Wein Zoltán:* Orrüregbeli sarkoma érdekes esete, Előadás: *Soós Dezső:* Helyi érzéstelenítésben végzett Sluder-féle mütét a gyermekkorban.

A Budapesti Önkéntes Mentőegyesület Orvosai január 14-én, este 6½ órakor tartandó ülésének napirendje: *Bodo Jenő* főorvos: 1. Az orvoskamarai törvény ismertetése. 2. Tanulságos esetek.

A Charité Poliklinika és kórház orvosi kara január 16-án este ¾7 órakor tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatás: *Markó—Zilahy:* Besugárzás után panaszmentessé lett carcinoma esetek: a) gége carcinoma; b) tüdőmetastasis mamma cc. után; *c)* csontmetastasis mamma cc. után. Előadás: *Kerekes György:* Az antrotomia utókezeléséről különös tekintettel a gyógyulási időtartam megrövidítésére.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Kipróbált szer, ártalmatlan a gyomorra és szívre.

Togal-tabletták

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

Antineuralgicum
Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum

Mintával és német szakirodalommal szolgál:

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

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

3. injectio:

fájdalommentesség

10. injectio:

könnyű vegyes étrend bevezetése

20. injectio:

normalis röntgenlelet

Számos esetben

GERULKIN-CHINOIN

10 ampullás eredeti dobozok

histidinkészitmény
gyomor- és vékonybélfekély kezelésére

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

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

80. évfolyam. 3. szám. Budapest, 1936. január 18.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., II. em. Telefon: 31-1-86.
Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el.

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele a kiadóhivatalban

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

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

Kalmopyrin

Acetylsalicylsavas calcium porban és tablettában.

Tofamid

Phenylchinolincarbonsavas és phenyldimethyldimethylaminopyrazolon kombináció

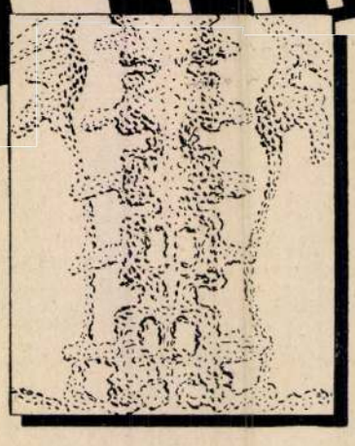
Hyperol

Szilárd hydrogensuperoxyd a szájüreg fertőtlenitésére

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR R. T. BUDAPEST X.

A vesemedence, ureter és hólyag Röntgen-ábrázolásánál

Per Abrodil



éles képet ad mellékhatás nélkül; 35%-os használatrakész oldatban kis injekciós mennyiség.

Per-Abrodil erek, izületek és sipolyjáratok ábrázolására is alkalmas.

Eredeti csomagolások:
1 és 5 ampulla à 20 ccm amp. à 3 ccm.

BAYER

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

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

Cardiazol

(Név védve)

Analeptikum

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

Keringésgyógyszer

cirkulációs zavaroknál (fertőzések, kimerültség stb. következtében).

Felnőtteknek szükség szerint 1 ampullát, esetleg ½–1 órás időközökben. Orálisan 3–4szer naponta 20 cseppet vagy 1 tablettát, szükség esetén 1–2 óránként.

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

80. évfolyam. 3. szám. Budapest, 1936. január 18.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Dubóczky Béla: Vérfehérje „kolloid-képeim" diagnosztikai értékéről. (51—54. oldal.)
vitz Szathmáry Zoltán: Granulosasejt-daganattal összefüggő, szokatlan nagyfokú méhtültengés 63 éves nőbetegen (54—56. oldal.)
Krompaszky Tibor: Eosinophilsejtek számváltozása adrenalinhatásra bronchopneumoniás csecsemőkben. (56—58. oldal.)
Kiss Pál és Fényes István: Multiplex agytuberculum gyermekben. (58—59. oldal.)
Greiner Irén: Csecsemőn észlelt nikotinmérgezés. (59—60. o.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (9—12. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Gyermekgyógyászat. — Szemészet. — Bőrgyógyászat. — Elméleti tudományok. (60—62. oldal.)
Könyvismertetés: (62. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (62—64. oldal.)
Huzella Tivadar: Spemann, az orvosi Nobel-díj nyertese. (64—66. oldal.)
Zemplényi Imre: Közegészségügyi kormányprogramm. (66—68. oldal.)
Róna Zoltán: Megjegyzés Csekey dr. „A villamos áramcsapás későbbi következményei" c. közleményére. (68. oldal.)
Vegyes hirek: (68—70. oldal.)
Hetirend: (a borítólap III. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A pestújhelyi Dr. Vass József O. T. I. kórház közleménye, (igazgató: Pekanovich István egyet. magántanár.)

Vérfehérje „kolloid-képeim" diagnosztikai értékéről.

Irta: *Dubóczky Béla dr.*

A vérfehérjék kolloid elváltozásán alapuló eddigi diagnostikai eljárások két csoportba foglalhatók össze. Az egyik csoportba tartoznak az úgynevezett kolloid labilitási reactiók, a másik csoportba az albumin-globulin fractiók mennyileges meghatározására szolgáló eljárások.

A kolloid labilitási reactiók különböző útakon egyetlen reagenssel, vagy több reagens összehozásával, vagy emellett még hőhatás alkalmazásával, egyetlen csőben, vagy csősorozatban a vérfehérjék egyik labilisabb fractiójának egyik kicsapódási pontján létrejövő eltolódásokat jelzik. Vizsgálataink folyamán beláttuk, hogy a labilisabb fehérje fractiók egyikének eltolódása a vér fehérjekép megítélésére egymagában nem alkalmas, mert nemcsak, hogy a folyamat milyenségét nem jelzi, hanem még a folyamat súlyosságával sincs mindig arányban, sőt nagyon súlyos esetekben sokszor negativ eredményt ad. A kóros folyamat megítélésére csakis a teljes kolloidkép áttekintéséből szerezhetünk fölvilágosítást.

Az albumin-globulin fractiók egymástól elkülönítésére akár a classikus alkalisulfat kicsapást, akár más módszert használjunk is és az elkülönített fehérje részletek meghatározását akár gravimetriásan (*Darányi* mikromethodusa), akár mikrokjeldahl módszer szerint, akár refraktometriásan, akár nephelometriásan végezzük, akár a *Fischer* által ajánlott tryptophan-meghatározás útján járunk is el, mindezen eljárások révén legföljebb 4—5 adathoz jutunk, tehát a vérfehérjék kolloid elváltozásairól aránylag durva képet nyerünk, amellett ezen eljárások annyira körülményesek, hogy gyakorlati módszerül nem alkalmasak.

A vérfehérjék kolloid diagnostikájában tehát oly gyakorlati módszerrel, amilyen pl. a fehérvérsejtek morphologiai elváltozásán alapuló vérkép diagnostikában a qualitativ vérkép, nem rendelkezünk. Éppen ebben láttuk az okát annak, hogy a vérfehérjék kolloid diagnostikájának gyakorlati kiépitése oly messze elmaradt a vérkép diagnostika mögött. Pedig az utóbbi évtized kiterjedt vizsgálataiból tudjuk, hogy a szervezetben lejátszodó kóros folyamatok — nemcsak az infectiosus, hanem más természetű kóros állapotok is — elsősorban a vérplasma összetételére vannak behatással, amelyeket a vérfehérjék kolloid tulajdonságainak megváltozása érzékenyen registrál. A vérfehérjék kolloid képének diagnostikai értéke tehát a minőségi vérképnél hasznosabb és gyakorlatilag fontosabb.

Ezen körülmények mérlegelésével kezdtünk el *Pekanovich* vezetése mellett behatóbban foglalkozni a vérfehérjék kolloid reactióival. Ezen vizsgálatok során sikerült eljárásom kidolgozni, amely a vérfehérjék gyakorlati kolloid diagnostikáját aránylag egyszerű és amellett szemléltető módon megoldja.

Eljárásomat az O. H. múltévi 4. számában ismertettem. Az azóta eltelt idő alatt nagyobb beteg anyagon szerzett tapasztalatok alapján módszerem kivitelét némileg kiegészitettem, úgyhogy kolloid eljárásomat röviden a következőkben foglalhatom össze. n/400, n/300, n/200, n/100 továbbá 4, 5, 6, 7%-os és 17, 18, 19, 20%-os töménységű sósav oldatokkal 0.2 ccm savót adva 1 ccm reagenshez csapadékokat létesitek, melyek centrifugálhatók. Az alsó kicsapódási tér (n/400—n/100) csöveit 2 óra mulva, a felső kicsapódási tér (4—7, 17—20%) csöveit 24 óra mulva a csapadék mennyiségének megfelelőleg készített és skálázott *Niess*-féle centrifuga csövekben 1500-as fordulatszám mellett 2—2 percig centrifugálom. A nyert csapadék mennyiségeket leolvasva és az erre a célra szolgáló kolloid-táblán fölrajzolva két görbét kapok, melyek különféle kóros folyamatokban és kóros állapotokban a rendes vérsavó görbéitől, amelyek a kolloid táblákon pontozott vonallal vannak feltüntetve, eltéréseket mutatnak. A csapadék mennyiségeken kivül föltüntetem még a kolloid táblán a felső kicsapódási tér csapadék képződésé-

nek lefolyására, továbbá a képződött csapadék milyenségére vonatkozó észleléseimet is. Az alsó kicsapódási tér centrifugálásának idejében, tehát a csövek összerázása után két óra mulva, azon csöveket, amelyekben pelyhes csapadék még nem képződött, aszerint, hogy teljesen tiszta, gyengén vagy erősen opaleskáló-e a cső tartalma a kolloid táblán alól az alapvonal fölött csillaggal, dölt kereszttel vagy ponttal jelölöm meg. 24 óra múlva a felső kicsapódási tér csöveinek centrifugálása után pedig azon csöveket jelölöm meg, amelyekben a képződött csapadék pelyhesedése tökéletesen nem fejeződött be, ami abban nyilvánul, hogy a centrifugám fölött lévő folyadék erősen, gyengén vagy alig opaleskál. Ezen csöveket a tábla felsőrészén a görbe fölött csillagal, dőlt kereszttel, vagy ponttal jelölöm, tehát éppen fordított jelekkel, mint a csapadék beálltának minőségét. Az eljárás kiviteléhez szükséges oldatok közül az alsó kicsapódási tér (n/400—n/100 HCl-ből egyszerű destillált vizzel higítás útján, a felső kicsapódási tér oldatait (4—7% és 17—20%) pontosan betitrált törzsoldatból súlyszerinti higítás útján készítjük. Az elkészített oldatokat megtitráljuk és mégegyszer meggyőződünk róla, hogy pontosan készítettük-e. Az oldatok üveg, vagy gummi dugóval bedugva hosszú időn át változatlanul elállnak.

Eljárásom az eddigi összes kolloid módszerektől különbözik. Nemcsak egyik labilisabb fractiónak eltólodásait jelzi, mint a kolloid labilitási reakciók, nemcsak néhány fractio egymáshoz viszonyított értékét tünteti föl, mint az eddigi mennyiségi meghatározások, hanem egyesitve mindkét eljárás előnyeit, a vérfehérjék kolloid tulajdonságainak megváltozásáról több irányú és teljes képet nyujt. Az alsó görbe az érzékenyebb rész, amelyben a görbe magassága megfell az eddigi kolloid labilitási reactiók értékeinek, legmagasabb pontjának helyzete pedig a szervezet általános állapotát jelzi. A felső görbe a stabilisabb rész, amely egészen uj szempontokból tárja elénk a különféle kóros folyamatoknak és kóros állapotoknak a vérfehérjék kolloid tulajdonságára hatását.

A két kicsapódási tér csapadéka fiziko-chemiai tulajdonságaira is teljesen különbözik egymástól. Az alsó kicsapódási tér csapadéka hasonló folyamat a fehérjék kisózásához, a kicspódás hirtelen következik be, a csapadék pelyhesedése két órán belül minden esetben befejeződik s ekkor már centrifugálható. A folyamat reversibilis, a kicsapodó fehérje chemiai elváltozást nem szenved és a minimális sav mennyiséget közönbösitve ismét oldatba vihető vissza. A felső kicsapódási tér csapadék képződése lassan megy végbe. Negativ vérsavó esetén a csapadék képződése és pelyhesedése 24 óra alatt tökéletesen befejeződik, míg a kóros folyamatokban a csapadékképződés a legtöbb csőben csak órák múlva képződik a csapadék pelyhesedése pedig némely csőben még 24 óra alatt sem indul meg, vagy fejeződik be. A folyamat irreverzibilis és lényege, hogy a töményebb sav hatására a fehérje denaturálód k. Ez utóbbi folyamat lefolyása függ a vérsavó fehérjén kivüli alkatrészeinek milyenségi és mennyiségi összetételétől, mivel pedig a különféle kóros folyamatok különféle behatással vannak a vérplazma, illetőleg vérsavó összetételére, a különféle kóros folyamatokban különféle görbéket kapunk.

A kóros folyamat milyenségének megitélése nemcsak a görbéknek a normálistól való eltéréseiből, hanem a kolloid tábla összes adatainak egybevetéséből történik.

Az alsó görbe acut fertőző betegségek, továbbá nagyobb szövetszéteséssel járó folyamatok esetén magas, a szervezet kimerülésével járó folyamatokban alacsony icterus cth.-ban, nephritis chron-ban a rendestől jóval alacsonyabb. Az alsó görbe legmagasabb pontjának helyzete a szervezet általános reactióját jelzi. Azon betegségekben, melyek a szervezetre nincsenek súlyos hatással, csak mérsékelten balra tolt, míg azon folyamatokban, amelyek a szervezetre igen erős kihatással vannak (typhus, sepsis, pneumonia stb.) igen erősen balra tolt.

A felső görbe első négy csövében (4—7%) azon folyamatokban, amelyek nem járnak nagyobb szövetszéteséssel, illetőleg szövet-beolvadással (egyes heveny fertőző betegségek kezdő szaka, nephritis chron., icterus cath. sat.) a normálistól nem találunk lényeges eltérést, míg azon folyamatokban, amelyek szövetbeszűrődéssel, illetve beolvadással járnak, az első 3—4 csőben magas csapadékot kapunk s ilyenkor ezen csövekben jóval később indul meg a csapadék képződés is, tehát az összerázás után 2 óra mulva az első, vagy az első két csőben még, csak opaleskáló csapadék van. Pneumonia, nephrosis stb. esetén még később indul meg a csapadék képződés s 24 óra mulva az első csőben kevés csapadékot kapunk, a 2, 3, 4. csövekben magas a csapadék, de a csapadék fölött lévő folyadék opaleskáló. A szervezet teljes kimerülésével járó állapotban az első csőben semmi csapadékot nem kapunk, a 2, 3. csövekben kevés csapadékot, csak a 4. csőben kapunk magasabb csapadékot és a csapadékok felett lévő folyadék ezen esetekben is opaleskál.

A felső görbe második négy csövében (17—20%) azon folyamatban, amelyek nem járnak nagyobb szövetbeszűrődéssel, vagy szövet beolvadással (typhus kezdő szaka, icterus cath., nephritis chron. stb.) a normálistól alig kapunk lényeges eltérést, tehát a 15-ös beosztás magasságában egyenesen végighaladó vonalat kapunk. A savós hártyák gyulladásos folyamataiban (pleuritis, polyarthritis acuta, meningitis stb.), továbbá egyes acut fertőző betegségekben (scarlat, miliaris tuberculosis stb.) az első részhez viszonyítva magas hullámhegyet kapunk. Szövetbeszűrödéssel és beolvadással járó folyamatokban pedig az első részhez viszonyítva lépcsőszerű leszállást kapunk s ilyenkor az utolsó csövekben 2—4 csőre kiterjedőleg a csapadék fölött lévő folyadék opaleskál. A szervezet kimerülésével járó állapotokban az utolsó 2—3 csőben semmi csapadék nem lesz, ilyenkor ezen csövek csak opaleskálást mutatnak.

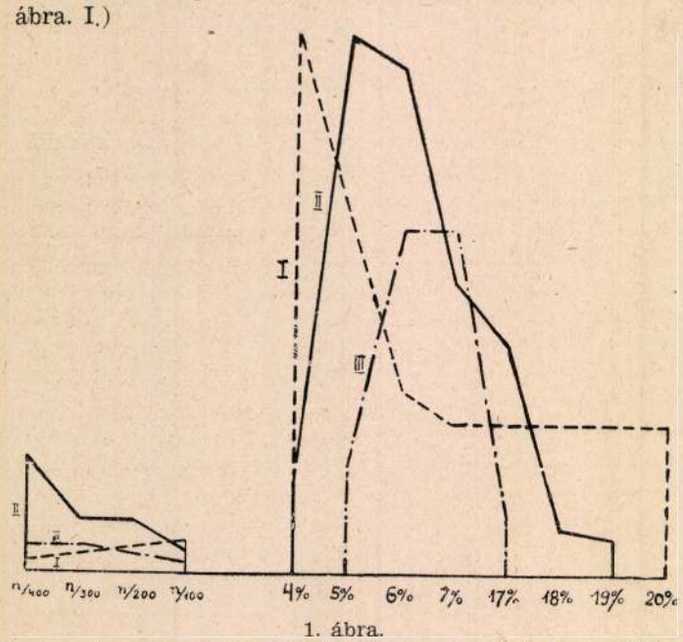
Mivel a különféle betegségek diagnostikájának egy uj eljárás szempontjából való megépitése hosszú évekre terjedő munkát és tapasztalást igényel, ezért nincs még módom arra, hogy végleges és minden irányban kiterjedő eredményekről számolhassak be.

Eddigi tapaszalataim szerint eljárásommad előállitható kolloid képek között kilenc főbb typust különböztetek meg.

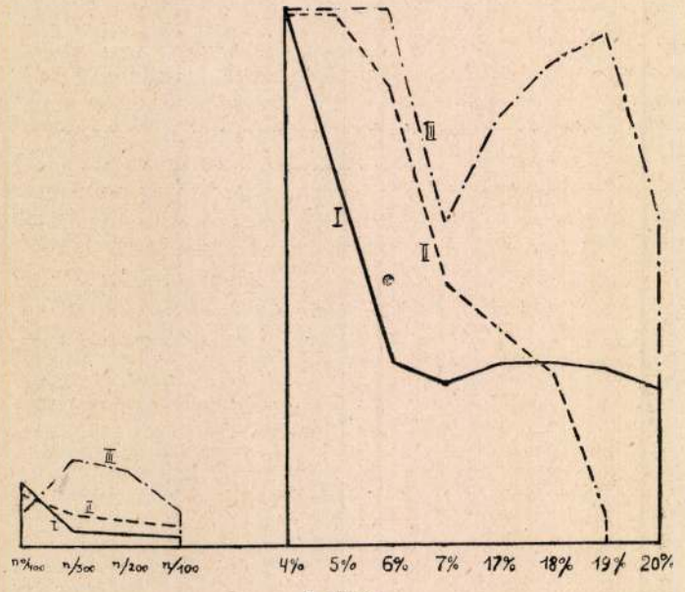
Az első typus a negatív savó kolloid képe (l. 1. ábra I.). Az alsó görbe alacsony, legmagasabb pontja jobb oldalt van. A felső görbe magasan kezdődik a 6%-ig ferde vonalat képezve hirtelen esik le, a 7%-tól a 15-ös beosztás alatt vízszintes vonalat képezve halad végig. Két óra alatt minden csőben van pelyhes csapadék, 24 óra alatt a csapadék pelyhesedése minden csőben tökéletesen befejeződik, a centrifugátum fölött lévő folyadék minden csőben kristálytiszta. A kolloid táblán a két görbén kívül más jelölés nincs.

A második typusban az alsó görbe a normalistól magasabb, és teljesen balra tolt, míg a felső görbe a normálissal csaknem teljesen egybeesik. A legutolsó csőben a centrifugatum fölött lévő folyadék kissé opaleskáló. Ilyen kolloidképet ad a szövődménytelen typhus az első 3 héten belül. (2. ábra I.)

A harmadik typusban az alsó görbe a rendesnél alacsonyabb és teljesn balra tolt, a felső görbe csaknem egybeesik a normalissal. A legutolsó csőben a centrifugatum fölött lévő folyadék igen kis opalescentiát mutat. Ilyen kolloid képet ad pl. a nephritis, az icterus cath. (4. ábra. I.)



1. ábra.
I. Negativ görbe. (typ. I.): II. Carc. c. metast, (typ VII.) III. Phthisis a. mort, (typ. IX.).



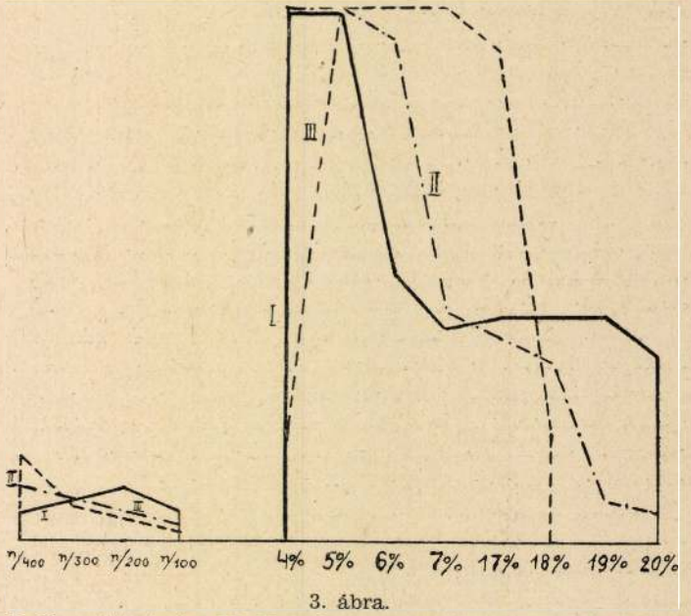
2. ábra.
I, Typhus abdom. (typ. II.); II, Sepsis (typ. VI,); III. Tbc, miliaris (typ, IV,)

A negyedik typusban az alsó görbe a rendesnél jóval magasabb, a folyamat természete szerint mérsékelten, vagy teljesen balra tolt, a felső görbe első része 1, 2 vagy 3 csőben magas, a felső görbe második része az elsőhöz képest ujabb hullámhegyet alkot, úgy, hogy a felső görbe területe két hullámhegyet képez. Az utolsó 1, 2 csőben a centrifugatum fölött opaleskálást találunk. Ilyen kolloid képet ad a súlyos bél- és hashártya gümőkór, a polyseheveny fertőző betegségek a kezdeti szakban. (2. ábra III.)

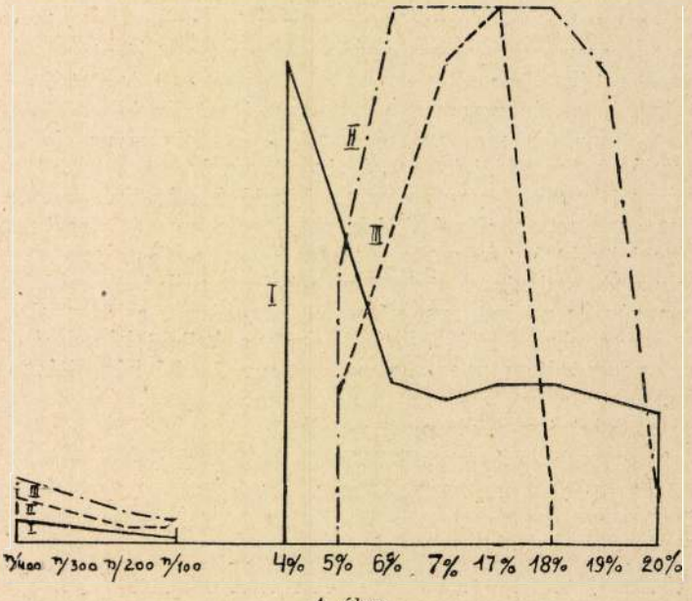
Az ötödik typusban az alsó görbe a rendesnél alig magasabb, de teljesen balra tolt, a felső görbe első két csövében magasabb a csapadék és ettől kezdve végig ferdén leszálló csaknem egyenes vonalt kapunk. Az utolsó 3, 4 cső centrifugátuma fölött levő folyadék opaleskáló. Ilyen képet ad a súlyos bél és hashártya gümőkór és polyserositis. (5. ábra.)

A hatodik typusban az alsó görbe a rendestől jóval magasabb és erősen balra tolt, a felső görbe első részében 3 csőben magas csapadékot kapunk, a második rész az első részhez viszonyítva lépcsőszerű leszállást képez. A felső görbe első részének 1. 2. csövében a csapadék pelyhesedése 2 óra múlva még nem indult meg, az utolsó 2, 3 cső centrifugatuma fölött lévő folyadék opaleskáló. Ilyen kolloid képet adnak a szövetbeszűrődéssel és beolvadással járó folyamatok, továbbá a genykeltők előidézte betegségek: bronchopneumonia, abscessus, sepsis stb. (2 ábra. II. és 3. ábra II.)

A hetedik typus az ugynevezett átmeneti typus az 5. és 7. kolloid képek között. Az alsó görbe magas és erősen balra tolt, a felső görbe első részének első csövében kevés csapadékot kapunk, a 2 és 3 csövekben magas csapadékot, tehát az első rész fölfelé emlkedőleg kezdődik, a felső görbe második része pdig az elsőhöz viszonyítva lépcső-



3. ábra.
I. Bronchiectasia; II. Bronchopneum, (typ. VI.); III. Pneumonia Crupp. (typ. VIII)



4. ábra.
I. Nephritis (typ. III.); II, Nephrosis (typ. VIII,); III. Amyloidosis (tbc,)

szerű leszállást képez. A 3 és 4%-os csövekben a csapadék pelyhesedése késik, a 3, 18, 19, 20%-os csövekben a centrifugatum fölött lévő folyadék opaleskál. Ilyen kolloid képet adnak a chronicus pneumonia, súlyosabb szakban a rák, a sarcoma stb. (1 ábra, II.)

A nyolcadik typusban az alsó görbe magas, teljesen balra tólt, a felső görbe egészében többé-kevésbé szabályos, vagy szabálytalan csonka kúp függőleges átmetszetének alakját adja. A felső görbe első 2, 3 csövében a pelyhesedés későn indul meg és a centrifugátum fölött lévő folyadék csaknem az összes csövekben különböző mértékben opaleskál. Ilyen kolloid képet ad a pneumonia croupposa, ehhez hasonló, de más elhelyeződésű a nephrosis kolloid képe is (3. ábra. III. és 4 ábra III.)

A kilencedik typusban az alsó görbe a rendesnél valamivel alacsonyabb és egészen balra tólt, a felső görbétől csak az 5, 6, 7, és 17%-os csövekben kapunk kevés csapadékot, a többit csövekben csak opaleskálást. A felső csoport csöveiben 2 óra mulva alig 1—2 csőben találunk pelyhesedést és az összes csövekben a centrifugátum felett lévő folyadék opaleskáló. Ilyen kolloid képet a szervezet teljes kimerülésével járó állapotokban, haldokló állapotban kapunk, amilyen pl a jellegzetes phthisises halál előtti állapota, mikor a beteg már dyspnés, szederjes, bokái vizenyősek stb (1. ábra. III).

A kolloid kép szempontjából a betegségek három csoportba oszthatók. Az első csoportba azok tartoznak, amelyekben a kolloid kép mindig ugynazt a typust mutatja és ez a jelleg megmarad a folyamat gyógyulásának megindulásáig, vagy a halál bekövetkeztéig. Ilyenek, pl. a pneumonia crupposa, bronchopneumonia, sepsis, miliaris gümőkór, meningitis, nephritis, nephrosis, icterus cath. stb. A másik csoportba azon betegségek tartoznak, amelyek ugyanazon szakukban is más-más egyén esetén, ámbár közel egymáshoz eső, de különböző typusú kolloid képet hoznak létre. Ilyen pl. a gümőkór, a rosszindulatú daganat kezdő szaka stb, A harmadik csoportba azon betegségek tartoznak, amelyek a betegség kifejlődésének egyes szakaszaiban jellemző, de a betegség lefolyásának különféle szakában más-más typusú kolloid képet hoznak létre. Ilyenek egyes akut fertőző bajok.

A kolloid képekből egyes esetekben nemcsak kórjelző, hanem elkülönítő következtetést is vonhatunk. Igy pl. egészen más a kolloid képe a typhusnak, sepsisnek, meningitisnek és miliaris gümőkórnak. A tüdőben lejátszódó folyamatok között a bronchiectasia, bronchopneumonia, pneumonia croupposa, chronikus pneumonia más-más typusú kolloid képet hoz létre. Élénk különbségeket tüntet föl más-más egyén ugyanazon stádiumbeli gümős folyamata, hűen tükrőzve vissza a kóros folyamat leküzdésére irányuló harc egyéni különbségeit. Igy a kolloid képből a kóros folyamatnak a szervezetre kihatására és ezzel szemben a szervezet ellenálló képességére s így a kimenetelére következtethetünk. Egyes esetekben, amidőn egyébb laboratóriumi vizsgálatokból nem tudunk már tájékozódni a restitutio ad integrum visszaállásáról, tehát a betegnek teljes munkaképessé nyilvánításáról, a kolloid kép érzékeny voltánál fogva ilyen esetekben is felvilágosítást nyujthat.

Eddigi tapasztalataink alapján mondhatom, hogy eljárásommal a vérfehérjék kolloid diagnostikájában olyan gyakorlati módszert sikerült találnom, amely a minőségi vérképhez hasonlóan, de annál sokkal tágabb területen és sokszor sokkal biztosabban fölvilágosítást nyujt a szervezet kóros folyamatáról, vagy kóros állapotának milyenségéről, továbbá egészen más oldalról tárja elénk a kóros folyamatnak a szervezetre irányuló hatását, mint pl. a qualitativ vérkép.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem II. sz, női klinikájának közleménye (Igazgató: † Tóth István ny. r. tanár,)

Granulosasejt-daganattal összefüggő, szokatlan nagyfokú méhtúltengés 63 éves nőbetegen.

Irta: vitéz *Szathmáry Zoltán dr.*

A granulosasejt-daganatokról megjelent közleményeimben* összegyüjtöttem az 1930-ig megjelent eseteket, melyeknek száma akkor a 120-at meghaladta. Mióta *Meyer R.* első közleménye felhivta a kutatók figyelmét a daganatok rendkivül sajátos kórbonctani és változatos kórszövettani képére, e daganatfajjal foglalkozó munkák száma rendkivüli módon megszaporodott. Sok vizsgáló átnézte régi metszeteit s megállapithatta, hogy a régebben carcino-sarcomának kórismézett esetek jórésze voltaképen granulosasejt-daganat.

A budapesti II. sz. női klinikán közel 17 év alatt 177 operált és szövettanilag kórismézett petefészekrák fordult elő; ezek közül granulosasejt-daganat volt 17, vagyis az esetek 10%-a.

Habár a granulosasejt-daganat a petefészek álképletei között egyike a legérdekesebbeknek, az alábbi esethez hasonlót sem klinikánk anyagában, sem a rendelkezésünkre álló hazai és külföldi irodalomban nem találtunk.

63 éves. VI. P. (fejlsz. 134/156—1935,) Tisztulása régebben, négyhetenként jelentkezett s 7 napig tartó vérzéssel járt. Húsz év óta nincsen már havibaja.

Utolsó szülése után, vagyis 22 év előtt, méhe a hüvelyéből kicsúszott, valahányszor erősebb munkát végzett. Méhét eleinte mindig saját maga helyezte vissza. A folytonos kicsúszás megakadályozására maga készitett egy vászon felkötőt, mely előesö méhét jól visszatartotta. Felvétele előtt létráról kb. 2 és ½ méter magasságból leesett. Ez alkalommal méhe „teljes egészében kiesett", úgy, hogy visszahelyezni már nem tudta. A szeméremrésből kilógó képlet kékeslila szinü lett, nap-nap mellett nagyobbodott, s végül is kisebesedett. E baleset óta dereka fáj, vizeletét nem tudja visszatartani, csaknem állandó vizeletcsurgása van.

Felvételkor feltünik az erősen leromlott beteg szokatlan soványsága. Az asszony testsúlya mindössze 39.5 kg. A beteg kitágult szeméremréséből másfél ököl nagyságú, kékesvörös szinü, tömött, beszürödött képlet lóg ki, mely előesve, az egész hüvelyfalat kifordította. A kilógó szövetrész közepén a méhszáj látható, mely körül mintegy tenyérnyi terjedelemben a hámfosztott felületet zöldes-szürke lepedék boritja. A hólyag a kifordult hüvelyfal és az előesett szövetrészlet között, a szeméremrés előtt foglal helyet. Végbélen át vizsgálva, a kilógó méh felfelé közel két ököl nagyságú, sima felületü, golyóalakú daganatba folytatódik, mely a hasfal felöl vizsgálva, 3 újjal a köldök alá ér.

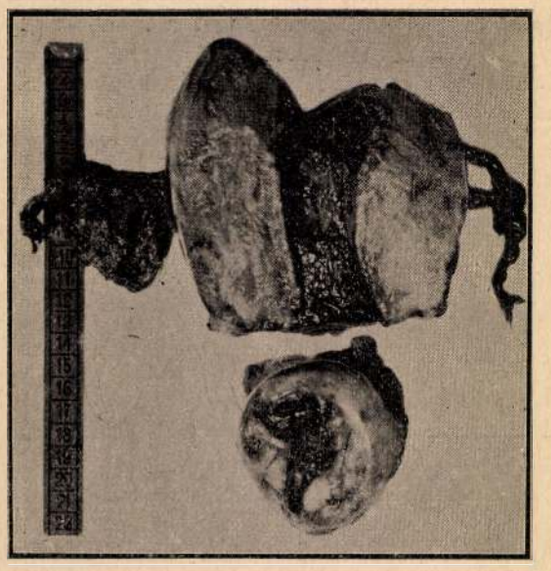
Első pillanatra nem tudtuk eldönteni, hogy a teljesen előesett méh mellett még külön genitalis vagy extragenitalis tumorral állunk-e szemben?

A fekélyt decubitus-kenöccsel bevonva, s a beteget szigoruan fektetve sikerült elérnünk, hogy az előesett képlet pangásos duzzadtsága lassan csökkent, s a fekély felülete feltisztult, úgy, hogy felvétele után két hét mulva sikerült az előesett szövetrészletet a hüvely befordításával visszahelyeznünk. Ez alkalommal derült csak ki, hogy az alhasban 3 újjal a köldök alá érö daganat a visszahelyezett képlettel függ szorosan össze. Kétségtelen volt tehát, hogy a hasürben lévő góc mindenek szerint myomának az előesett és visszahelyezett rész pedig szokatlan mértékben tultengett és pangásosan duzzadt méhtestnek felelt meg. A hüvelyt naponként chlorzinkoldattal öblögettük, s a visszahelyezett méhszáj elé az előesés meggátlására közel ökölnyi, decubitus-kenöccsel bevont tampont helyeztünk.

A klinikai kezelés első heteiben a méh üregéből több izben ürült nagyobb mennyiségü genny, a betegnek tehát a fenti elváltozások mellett egyidejüleg még *pyometrája* is

*) Magy. Orvosi Archivum, 1932. 2 füz. és Arch. f, Gyn, 153, kötet.

volt. Genny ürült a nyakcsatornából is valahányszor kombinált vizsgálattal a méh testét illetőleg a symphysis feletti resistentiát összenyomtuk. Később, mikor a kifekélyesedést borító lepedék eltünt, a gennyes folyás is megszünt. A méh visszahelyezése után a szeméremrés előtt volt képlet pár nap alatt ökölnyire zsugorodott, a nagysága azonban tíznapi kezelés alatt sem változott, úgy, hogy most már elérkezettnek láttuk az időt a mütéti beavatkozásra. Tervünk az volt, hogy először a cervixet amputáljuk, s ha ez simán megy, valamint, ha a felső daganatrész kigördítése nem okoz nehézséget, úgy a pyometrara való tekintettel a daganatos méhtestet is eltávolítjuk hüvelyi úton.



1. ábra. Az eltávolított, hatalmasan túltengett méh függelékeivel. Az amputált cervix fel van állítva, úgy, hogy felületén a portio-erosio, s benne a méhszáj látható. A centiméter felett a jobboldali, lúdtojás nagyságú, felmetszett lágy granulosasejt-daganat velőszerüen kibuggyanó metszési síkja fekszik.

Csak mütétkor, a körkörös hüvelyboltozati metszés után s a hólyag feltolásakor vált nyilvánvalóvá, hogy nemcsak a méhnyak alsó, előesett részlete, hanem a felső a méhtestel összefüggő, erősen megnyúlt rész is túltengett s mintegy karvastagságú. Hogy helyet nyerjünk, az uterinák lekötése után amputáltuk az ökölnyi méhnyakat, majd az elülső áthajlási redő megnyitása és a hüvelyboltozathoz történő kiszegése után a méh felezéséhez fogtunk. Lassan sikerült a kétököl nagyságú méhtestet is kibuktatnunk. Szemünk előtt lévén a méh, meglepve láttuk, hogy a hatalmas képletben semminemü daganatgóc nincs, s a megnagyobbodás csupán az izomzat túltengéséből ered. A szokatlanul nagy méhtest nagyobb nehézség nélküli kigördítése csak a hatalmas méhnyak előzetes eltávolítása és a méhtest részleges felezése útján vált lehetségessé. A kigördítés után csakhamar megtaláltuk a még nem észlelt, nagyfokú méhizomtúltengés valószínü magyarázatát is. A méhtest kibuktatása után ugyanis látótérbe kerültek a függelékek, s a *jobboldali petefészekből kiinduló, tyúktojás nagyságú solid, de feltünően lágy daganat, amelynek metszéslapja szokatlan sárgás színével már szabad szemmel megtekintésre is granulosasejt-daganat gyanúját keltette.* A tartószalagok lefogása és alákötése után mindkét oldali függeléket eltávolítottuk, a hashártyát és a csonkokat a hüvelyboltozati sebszélekhez kiszegtük, majd végül a teljes méhkifordulás miatt nagy hátulsó hüvelyi plastikát végeztünk a gátizmok egyesítésével. A mütét teljesen vazartalanul folyt le.

A beteg három napig subfebrilis; a második napon kevés, a harmadik napon hashajtásra bő széke volt. Ugy a mütét előtt, mint közvetlenül utána korára és leromlott állapotára való tekintettel prophylactikusan cardiacumokat és dextroset kapott. A negyedik napon rövid hidegrázás után 39.2-re emelkedik hőmérséklete, érverése kishullámú, időnként arythmiás. Három napon át 39.9-ig terjedő hőemelkedések váltakoznak, 37° alatti láztalan időszakokkal. Közben az asszonynak még három ízben volt hidegrázása. Az ötödik napon a hüvelyi gazecsíkot eltávolítjuk s a 8. napon a hasüregbe helyezett gazepamatot is kihúzzuk. A beteg állapota romlik. A tüdők emphysemásak, a szív minden irányban megnagyobbodott, szívhangok tompák, az érverés könnyen elnyomható, időnként arythmiás. Teát és naponta kétszer ½ mgr. strophantint adunk intravenásan 10 ccm. dextroseban oldva. A 8. naptól kezdve subfebrilis, a 10. nap után láztalan, de folytonos hasmenés gyengíti erőbeli állapotát. A hüvelyből kiürülő büzös, véres váladék miatt naponta kétszer hypermangános hüvelyöblítést végzünk. Mivel az asszony semminemü táplálékot nem vesz magához, végbélen keresztül tápláljuk, állapota azonban fokozatosan rosszabbodik és a mütét utáni 12. napon meghal.

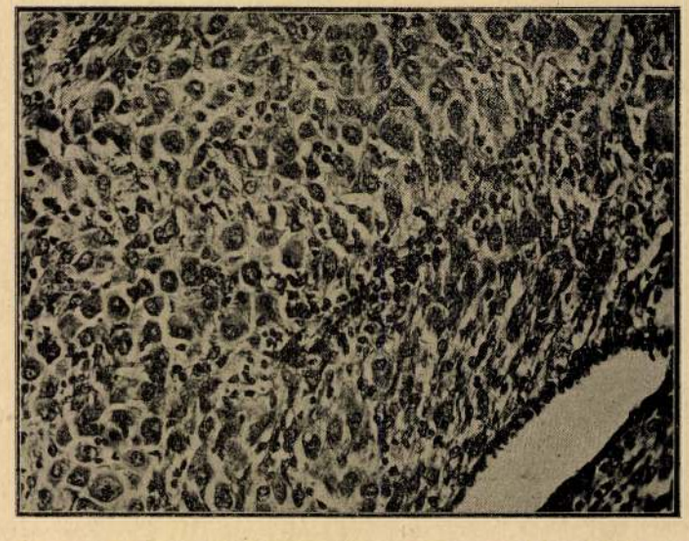
Boncoláskor a végbél és a jobboldali hüvelykcsonk között tojásnál nagyobb, zöldes gennyet tartalmazó üreget találtak, mely kiindulását képezte a tüdőben talált átételes tályogoknak, a szív hirtelen kitágulásának, s a szívmüködés gyors romlásának.

Elképzelésünk szerint a fertőzés keletkezésében lényeges szerepet játszhatott a már mütét előtt észlelt pyometra. Mivel a méh csak felezés útján volt eltávolítható, szabaddá tettük az utat a méh belfelületén levő bakteriumoknak, melyek az elsődleges tályog képzésében kétségtelenül résztvettek.

A hatalmasan megnagyobbodott portio elülső és hátsó ajkán ötpengős nagyságú, gyógyulóban levő tiszta felületü erosió foglalt helyet. A mellékelt ábrán látható méhizomzat erősen túltengett, átlagos vastagsága 5—6 cm. Az összefektetett méhtest és méhnyak méretei 21x13x10 cm. súlya 780 gr., tehát a rendesnek közel tizenháromszorosa. A méh üregе tágabb, belfelülete durván egyenetlen, nyálkahártyája felületén már szabad szemmel is bő érhálózat látható. Az izomzat rostos, köteges, tömött. Myómgócokat sehol sem találunk.

A jobboldali petefészek lúdtojás nagyságú, sima felületü, szokatlanul lágy daganatot képez, melynek 2—3 mm. vastag kötőszövetes tokja van. A daganat metszéslapján a belső lágy részlet sárgás színével élénken elüt a külső kötőszövetes toktól. A kürtök 12 cm. hosszúak, hasüri szájadékuk nyitott A balodali petefészek erősen sorvadt.

Górcső alatt a jobboldali petefészekből készült metszetek granulosasejt-daganat folliculoid typusának szöveti képét mutatják. A daganatot körülvevő kötőszövetes tok sejtszegény. A daganat belsejét alkotó lágy részek, vékony kötőszövetes csíkokkal, nagy hámszigetekre osztott, kevéssé differentiált sejtelemekből álló daganatszövetből állanak. Az egyes sejtek között nagyság és festődésbeli különbségeket alig találunk. Annak dacára, hogy a megoszlások száma elég nagy, a szöveti kép nem kelti a rosszindulatúság benyomását.



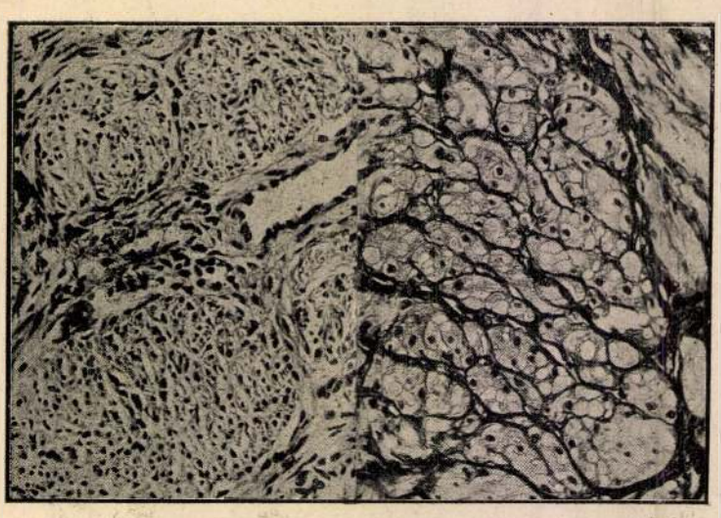
2. ábra. A méhnyálkahártya cytogen szövetének decidualisan átalakult sejtelemei. Az egyes sejtek plasmája duzzadtabb, sötétebbre festődik; az ovalis nagy sejtmagok világosak, a sejtek plasmájában nagymennyiségü glykogen mutatható ki. A kép jobb sarkában egy mirigynyilás ferdeirányú átmetszete látható.

A nyálkahártya a pyometra miatt részben lelöködött. A visszamaradt rész gyulladásos sejtelemekből erősen beszürödött. A gyulladás a nyálkahártya alatti izomrétegre is ráterjed, s az izomnyalábok között az erek mentén messzire követhető. A mirigyjáratok sok helyen tágultak, tömlős üregeket képeznek, a bélelő hengerhám mindenütt szabályos, egyrétegü. A szöveti kép teljesen megfelel a granulosasejt-daganatoknál olyannyira ismert glandularis hyperplasiának.

Rendkívül érdekes a méhnyálkahártya stormája. A megvizsgált méhnyálkahártyarészletekben mindenütt, hol nagyobb szigeteket képezve, hol szétszórtan kisebb sejtcsoportokat alkotva, deciduaszerüen fellazult, felpuffadt stroma-sejteket találunk.

A cytogen támasztószövet sejtelemeiben —, mint a 3. ábrán látható —, a fellazulás olyan fokú, hogy megtévesztésig utánozza a terhességi deciduát. Az egyes sejtek sötétebbek, glykogendús plasmájukkal, nagy, világos, finoman szemcsés szerkezetü magvukkal teljesen olyan képet mutatnak, mint a deciduasejtek. Ha e képet fiatalabb, praementstruális szakban levő, vagy terhes nő nyálkahártyájában találnók, úgy nem volna benne semmi szokatlan, de 63 éves nőbeteg nyálkahártyájában hasonló elváltozást még nem láttunk. E sejtek szokatlan átalakulását úgy magyarázzuk, hogy az a hormon, melyet a granulosasejt-daganat termelt, nemcsak a méhizomzat túltengését idézte elő, hanem a nyálkahártya stromasejtjeinek deciduális átalakulását is létrehozta.

A méhizomzat górcső alatt a terhes méhekhez hasonló szerkezettel bír. Az eltérés csupán annyi, hogy az izomszövetközti kötőszövetes állomány viszonylagosan megszaporodott. Az izomrostok —, mint a csatolt összehasonlító górcsövi fénykép mutatja, —, erösen túltengtek, meghosszabbodtak, megvastagodtak s kiterjedt zsíros elfajulást mutatnak. A rostok megvastagodása olyan fokú, mint azt VI.—VII. hónapos terhes méhekben látjuk.



3. ábra. A jobboldali rész a túltengett izomrostok harántmetszetét mutatja, a baloldali rész 40 éves asszony méhéből készült. Élesen szembetünik, hogy az azonos nagyitással készült, összehasonlitás a szánt balodali kép rostjaihoz viszonyítva a túltengett jobboldali izomrostok jóval vastagabbak. (Van Gieson.).

A leírt eset érdekességét a méhnyálkahártya támasztószövetének fentebb leírt elváltozása és a méhizomzat szokatlan nagyfokú túltengése képezi. Ez volt oka téves kórismézésünknek is. Utólagos elbírálás alapján is alig hisszük, hogy a kétökölnyi képletet bárki is egyszerü izomtúltengésnek nézte volna. Különösen jól volt tapintható a szokatlan nagyságú méhtest akkor, mikor a duzzadt méhnyakat sikerült a hüvelybe visszahelyeznünk; ezzel ugyanis a hatalmas méhtest is jóval feljebb került.

Annak ellenére, hogy a lesoványodott, erősen leromlott asszony hasfala rendkívül vékony volt s rajta keresztül elég pontosan tájékozódhattunk, a jobboldali petefészekdaganatot velőszerü lágysága miatt mégsem tudtuk kitapintani s így a valóságnak megfelelő helyzet csak a műtét alkalmával derült ki.

Hogy a szokatlan fokú méhmegnagyobbodás a leírt granulosasejt-daganattal függött össze, azt igazolja a műtét utáni vizelet nagy hormontartalma. Mivel a leírt petefészekdaganatot mindjárt a műtét alkalmával granulosasej-dagantnak véltük, összegyüjtöttük a műtét után csapolással nyert vizeletet, melyből a szokásos állatkisérleti eljárásokkal megállapitottuk, hogy folliculintartalma 360 egéregységnyi mennyiséget tett ki literenként *(Dr. Miklós)*. Hogy e hormont mindenek szerint a leírt granulosasejt-daganat alakelemei termeltek, azt bizonyítja a beteg kora és 20 év óta fennálló amenorrhoeája, valamint a méhizomzat és nyálkahártya leírt elváltozásai. Hogy a méhnyálkahártya nem mutatta a szokatlan túltengést és az ezzel kapcsolatos vérzést, azt azzal magyarázzuk, hogy a fennálló pyometra miatt a nyálkahártya bizonyos mértékben állandóan elpusztult s mint a visszamaradt részek mutatják, gyulladásos sejtelemekkel nagymértékben beszűrődött. Tehát a felületes rétegek elhalása és állandó lelökődése képezhette okát annak, hogy a granulosasejt-daganatokkal kapcsolatban oly gyakran észlelt rendetlen vérzés nem jelentkezett.

Hogy a méh megnagyobbodásában fontossággal bírt a részleges előeséssel kapcsolatos vérkeringési zavar, illetőleg pangás, az kétségtelen. A szövettani kép azonban azt mutatja, hogy a túltengésben elsősorban az izomrostok megvastagodása játszotta a lényegesebb szerepet.

Esetünket azért tartottuk közlésre érdemesnek, mert 63 éves nőben granulosasejt-daganattal összefüggésbe hozható hasonló nagyfokú méhtúltengést és nyálkahártyaelváltozást a rendelkezésünkre álló irodalomban nem találtunk.

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

Eosinophilsejtek számváltozása adrenalinhatásra bronchopneumoniás csecsemőkben.

Irta: *Krompaszky Tibor dr.*

Előbbi dolgozatunkban beszámoltunk azon vizsgálatainkról, melyeket egészséges és gümőkóros gyermekeken végeztünk abból a célból, hogy megtudjuk, milyen befolyást gyakorol a bőr alá fecskendezett adrenalinoldat az eosinophilsejtek absolut, illetőleg százalékos mennyiségére.*) E vizsgálatok adatokat nyujtottak arra nézve, hogy egyes betegségekben az eosinophilsejtek számbeli ingadozása, megszaporodása, csökkenése, vagy hiánya milyen okra vezethető vissza; hogy ez az ingadozás mesterségesen is előidézhető-e; továbbá ezen változásokból kiolvasható-e olyan törvényszerüség, mely elméleti vagy gyakorlati jelentőségü.

Az egészségeseken, illetőleg gümőkórosokon végzett vizsgálatok alkalmával talált eltérések egyrészt, másrészt a belőlük levont következtetések arra ösztönöztek, hogy az AEG-t most már heveny betegségben vizsgáljuk meg s adjunk választ olyan kérdésekre, melyek előző munkánk folyamán merültek fel.

Határozottan nem volt megállapítható, hogy tuberculoticusokon talált positiv vagy negativ phasisu görbe jó, illetve rossz prognosisnak a kifejezője-e? Szükséges lett volna megállapitani, hogy az AEG-nek ez a két typusa, csupán gümőkórra jellemző-e, vagy más betegségekben is megtalálható? Ezenkívül okvetlenül szükségesnek látszottak sorozatos AEG vizsgálatok, melyek a betegség kezdetétől befejezéséig kisebb-nagyobb időközökben nyerhetők. Ezekre ugyanis azért volt szükség, hogy ismeretessé váljék, milyen alakú görbék tartoznak a betegség különböző szakaihoz, vagyis bizonyos jellemző klinikai tünet-complexumot kisér-e jellegzetes AEG.

Helyénvalónak látszott grippés csecsemőkön az adrenalin-rendszer s az eosinophilsejtek közti összefüggést ku.

---

*) Orvosképzés, 1934. évi Hainiss különfüzet.

I. táblázat.

Diagnosis	Eosinoph. s. abs. száma.				Fehérvérsejtek abs. száma				Eosinoph. s. %-os megoszlása			
	k. é.	½	1½	2½	k. é.	½	1½	2½	k. é.	½	1½	2½
		Óra				Óra				Ora		
Bronchopneumonia	36	20	10	42	10.000	10.400	6.600	6.500	1.1	0.6	0.4	2.0
Bronchopn. Empyema	4	0	1	0	50.000	26.000	20.000	24.000	0.02	0.0	0.01	0.0
Bronchopn. Otitis	96	88	40	74	11.000	12.000	11.400	10.400	2.7	2.2	1.0	2.2
Bronchopneumonia	55	30	20	18	20.000	21.000	22.000	19.000	0.8	0.4	0.2	0.29
Angina, bronchitis	20	14	10	20	10.000	18.000	7.200	9.700	0.7	0.2	0.4	0.6
Pneumonia croup.	20	2	46	14	9.000	8.800	12.600	10.000	0.6	0.7	1.1	0.4
„ „	30	12	8	27	14.000	10.000	15.000	13.000	0.6	0.2	0.1	0.6
Grippés mening.	10	6	5	3	8.000	10.000	10.000	9.000	0.3	0.1	0.1	0.1

k. é. = kiindulási érték.

tatni arra vonatkozólag, hogy az adrenalin-eosinophilia lefolyásában történik-e említésre méltó változás és hogy a kapott értékek s a betegség között lehet-e kapcsolatot találni.

Az adrenalin terhelési eosinophilsejtgörbe (AEG) felvétele a következőképen történik:

Az alimentaris befolyás kiküszöbölése végett az eddig szokásos 5 órai éheztetést mellőztük, mert az éheztetés a csecsemőkre nem lett volna közömbös. A vizsgálandón a szokásos fehérvérsejtszám és eosinophilsejtszám számlálást végeztük. Ez utóbbit *Dunger* eljárása szerint: a vér felszívása fehérvérsejtszámláláshoz használatos Melangeur pipetta egyes jeléig, higítása Dunger oldattal a 11-es jelzésig (a Dunger-oldat összetétele: 1%-os vizes eosin-oldat, és aceton aa 10 ccm, aqua dest. 100 ccm). Számolás a Fuchs-Rosenthal-kamra egész felületéről. A vérsejtszámolást 1‰ adrenalin-oldat befecskendezése követte (*tonogenből* 0—12 hónapos korig 0.10 ccm. 1—2 évig 0.2 ccm bőr alá). A vérsejtszámlálást a befecskendezés után ½, 1½ és 2½ órával megismételtük. A csecsemőkön az 1:1000 higított tuberculin (Mantoux) reactiót is elvégeztük, esetleges gümős fertőzés kizárása miatt. A Mantoux-reactio minden esetben negativ volt. Vizsgálatunk első része grippés csecsemők AEG meghatározására irányult. Az egyöntetűség érdekében bronchopneumoniás szövődménnyel járó eseteket vizsgáltunk. A vizsgálatokból a következő eredményt összegezhetjük:

I. Az első táblázatunkban grippés megbetegedésekről, főleg bronchopneumonias csecsemők AEG-ji szerepelnek (8 eset) és kitünik, hogy:

1. az adrenalin befecskendezést az eosinophilsejtek absolut számának csökkenése követi, a hatásmaximum már ½ órán belül beáll 6 esetben, 8 betegen 1½ órán belül, míg 2½ órán belül 2 esetben.

2. A fehérvérsejtszám legnagyobbrészt szaporodást mutat 12 esetben, s csak 4 esetben csökkenést,

3. az eosinophilsejtek százalékos száma általában csökken, még pedig 12 betegben, kettőben változatlan, kettőben az emelkedés kismértékű.

A kórtörténetek átvizsgálásakor kiderül, hogy az első csoportba általában a klinikailag súlyosabbnak jelzett esetek tartoznak.

Itt is felmerül az a kérdés, hogy a grippénél talált AEG lefolyásában prognostikai következtetések vonhatók-e le olyanformán, mint a tuberculosisos gyermekek esetében, ahol az eosinophilsejtek esését rossz jelnek tekintettük.

Hogy erre a kérdésre megfelelhetünk, elhatároztuk, hogy fenti betegek egy részén AEG sorozatokat készítünk.

II. csoportba tartozik 1—4 eset, összesen 14 AEG

2. táblázat.

Diagnosis.	Eosinoph. s. abs. száma				Fehérvérsejtek abs. száma				Eosinoph. s. %-os megosz.			
	k.é.	½	1½	2½	k. é.	½	1½	2½	k.é.	½	1½	2½
		Óra				Óra				Óra		
I. Bronchopneumonia	36	20	10	42	10.000	14.400	6.600	4.200	1.1	0.6	0.4	2.0
II. „ „	2	0	0	0	23.000	34.000	30.000	32.000	0.02	0.0	0.0	0.0
I. Bronchopn. Empyema	4	0	1	0	50.000	26.000	20.000	24.000	0.02	0.0	0.01	0.0
II. „ „	38	20	18	25	17.000	19.000	16.000	14.000	0.7	0.3	0.3	0.5
III. gyógyult	20	29	35	30	25.000	26.000	25.000	24.000	0.2	0.3	0.4	0.3
I. Bronchopneumonia	55	30	20	18	20.000	21.000	22.000	19.000	0.8	0.4	0.2	0.29
II. „ „	100	180	96	130	18.000	18.000	18.000	13.400	1.8	3.1	1.6	3.0
III. „ „	84	150	100	80	14.200	18.000	12.000	13.000	1.8	2.6	2.6	2.5
IV. „ „	34	50	41	30	13.000	15.000	15.000	14.000	0.8	1.0	0.8	0.6
I. Pneumonia croup.	20	2	46	14	9.000	8.800	6.200	10.000	0.6	0.7	1.1	0.4
II. „ „	18	7	2	16	8.000	12.000	10.000	11.000	0.7	0.01	0.06	0.05
III. „ „	20	18	8	15	8.800	7.200	7.500	7.900	0.7	0.7	0.3	0.5
IV. gyógyult	12	22	25	18	9.000	10.000	10.000	9.000	0.4	0.6	0.7	0.5
V. gyógyult	14	36	39	20	5.000	4.000	5.600	4.500	0.8	2.8	2.1	1.3

k. é. = kiindulási érték.

registrálásával. Ezek egy része csak negativ phasisu görbéket, többi része az azt követő positiv phasisuakat szemlélteti. Az előbb említettek közé tartoznak azon esetek, melyekben a negativ phasist követő positiv phasis kifejlődését a halál gátolja meg.

Mindebből nyilvánvalóan megállapítható, hogy az AEG alakja nem ad minden esetben prognostikai felvilágositast, mert abban az esetben sem állapitható meg rossz kórjóslat csupán a görbe alapján, mikor a negativ phasis oly nagy, hogy az eosinophilok száma nulla. De ezenkivül azért sem, mert amint a II. csoport görbéi közül megállapitható, egy bizonyos idő eltelte után az eosinophilsejtek ismét megjelennetnek a véráramban és egy positiv phasis kialakulásának az útját nyithatják meg, mellyel párhuzamosan a klinikai tünetek javulása is beáll. Továbbá megállapitható mind az I, mind a II. csoport görbéről, hogy a görbék lefutása teljesen hasonló azokkal a görbékkel, melyeket a súlyos gümőkórosokon találunk, azzal a különbséggel, hogy míg eseteink szerint a gümős negativ szakot soha sem követi positiv phasis.

Mind gümőkór, mind a grippe nagyon súlyos formái kétségkivül ártanak a leukopoethikus apparatusnak is, amint az már ilyenkor tapasztalható hyp.-, illetve aneosinophilia is bizonyítja.

Adrenalin terhelési sejtszámvizsgálatokból kiderül, hogy a positiv görbék a vizsgálat acut és chronikus betegségekben a szervezet momentán kedvező állapotát jelzi a betegséggel szemben, míg a negativ görbe a chronicus ártalommal szemben jelent mindig rossz prognosist, addig az acut, tehát a jelen esetben grippés betegeken a kedvező fordulat bekövetkeztét nem zárja ki.

Ez utóbbi megállapitást szemléltetően ábrázolják grippés betegeken végzett sorozatok. Ezen utóbbi sorozatok azt is bizonyítják, hogy az AEG-nek a positiv, illetőleg negativ typusa nem csupán a gümőkóros tüdőfolyamatokra jellemző, mert a tüdő heveny gyulladásos folyamataikor is a negativ, illetőleg positiv typus fog kialakulni aszerint, amint a betegség hatalmasodott el a szervezeten, vagy a szervezet győzedelmeskedik a kór felett.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem gyermekklinikájának (igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár.) és elme-, idegkórtani klinikájának (igazgató: Schaffer Károly ny. r. tanár) közleménye.

Multiplex agytuberculum gyermekben.

Irták: *Kiss Pál dr.* és *Fényes István dr.*

A gyermekkorban előforduló intracranialis térszükítő folyamatok túlnyomó részét a tuberculumok okozzák. Az ismertetendő eset is ide tartozik, az érdekességet tehát nem a folyamat milyensége, hanem multiplex volta adja. A multiplex folyamat megnehezíti mind a kórjelzést, mind egyes vizsgáló eljárások kivitelét. Az eset a következő:

Előzmény: Egy 8 éves leányt 1933 szept. 25-én felvettünk a klinikára. Szülei elmondották, hogy egy szomszédjuk nyakán állandó genyedző sipoly van, s a gyermekük ez ember sebéhez használt kötöző rongyokkal játszott, abból babaruhákat varrt. 1932 decemberében azt vették észre, hogy a gyermek kézhátán mogyorónyi duzzanat keletkezett, ez később kifekélyesedett, s a sipoly ugyanúgy folyt, mint a szomszéd ember nyakán. Később a gyermek lábán is hasonló folyamat keletkezett. 1933 nyara óta pedig azt veszik észre, hogy ügyetlenül jár, s kezével is ügyetlenül bánik. Kb. ez idő óta fejfájásokról is panaszkodik. 1933 szept. eleje óta szeme piros és fáj.

Jelen állapota: Rosszul fejlett, sovány. Jobb kezefején, jobb alkarján, jobb térde alatt kb. pengőnyi kékeszöldes elszineződés, kissé behuzódott heges terület (börtuberculumok). A tüdő, szív, hasi szervek physikai vizsgálata eltérést nem derit. ki. A jobb szemen kisfokú lagophthalmus, keratitis van és a cornea teljesen érzéstelen. (Keratitis ulcero-suppur.) Száj: az ajakpir közepétől jobbra a szájzug mindkét ajkon duzzadt, kifekélyesedett, sárgás-szürkés lepedékkel fedett. *Tuberculin r.: positiv.* Vizeletben kóros nincs. Vérkép: Vvs.: 4,600.000 Hgbl.: 96%, Fvs.: 13,600, Neutr. segm.: 59%, Neutr. jug.: 6%, Eo.: 2%, Ba. 1%, Mo.: 1% Lymph.: 25%.

Ideggyógyászati lelet: Agyidegek: bal pupilla fényre jól reagál. Jobb pupilla a fekély miatt nem vizsgálható. Szemmozgások: a jobb szem oldalnézéskor csak közép vonalig mozog, bal oldalra nézéskor a bal szem nem tud sokáig a végállásban megmaradni, ugyanitt nénány nystagmiformis rángás. Mindkét szem convergentiája kifogástalan. Felfelé és lefelé tekintéskor eltérés nincs. *Facialis:* jobb o. mindhárom ág massiv peripheriás bénulása, területének izmai electromos vizsgálattal elfajulási reactiót mutatnak. *Trigeminus:* jobb oldalt hypalgesiás, a jobb oldali masseteren atrophia és elfajulási reactió. *Hypoglossus:* a szájban jobbfelé, a csúcson balfelé deviáló nyelv. *Felső végtagok:* jobb o. könyoknajlitás és felkaremelés paeticus, biceps és triceps reflex jobb o. egyenlő bal o. Diadochokinesis jobb o. rossz. Ujj-orr próba jobb o. ataxiás, bal oldalt szinén, de alig. *Hasreflexek:* bal o. felső és középső gyengébb, mint jobb o. és kimerül. *Alsó végtagok:* térd hajlitás jobb o. pareticus. Patella reflex jobb o. fokozott, Achiles r. j. o, egyenlő b. o, Babinski stb, mindkét oldalt negativ. *Járása erősen ataxiás. Érzésvizsgálat:* a trigeminus területén, amint már említettük, jobb o., a test többi részén, bal o. hypalgesia. A tapintási vizsgálat a gyermek kora miatt nem ad értékelhető eredményt. Hőérzés: bal oldalt az arc kivételével hőperversio, a hideget melegnek mondja. A meleget megismeri, de bal o. csökkentnek mondja. *Az izomerő* vizsgálata nem egészen érthető okból mind a felső ,mind az alsó végtagokban jobb o. mutat kisfokú paresist. *Lumbalpunctiós* liquor: Pándy pos. sejtszám: 7, cukor 56.6 mgr. %, összfehérje 0.90 ezrelék. Colloidális benzoe: 1—9-ig teljes, 10-ben félkiesés

IX. 25—X. 5-ig nincs lényeges eltérés. Láztalan, pulsusszám 110—120 között változik. Vérnyomás 100/80 Hg. mm. körül. Időnként egyszer-egyszer hány. *X. 5.* Bal oldali *ventriculus punctió* segitségével *ventriculographia:* aether narcosisban hasra fektetve, a fejet a vízszintesnél kissé mélyebbre süllyesztve, mintegy 2 mm. átmérőjü fúróval átfurjuk a koponyacsontot a szokásos helyen és irányban, s gerinccsapoló tüvel az első szúrásra beletalálunk az oldalkamrába. Mintegy 90 ccm. liquort bocsátunk ki, ami nagy nyomással, sugárban ürül, s befuvunk 70 ccm levegőt. Utána azonnal elvégezzük a *ventriculographiát.* A ventriculogrammok lelete: Igen tágult oldalgyomrocsok. Alul jobbra áttolt elülső szarvak. A ventriculus liquor vizsgálatának eredménye: Pándy negativ, összfehérje 0.10 ezrelék, sejtszám 4, cukor 59,5 mgr. %. Colloidalis benzoe: 1—3-ig ¾ kiesés, 4-ben nincs kiesés, az 5-ben ½ kiesés, 6—16-ig nincs kiesés. A ventriculus csapolás után mintegy 4 napig lázas, kissé szédül, a pulsusszám a lázzal arányos. Naponta párszor hány. *X. 13.* Napok óta láztalan. Pulsusszám 110—120 között. Vérnyomás 95/85 körül. Fájdalom érzés: a bal testfélen konzekvensen csökkenést ad meg. Ez a csökkenés ráterjed a bal trigeminus területére is. (l. előző leletet). Ugyancsak megtalálható a jobb arcfél hypalgesiája. A határok mind a koponyatetőn, mind az auricul. magnus felé betartják a trigeminus területét. Hőérzés: a bal testfélen (az arc kivételével) a hideget következetesen melegnek mondja, a meleget következetesen megismeri. A meleg érzést következetesen bal oldalt csökkentnek mondja. Az arc mindkét felén a hideget is, meleget is összetéveszti. Itt azonban következetesség nem ismerhető fel. Tapintási érzés: (X. 14,) az eredmény nem értékelhető, mert a gyermek mind a két oldal közti különbség (arc és test), mind az érzés tekintetében teljesen következetlen kijelentéseket tesz. *Tonus:* felső és alsó végtagon eltérés nincs. A *mozgásérzés* nem vizsgálható. *Reflexek:* Patella r. jobb o. fokozott, bal o. csak *Jendrassik-fogással* váltható ki, kevésbbé erös, mint a bal o. Achilles r.: jobb o. gyengébb, mint b. o. Biceps r, jobb o, erősebb, mint bal o, *Babinski* bal o. több alkalommal laterális lábszélről kiváltva, lassú dorselflexióval positiv, jobb o. negativ. Többi kóros r. negativ m o. Hasreflexek: j. o. egyenlő b. o. bal oldalt hamar kimerül, jobb o. megmarad, *A jobb oldali ventricularis punctiónál* (X. 15.) beszuráskor a tü az agyban rugalmas ellenállásba ütközik, melyen kis erővel áthatolva az ellenállás a tüt fogvatartja. Liguort nem kapunk. Következő napokban hőmérséklet, pususszám, általános állapot nem változott.

X. 23—X. 30-ig naponta a koponya más-más területére röntgenbesugárzás. Ez idő alatt állandóan subfebrilis. *XI.*

9-én evés közben folyadékot aspirál, attól kezdve 39°-ig terjedően intermittáló lázmenet, köhögés. A tüdő felett kopogtatási eltérés nélkül diffuse kis és középhólyagú szörtyzörejek. Röntgenvizsgálat szerint: disseminált folyamat. A kezelés ellenére általános állapota folyton romlik. Testsúlya felvétele óta 3 kg-mal csökkent. *XI. 24-én:* Szájnyitáskor az alsó állkapocs jobbra deviál. Electromos vizsgálat: Faradicusan jobb o. a frontális kivételével a faciális terület izmainak reactiói (orbic. oris, zygomat., orbic. ocul. és mentalis) megkaphatók, de erősségben csökkentek. Galvanikusan: a jobb o. faciális terület említett izmai féregszerű rángást adnak. Ugyancsak féregszerű rángást mutatnak láthatóan és tapinthatóan a jobb o. masseterben. Bal o. ugyanebben az izomban gyors a rángás, Reflexek: biceps jobb o. egyenlő bal o. patella jobb o. erősebb, mint bal o., jobb o. fokozott, Achilles r. mindkét o. fokozott, clonicus rángásokkal. *Babinski* mindkét o. positiv. *Hasreflexek:* bal o. mindhárom etage-ban hiányzik jobb o. csak a felső és középső etage-ban válthatók ki. *Tonus:* a bal alsó végtagon csökkent. A felső végtagokon ezzel szemben jobb o. csökkent. Érzésvizsgálat nem végezhető. 24 óra mulva állandó gyengülés közben beállt a halál.

Ha a vizsgálat eredményét össze akarjuk foglalni, azt mondhatjuk, hogy betegünkben jobb o. abducens, jobb o. trigeminus érző és mozgató, valamint jobb o. peripherás facialis és kisebb mértékben a jobb o. hypoglossus bántalma állt fenn. Az ellenkező testfélen érzészavar volt, pyramis tünetek, az azonos oldalon pedig ataxia. Mindezek együttvéve az ú. n. „pons syndroma" typusos képét adják. Ezen kivül a lumbalis és ventricularis liquor fehérjetartalma és kolloidalis görbéje között olyan különbség volt, amit rendszerint akkor látunk, ha a kamrai és subarachnoidalis liquor-rendszerek közlekedése akadályozott.

A kórelőzmény és a bőrgümőkór alapján agytuberculumra gondoltunk s a localisatiót a pons jobb felére tettük. Azon körülmények alapján azonban, hogy a ventriculogrammon az elülső szarvak alul jobbra voltak áttolva, továbbá, hogy a jobb o. kamra punctiókor a tűvel az agyállománytól eltérő ellenállású kéneletet tapintottunk, azt kellett feltételeznünk, hogy a hídba localisált tuberculumon kívül a homloki regióban is tuberculumnak kell lennie. Pár hét alatt disseminált tüdőgümőkór halált okozott.

A boncolás a következőket derítette fel, (csak az agyra vonatkozó adatokat közöljük):

1. Hatalmas konglomerattuberculum a híd jobb felében, mely azonban a tegmentális részben a raphen túl a bal oldalra is átterjed. A pons jobb feléből csak a ventromediális részen maradt kis terület szabad, ahol a pons rostozata megmaradt. A tuberculum a j. o.-i brachium conjunctivumot is teljesen elpusztítja, de a kisagy velőállományának túlnyomó része is benne van a folyamatban, amely az épenmaradt IV. agykamra fölötti vidéken a b. o.-i brach. conj.-ig terjed, előrefelé a corp. quadr. szintjében ejtett metszéslapon már nem látható, hátrafelé elvékonyodva olyan metszéslapon, amely az oliva inferiort maximális nivóban mutatja, az oblongata dorsolateralis sarkát foglalja el.

2. Terjedelmes konglomerattuberculumi a homloki lebenyek velőállományában, foltosan elsajtosodott területekkel. A tuberculum a két elülső szarv közötti területet foglalja el, lefelé és felfelé a két félteke közötti barázdáig terjedve. A jobb elülső szarv csúcsától jobbfelé is terjedelmes kiterjedésű, de a vevőállományból köröskörül csíkszerű terület épen maradt. Az anatómiai készítményen jól látható volt a septum pellucidum ferde lefutása balról felülről jobbra lefelé, amely a ventriculogrammal megegyezett.

Szövettanilag typusos tuberculum: sarjszövet, Langerhans-féle óriássejtekkel.

Az eset érdekességét mindenekelőtt a folyamat multiplex volta adja meg. Rámutat továbbá az előzmény arra is, hogy genyedző gümős sipolyok mekkora veszélyt rejtenek magukban a környezet, különösen a gyermekek szempontjából. Fölöttébb érdekes volt azután az, hogy a boncoláskor talált anatomiai helyzettel mennyire egyezett a ventriculogramm. A ventriculogrammon ugyanis az elülső szarvak helyzetét in vivo semmiként sem lehetett a ponsban ülő elváltozással magyarázni s különösen ez az adat volt az, ami mindenek előtt felhivta a figyelmet arra, hogy a hídbeli gócon kívül másutt is feltételezzünk tuberculumot.

Csecsemőn észlelt nikotinmérgezés.*

Irta: *Greiner Irén dr.*, az Országos Stefánia Szövetség főorvosa.

Háromhetes csecsemőn nikotinmérgezést észleltem. A 3600 gr-mal született fiúcsecsemőt 11 napos korában látom először. Ekkor súlya 3470 gr. Születése óta naponta ötször anyatejet kap, átlag 400 gr napi mennyiségben. A csecsemő nyugtalan, 3—4 zöldes széke van naponta, 6—8 vizes pelenka, 2—3-szor hány. A táplálás fokozására hatszori szoptatást rendelünk: székei javulnak, többet vizel, 1—2-szer hány. 18 napos korában 3560 gr. A 22. napon a csecsemő két reggeli szopása 100—100 gr; de utána heves hányása támad, mely gyakran ismétlődik; erős kólikái vannak és minden táplálékot (anyatej, tea) visszautasít. Feltűnően sápadt, homloka ráncolt, arckifejezése fájdalmas, lábait felhúzva tartja s hosszasan sir. Kutacsa süppedt, pupillája szűk, szájnyálkahártyája élénk vörös, nyelve nedves, nem lepedékes. Reflexei csecsemőkorának megfelelő élénkségűek, pulsus erőteljes, szaporaalig számolható. Szívén, tüdején, hasi szervein, torkán eltérés nincs. 24 h. óta mondhatni teljesen álmatlan, egyszer vizelt, széke nincs, hőmérséklete normalis. Nyilván mérgezésről van szó. Anyja gyógyszert nem szed, de tudtam, hogy dohányzik. Kérdésemre elmondja, hogy naponta 35—40 cigarettát elszív. A csecsemőnek anyatej közvetitésével történt nikotinmérgezésére gondolok s ezért az anyát a dohányzástól eltiltom. A mérgezés utáni napon a csecsemő egy kevés anyatejet elfogad, de sokat hány; görcsei kevésbbé hevesek. Hőmérséklete délben 38.7° C, mely gyógyszeres kezelés nélkül estére 37.3° C-ra csökken. Minthogy sem enteralis, sem parenteralis fertőzésre támpontunk nincs, a hőmérsék emelkedését a gyakori hányás miatti exsiccatiós láznak kell tulajdonitani. A mérgezés utáni második 24 óra alatt a csecsemő 150 gr hideg, cukros teát, nem mérhető anyatej-mennyiséget fogyaszt; egy nedves pelenka, gyakori hányás, szék, kevesebb kolika, normalis hőmérséklet. Ekkor tizszeri táplálásra térünk át: anyatej mellről vagy lefejve és hideg cukros tea. Következő nap csak háromszor hány, a görcs kevesebb, napközben és éjszaka 3—4 órát alszik, pelenkát egyszer nedvesít, olajos beöntésre székel. Két nap alatt 300 g-t fogyott. A további napokban a tízszeri anyatej és cukros tea táplálást folytatva, a csecsemő súlygörbéje megindul, többé nem hány s vizelete szaporodik; tovább is székszorulásos. Azzal az egyetlen intézkedéssel, hogy az anya elhagyja a dohányzást, a csecsemő súlyos állapota megszűnik.

Az irodalomban nem találtam heveny nikotinmérgezés leirását csecsemőkorban, csupán utalást arra, hogy dohányzó nők csecsemői a kelleténél kevésbbé gyarapodnak, nyugtalanok, kólikásak és az anyák tejelválasztása fokozatosan csökken. A magam esetében a nikotinmérgezés classikus képébe beilleszthető a csecsemő állapota, azzal az eltéréssel, hogy a nikotinmérgezés inkább hasmenéssel szokott járni. Elvi kérdés azonban, hogy a tejmirigy kiválasztja-e a nikotint.

*) A Magyar Gyermekorvostársaság 1935. máj. 30-i ülésén tartott előadás.

Hatscher és *Crosby*[1]) kimutatta, hogy a lactatio alatt macskába nikotint initiálva, az a tejben kiválasztódik. A tejelválasztás tetemes csökkenését tapasztalták; a fiatal szopós állatokon változást nem észleltek. *Fish*[1]) tehénen végzett hasonló vizsgálatokat; az állat tejében a nikotin kimutatható volt; más elváltozást nem tapasztalt.

Hoag[1]), *Thompson*[2]) és több amerikai kutató, szoptató nők tejében mutatta ki a nikotint cigarettázás után biológiai eljárással; a szoptatott csecsemőn elváltozást nem észleltek. *Nagy László*[3]) chemiai módszerrel végzett vizsgálatai hasonló eredménnyel jártak. *Emmanuel*[4]) vegyi eljárással határozza meg a nikotint cigarettázó nők tejében és párhuzamosan figyeli a szoptatott csecsemőket. Ugy találja, hogy 1—2 órával dohányzás után, meghatározható mennyiségben van nikotin a tejben; a legnagyobb kiválasztás a dohányzás utáni 4—5 órával van. Vizsgálatai szerint, napi 6-7 cigaretta elszívása még nincs hatással a csecsemőre; 15 drb. cigaretta után már toxikus tüneteket észlel a szoptatott csecsemőn. *Sokolov*[5]) úgy találja, hogy a nikotin rosszul befolyásolja a lactatiót, acut vagy chronikus elégtelenségét okozva a tejmirigynek. *Kunkel*[6]) tapasztalatai szerint a női és gyermeki szervezet érzékenyebb nikotinnal szemben. *Mgalobeli*[7]) dohánygyári munkásnők szervezetének súlyos bántalmazottságát tapasztalja — nikotinmérgezés következtében, — mely az utódokra is kihat.

Irodalmi adatok és egyéni tapasztalás alapján mondhatjuk, hogy a dohányzás szoptatás idején különösen ártalmas, mert a tejelválasztásnak is, csecsemőnek is egyaránt ártalmára van. Ezért szoptatás alatt a dohányzást el kell tiltani vagy legalább is napi 6 drb. cigarettára csökkenteni.

Irodalom: 1. The Journ. of Pharm. and exp, Therapie 32. 1. 1928. — 2. American Journ. of Obstetrics and Gynecology. 26. 1933. — 3. Pharmazeutische Zentralhalle 75. 47. 1934. — 4. Zeitsch, für Kinderhk, 52. 1932. — 5 Ref. Zentrbl. f. Kinderheilk. 21. 538. 1928. — 6. Toxikologie 1901. — 7. Monatschr. f. Geburtshilfe u. Gyn. 88. 237. 1931.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Novurit kúp mint diureticum sziveredetű vizenyő esetén. *J. Parkinson és W. A. R, Thomson* (The Lancet, 1936, 5862. sz.)

Novurit kúp cardialis eredetű vizenyő és pangásos máj eseteiben jó diuretikus hatást feitett ki (átlagérték 2470 ccm). A vizeletelválasztás egyenletesebb volt, mint higanydiureticum intravénás befecskendezése után, ha nem is tartott 24 óránál tovább. Jobb az eredmény, ha üres a végbél a Novurit kúp alkalmazása idején. A kúpot ne adjuk előzetes hashajtás vagy beöntés után, mert akkor izgathatja a nyálkahártyát. Ugyancsak fokozza a hatást ammoniumchlorid praemedicatio is. E szert általában 2 napig rendelik; első nap 8 második nap 6 g.ot. A kúpot igen jól tűrték a betegek, ellenjavallatot csak fissúra ani és lobos haemorrhoida alkot. Toxikus tünetek nem voltak. A felszívódás elég gyors, már 2 óra alatt annyi Novurit resorbeálódik, hogy a diuretikus hatás kielégítő. Az adagolás: hetenként 1 kúp volt. Digitalist a húgyhajtó képesség vizsgálata érdekében nem alkalmaztak, feltehető, hogy cardialis előkezelés után a hatás még jobb lesz. A Novurit kúp elsősorban a gyakorló orvos kezébe való, már csak azért is, mert elkerülhetővé teszi higanydiureticumok intravénás befecskendezését.

Sebészet.

Az új divinylaether. *Killian H.*: (Der Chirurg, 1935. 13. sz.)

Régi kívánsága a sebészeknek egy olyan veszélytelen altatószer amelynek nincs oly kellemetlen utóhatása, mint az aethernek. A gáznarkosis nem váltotta be teljesen a hozzáfűzött reményeket. Hosszú sorát próbálták ki a különböző szerves anyagoknak, amelyek közül több narkotikus hatású volt, de ezek veszélyesek, vagy nehezen előállíthatók voltak. *Majornak és Ruighnak* sikerült tiszta divinylaethert előállítani, amelyet 3.5% alkohol- és egy nem illékony aminnal stabilisáltuk. (Az amerikai Merck & Co. *Vinethen* néven hozza forgalomba). Színtelen 0,77 fajsúlyú folyadék, az aethernél illékonyabb, szaga aethylen-aether keverékre emlékeztet. Állatkísérletekben megfelelő mély narcosist értek el, anélkül, hogy a légzést és vérkeringést ártalmasan befolyásolta volna; túladagoláskor toxikus hyperventillatio és a vérnyomás esését észlelték. Néhány kutyán észleltek 2—3 óráig tartó és megismételt altatás után hasonló májelválozásokat, mint chloroform narcosis után. Emberen Amerikában, Kanadában és Angliában már több ezer, Németországban pedig mintegy ezer esetben alkalmazták, (a szerző több mint 100 esetet észlelt). Először rövid bódításokra használták s a chloraethylhez hasonlóan, de sok szempontból előnyösebbnek bizonyult: sohasem észleltek émelygést, hányást, a légutak izgalmát — mint az aethernél — s a betegek nem panaszkodtak fulladás érzésről — mint a chloraethylnél. — Szükség esetén könnyen lehet átmenni mély altatásra, s a teljes izomlerenyedést egyharmad-egyötöd idő alatt érték el, mint az aethernél. Ébredés után nem észleltek a chloraethyl után jelentkező kellemetlenségeket. Mély altatásra — gyors párolgás miatt — nem gazdaságos a nyitott kosár alkalmazása, hanem zárt rendszerű géppel altatást ajánlják. — Az altatás lefolyása szerint a divinylaethert átmenetnek kell tekintenünk az aether és gáznarcotikumok között. Túladagoláskor a légzés szaporábbá és felületesebbé válik, de az altatószer megvonása után hamarabb ébred a beteg, mint az aethertől.

A szer veszélyességéről végleges véleményt nem lehet alkotni, mivel egyetlen sebésznek sincs megszakítás nélkül 1—2000 altatásból álló sorozata. Amerikában az első kísérletekkor — valószínüleg túladagolás folytán — néhány halálesetet észleltek, két esetben boncoláskor májnecrosist találtak. A szerző részletesen leírja egyetlen halálesetüket: betegükön feltünően keskeny narcosis-szélességet és lassú ébredést észleltek, amiből altatás előtt fennálló májinsuffitientiát tételez fel. A beteg a mütét után 4-ik nap halt meg. Boncoláskor nagyfokú májnecrosist találtak.

Amerikában, amióta a Vinethen-narkosis időtartamát másfél órára redukálták, nem észleltek halálesetet; ezért megfelelő óvatosságot ajánl a gyakorlatban egyébként kitünőnek bizonyult új altatószer alkalmazásakor.

Migray Jenő dr.

Gyermekgyógyászat.

Adatok a csecsemő és kisgyermek székletének actualis reactiójához *Pachioli-Mengoli*, (La Pediatria, 1935. 43. sz.)

Szerzők mindenekelőtt megbízható colorimetriás pH meghatározást dolgoztak ki a széklet vizsgálatára. (Kiemelik, hogy vizeletnek rövid ideig tartó hozzákeveredése nem zavarja a széklet hydrogen-ionconcentratioját, mert utóbbinak pufferkapacitása oly nagy, hogy azt a vizelet nem befolyásolja. A használt indicatorokat a bromphenolcsoportból válogatták össze s technikájuk lényege, hogy a székletet lehetőleg frissen vizsgálják s azonnal a megfelelően higított indicatorral dörzsölik szét. A dilutiohoz üvegtárgyakat használnak.) Fontosabb megállapításaik a következők: 1. a széklet reactiója kiscsecsemőkorban igen könnyen, azontúl a fejlődéssel parallel mind nehezebben változtatható alimentaris factorok által. 2 éven túl a helyzet a felnőttekével azonos. A táplálkozási zavarok a szék pH labilitását fokozzák. Egészséges női tejjel táplált csecsemő széklete kifejezetten savanyú (pH. 5, 6) és feltünő állandó, a mesterséges táplálás kapcsán a széklet alkalikussá válik, alkalizáló hatása a fehérjének (casein, larosan stb.) van és különösen intensiv a tojás alkalizáló hatása.

Surányi Gyula dr

Gyermekek essentialis alacsony vérnyomásáról. *Andreucci.* (La Pediatria 1935. 43. sz.),

A hypotonia 3 alakját különbözteti meg, aszerint, hogy csak a maximális, a maximális és középnyomás, vagy a maximális, közép- és diastolés nyomás csökkent. Méréseit a Pachon-féle sphygmomanometerrel végezte iskolás korú gyermekeken. Az első csoportba mintegy 18, a másik 2 csoportba kb 5—5% tartozott. Részletesebb megfigyeléseket, kisérleti vizsgálati adatokat a cikk nem tartalmaz.

Surányi Gyula dr.

Bronchopneumoniás syndroma és a tüdő parenchymás elváltozásai acut bronchopneumonia alatt csecsemőkorban. *F. Pontieri.* (La Pediatria 1935. 43. sz.).

60 bronchopnuemoniában elhalt újszülött és csecsemő makro- és mikroskopos vizsgálatáról számol be és összehasonlítja a kapott eredményeket a klinikai képpel. A következő főszempontokra van tekintettel: 1. a bronchopneumoniás góc, vagy infiltratio nagysága, 2. a bronchusok elváltozásai, 3. az alveolusok laesiói, 4. az interlobaris septumok és a pleura elváltozásai,5. a vér- és nyirokereken található kóros folyamatok, 6. a hilus elváltozása.

Megállapítja, hogy parenchymás elváltozás szinte állandó kísérője a kórképnek, viszont a bronchopneumonia távolhatásai (pleuralis, hilaris reactiók stb) már nem mondhatók általánosaknak s igen különböző intensitással szerepelnek. A bronchusok descendáló laesiója kivétel nélkül minden esetben észlelhető a mikroskopos vizsgálatkor, ezzel szemben feltünő módon alárendelt jelentőségü, legalább is az esetek többségében, az érfalak megbetegedése.

Surányi Gyula dr.

Adatok bőrjelenségeket mutató exsudativ diathesis esetei nek tehéntej- és tojásfehérje iránti allergiájához. *Zambrano-Pezza.* (La Pediatria, 1935. 43. sz,)

Szerzők 63 börmanifestatiót mutató exsudativ csecsemőt és controllképpen 15 egészséges csecsemőt vizsgáltak. Megvizsgálták a csecsemktől vett inactivált savó complementkötő képességét, különböző hígitású tojásfehérjének és tejfehérjének, mint antigennek jelenlétében, valamint ugyanezen antigenek által kiváltható intracutan reactiókat. Eredményeik mutatják, hogy exsudativok savója sokkal többször tartalmaz antitesteket fenti anyagokkal szemben, mint az egészséges csecsemő. Különösen gazdag antitestekben a táplálkozási zavarban szenvedő exsudativ csecsemő savója. Gyakoribb és nagyobb mennyiségben található exsudativokon a tejfehérje, mint a tojásfehérje elleni antitest. Előbbivel mintegy az esetek felében, utóbbival egyharmadában kaptak positiv complementkötési- és börpróbát. Ezzel szemben az egészségesek közül (15 eset) a complementkötés csak egyetlen esetben, a börpróba is csak 3 esetben volt positiv.

Surányi Gyula dr

Szemészet.

Keratitis disciformis (Fuchs). *Verrey,* (Francia Szem. orvostársaság 1935.)

7 esetről számol be, köztük kettő lueses volt. A mély körülírt interstitialis keratitisek közé tartozik; gyakori azonban az elülső rétegek részvétele. Gyakran sérülés játszik szerepet; a legfontosabb ok neurogen, talán herpes. Sok közös vonás található a kerat. parench. val. A prognosis felállítása az erek elhelyezéséből lehetséges. Minél mélyebbek az erek, annál kisebb a kilátás a javulásra. Az eddigi hatástalan therápia helyett szerző a jód-iontophoresist ajánlja, mely a parenchima feltisztításán kívül az uvealis fájdalmakat is befolyásolja. Minél korábbi stadiumban ajánlatos elkezdeni. Technika: 1%-os natrium-iodid. negatív polus, 1—5 Ma, 1—5 percen át; 10—30 ülés. (Egyesek szerint jó szolgálatot tesz a ¼%-os zinksulfat-Iph. Ref.),

Grósz István dr,

A lencse C-vitaminképzéséről. *H. K. Müller* (Arch. f. Aug. 1935. 434. old.),

Fiatalkori lencsék C-vitamintartalma nagyobb mint az idősebbeké. A C-vitaminnak cukorból képződésére a lencsében a feltételek adva vannak a glutathion rendszer segítségével. Következő kisérletekkel bizonyítja. Ringer oldatba tett lencsék dichlorindiphenol redukáló képessége (C-vitamintartalom) nő és ugyanilyen arányban fogy a Ringer oldat cukortartalma. nő továbbá a redukált glutathion, amely oxydált alakjában képes a szénhydrátokból ($C_6H_{12}O_6$) 4 H. atomot elvenni és így C-vitaminná alakítani ($C_6H_8O_6$). Idősebb korúak lencséje nem képes a C-vitamin képzésére. A korral és szürkehályog képződéssel egyenes arányban csökken a lencse cukortartalma. (A csarnokvíz cukortartalmában nincs jelentősebb változás. Ref,)

Weinstein Pál dr.

Szemsérülés a széniparban. *Badot,* (Francia Szem Orvostársaság 1935.)

Több ezer sérülés megoszlása: zárt sérülés (contusiok, commotiok, haematomák stb.), 30%, és 70% nyílt; ebből cornealis idegentest 26, cornea-conjunctival-sclera sebzés 20—10, illetőleg 9%. Égési sérülés 4½%, szembeli idegentest fél %. A fémiparban sokkal kisebb a zárt sérülések száma: 10%. A leggyakrabban a bal szem sérül, mert a munkás bal kezében tarja a vésőt és jobb kezével a kalapácsot. Az ütés következtében a szilánkok balra kénytelenek repülni. A bal szem sérülési arányszáma nő a sérülés súlyosságával. A bal szem fekélyei és sebzései 19%-al haladják meg a jobboldalét. Ezért a bal szem más foglalkozási értékü, mint a jobb. A baleseti vakság lehetőségei nagyobbak a jobb szem elvesztése esetén, mint a bal szemé.

Grósz István dr,

Bőrgyógyászat.

Sebkezelés ezüstmanganaittal (simanit). *Schweitzer.* (Med. Kl. 36, sz, 1935),

Az angol Halstedt volt az első, aki ezüst lemezekkel fedett be sebeket, majd 1896-ban Créde alkalmazta a citromsavas ezüstöt. A fogászatban *Miller* észlelte a nehéz fémek csiraölő hatását. Szerző simanit hintőporral összesen 18 beteget kezelt. Még elhanyagolt és genyező állapotban érkező sebek is gyorsan feltisztultak és jó granulatiót mutattak. A váladékot csökkentő, sarjadzást előmozdító, hámosító és szagtalanító hatás alszárfekélyek kezelésében is jelentkezett. A szernek erős antiseptikus, mély hatása van edző tulajdonságok nélkül. A „simanit colloidál"-t kankós folyások és nyakcsatorna hurutok esetében használta. Hüvelyfolyás esetében naponta öblítéseket végzett simanit colloidállal, nyakcsatorna gyulladásokhoz előzetes hüvelyöblítés után simanit gaze csikot vezetett fel a nyakcsatornába. A folyás gyorsan csökkent. átlag 6 heti kezelés után elmaradt. A gyakran végzett bakteriologiás vizsgálat gonococcusmentességet állapított meg, A szert a betegek türték, semmiféle zavaró jelenséget nem észlelt.

Dóczy Gedeon dr,

Egyszerű festési eljárás fonálgombák kimutatására haj. szálakban és hámpikkelyben járóbeteg-rendelésen. J. *Alkiewicz* és *W. Górny.* (Derm. Wschr. 34. sz. 1935),

A gombaelemek nativ kimutatása lúggal nem mindig megbizható, a nyert képeken nem lehet mindig könnyen eligazodni, coccusok sokszor nem különböztethetők meg gombaelemektől. Szerzők egyszerű festési eljárást dolgoztak ki, melynek lényege a következő: 1% formalinos spiritus-szal fixálnak akként, hogy a tárgylemezre kiterített vizsgálati anyagot leöntik vele és lángon meggyujtják. Ezáltal a készítmény nemcsak fixálódik, hanem a tárgylemezhez is rögzül Ezután 1%-os cresylechtviolettes physiologiás konyhasóoldattal festenek fél percig gyenge melegítés mellett. 3—4 csepp elegendő. Itatópapirral leszívják a festéket és néhány csepp ol. caryophyllorumot cseppentettek a készítményre, fedőlemezzel lefedik, miáltal a mikroskópi vizsgálatra kész készítményt kapnak, Ha állandó készítményt akarunk nyerni, úgy a szegfüolajat néhányszor xylollal leöblítjük és kanadabalzsamba foglaljuk a készítményt. A gombaelemek világra festődnek, sőt némely gombafajban polychromasia észlelhető, ami még részletdúsabbá teszi a festést. Jól elkülöníthetők a genysejtek és coccusok. Az eljárás gyors és olcsó.

Schlammadinger József dr.

Elméleti tudományok.

Összehasonlító vizsgálatok az ustilago maidis vizes kivonatának és anyarozspraeparatumoknak toxikus hatásáról. *Br. Dragisic-Bogdan Varicak:* (Arch. f. exper, Path, u, Pharmak. 1935, 179, köt,).

Az ustilago maidis vizes kivonatának és a kereskedésbeli anyarozskészítményeknek toxicus hatására vonatkozó, egereken végzett összehasonlító vizsgálatokkal arra az eredményre jutottak, hogy az ustilago maidis sokkal erősebb toxicitású, mint a kereskedésbeli ergotamintartarat és ergotin-Merck.

Acut mérgezésre az egereken ugyanazon tünetek lépnek fel, mint ergotin-Merckre, a kórbonctani leleten az ustilago maidis sokkal erősebb hatása látszik, ½ ccm. vizes ustilagokivonat ugyanazt a hatást fejti ki, mint 1 ccm. ergotin-Merk, Feltehető, hogy a jugoszláviai ustilago-drogban ergotamin-szerű anyag van, mégpedig igen nagy mennyiségben.

8%-os ustilagopolenta etetésre az egereken 14 nap mulva clonikus görcsök jelentkeztek, ami chronikus vizes ustilago-kivonat-mérgezésre nem sikerült, Utóbbi esetben csak sok-

szoros gangraena jelent meg és paresis a hátsó végtagokon, tehát egészen hasonló tünetek, mint chronikus anyarozsmérgezésre.

André János.

A hypophysis hormontartalmának változása sötétben és világosban. *Jores,* (Wim, Wschr. 1935. 48, sz),

Régebb óta ismeretes hogy a békán a melanophorreactio kimaradt, ha az állatnak kiírtjuk a szemét. A hypophysis és a szem között valóban van is anatómiai összeköttetés: *Pines* és *Greving* írták le a tractus hypophyseo supraopticust, amely összeköttetést létesít a n, opticus és hypophysis között. Ez a tractus nem csak poikilotherm állatokban, hanem melegvérüekben is előfordul. Jores régebben kimutatta, hogy a sötétben tartott állatok szemének és vérének melanophorhormontartalma nagyobb, mint a világosságban élőké. Tekintettel arra, hogy a melanophorhormont a hypophysis termeli, megvizsgálta, hogy a hypophysis melanophorhormontartalma hogyan változik világosságban illetve sötétben tartott állatokban, Kisérleteiből kiderült, hogy ha az állat sötében van, a hypophysis lényegesen több melanophorhormont tartalmaz. A melanophorhormonnal párhuzamosan változik a pressorikus és az oxytocikus hormontartalom is. Ugy látszik tehát, hogy a hypophysis hátsó lebenyében a hormonsecretióban bizonyos ingadozás mutatható ki, amely ezek szerint a megvilágítástól függ.

Gömöri dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A Frankfurter Zeitshrift für Pathologie *nemes Balogh Ernö prof. emlékkötete.*

Az elökelő folyóirat 48. kötetének 200 oldalnyi, vaskos 3. füzete nemes *Balogh* Ernö professzor tanítványainak 29 dolgozatát tartalmazza. A kötet *Balogh* prof, budapesti 10 éves tanárságának emléke, mit bevezetésül Mesterünk *Buday* Kálmán méltatott. A dolgozatokat kivétel nélkül szabatos rövidség, tartalmi gazdagság és eredetiség jellemzi A témák tekintetében a sokoldalúság lep meg: az álalános kórtanon és az általános és részletes kórbonctanon kivül a serologia, az immunbiologiai is kivált a kisérleti daganat-kutatás vannak képviselve a problémák sorozatában. Általános kórtani kérdéssel pl. 12 dolgozat, daganatkutatással pedig 14 dolgozat foglalkozik. A tárgy sokoldalusága miatt a kötet tartalmának egységes, rövid ismertetése nem is lehetséges, ezért a jubilaris kötettel kapcsolatban föként a munkálatokat irányító szellemnek, *Balogh* prof. egyéni pathologiai irányának és iskolájának jellemzésére szoritkozom.

Balogh prof. eredetileg a patho-morphologiai iskolájából indult el, de olyan műhelyből, melyben nagy súlyt helyeztek az aetiologiára és a klinikai vonatkozásokra is. A háború alatti beosztása folytán megismerte a fertözö betegségek és járványok messze kiható, nagy jelentöségét. Ez a tapasztalat, mely kapcsolatban tartotta további fejlödését ett az élet következményeivel, bizonyos fokig irányította további munkálkodását is. Hiszen az emlékkötetben is 7 dolgozattal van képviselve az immunbiologia. Ez az általános kórtani irány azonban csak nagyon üdvösnek mondható, mivel a felsorol disciplináknak a kórbonctanból történö részbeni kiválása ezt már-már az egyoldalú leiró morphológiában való megfeneklés fenyegette. A tiszta morphologia kétségkivül még csak gyermekkorát éli, de az egyoldalú pathomorphologiai kutatás improductiv részletezéshez, vagy káros elszigetelödéshez vezethetne, ha azt nem termékenyitené állandóan az általános pathologia, nevezetesen a fiziko-kémiai az immunbiologiai és a kisérleti kutatás sajátlagos módszereivel és eredményeivel. És épen ezt az összefoglalást képviseli *Balogh* prof, egyéni tudományos iránya. Ez természetesen összefügg egyéniségével általában, mert hogy mennyire járatos *Balogh* prof. a szellemi tudományok és a müvészetek világában is, ezt mindannyian tudjuk.

Balogh prof. tanítványai maradandó emlékmüvet alkottak e kötettel, mely nemcsak a mult eredeményeit hozza nyilvánosságra, hanem egyszersmind az életerös továbbfejlödés biztos alapzata is.

Orsos Ferenc dr.

Fürdösök kézikönyve. Kiadja „A Magyar Fürdöalkalmazottak és Uszómesterek Országos Egyesülete". Szerkesztette *dr Kunszt János,* vezetö orvos, Budapest, 1935, 238. oldal.

A ritka gyakorlati érzékkel megszerkesztett kis munka viszonylag kis terjedelemben hatalmas anyagot tárgyal. Célját, a fürdösök korszerü továbbképzését, jól megválogatott munkatársak egész sorával igyekszik megvalósítani, már itt hozzá tehetjük, hogy sikerrel. A bonctani és élettani részt *Weeber János* irta. Az izületek körüli nyálkatömlöknek sikerült ábrákon való feltüntetése annyira demonstrativ, hogy ez ábráknak nagyobb igényü tankönyvekben is helyet kellene foglalniok. Az izomtan tárgyalását kissé túl bönek találom, de ez a gyakorlatban az eloadó rostáló munkájával úgy is meg fog rövidülni. A latin terminus technicusok magyar fordítása, talán az egy viszeres szótól eltekintve, a nyelv szabályainak megfelel.

A munka legfontosabb része a fürdötan, *Kunszt János* tollából való. Ismert gondosságával és exact mérlegeléssel válogatta meg a különböző fürdötani módszerek ismertetését. A szerzö nagy gyakorlati érzékére és tapasztalataira vall, hogy e fejezetben egyre-másra találunk oly utasításokat, melyeket még nagyobb munkákban is hiába keresünk. *Bilkei Pap L.* a massage fejezetében hangoztatja azokat a fontos elveket, amelyeket a massage laicus müvelöinek is ismerniök kell. Hogy a massage fontosságát ma magyar orvosaink mindjobban értékelik, annak érdeme *Sümeginek,* a régibb orvosi generatio mesterének nevén kivül *Pap Lajoséhoz* füzödik. A kis munka értékét nagyban emelik a *Frölich Erzsébet* és *Angyal Márton* által megirt fejezetek, melyek a személyes és környezeti egészségtant, a fürdöhelyiségek egészségtanát általában is szinte szokatlan pontossággal tárgyalják. A kitünö könyvecskét *Dacsó Mihálynak* első segélynyujtása és *Dányi Mihálynak* a jó fürdés mikénti viselkedésére vonatkozó fejezete egészíti ki. *Laubál Istvánnak* a láb ápolásáról irott fejezete nem csak mintaszerü, de egészen új is A hézagpótló kis munkát minden orvos figyelmébe ajánljuk, hisz a balneologiai eljárások napról-napra szélesebb körben terjednek, új intézmények létesülnek s az új személyzet oktatásában e könyvecske tökéletes vezérfonalul szolgálhat.

Keller Kálmán dr.

L'asma bronchiale climallergico. *P. Sangiorgi:* (Societa'editrice libraria. Milano 1935. 121 oldal),

Olaszországban jelenleg *Sangiorgi* foglalkozik az allergiás asthma kérdésével. Régebben Frugoni és munkatársai közöltek több értékes megfigyelést az asthma köroktana köréből.

Sangiorgi könyvét olyan asthma esetek ismertetésének szenteli, melyeket a levegöben uszkáló kóros kiválto anyagok okoznak. Részletesen ismerteti az asthmára hajlamositó belső elváltozásokat (constitutio, diathesisek, vegetativ idegrendszer, belsösecretiós rendszer stb.) A kórismézésre az allergenmentes kamrát és az ismert bőrpróbákat ajánlja. Kezelési módszerei: a megfelelő specifikus desensibilizálás és a heteroproteintherapia.

A kérdés iránt érdeklödök pontos képet nyernek az allergiás asthma olaszországi eseteiről és megállapithatják, hogy Sangiorgi megállapitásai megfelelnek a mi hazai viszonyainknak is, ami szemünkben a könyv értékét még jobban emeli.

Hajós Károly dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület január 11-i ülése.

Verebély T. (elnök): Amilyen szomorú acorddal végződött az elmult, ugyanolyan gyásszal kezdödik az új esztendö. Az Orvosegyesület egyik legöregebb, az orvosi társadalomnak visszavonultságában is köztiszteletben állott tagját, *Haberern J. Pált.* temettük el a héten. A magyar orvosi történelem fénykora egyre ritkuló tanuinak egyike szállt vele sirba, aki a mult század utolsó két évtizedében élénk részt vett az Egylet életében. A nyolcvanas évek német sebészetének nagy lendületét hozta magával külföldről s az ott magába szivott tudományos lelkesedést megörizte élte alkonyáig. Tiszteljük meg emlékét néma felállással s örizzük meg azt mai jegyzökönyvünkben.

Bemutatások:

Dick E: *Vérátömlesztás után keletkezett hoemolytikus shok esete.* (Egész terjedelmében közlésre kerül.)

Móritz D.: 13 éves disseminált tüdötbc-ben szenvedö fiún 3 vértransfusiót végzett, mindig ugyanazon adótól, mindketen a B) csoportba tartoztak. Míg az I. transfusio reactio nélkül zajlott le, a II-hoz egyhébb fokú, a III-hoz pedig

rendkívül súlyos anaphylaxiás shok csatlakozott, amelyet javulás követett. Valószinüleg fajazonos, de testidegen fehérjével szemben kifejlödött túlérzékenységi állapotról van szó, amely talán a vegetativ idegrendszer áthangolása révén hozta létre a javulást.

Előadás:

Neuber E.: *A debreceni egyetem I. éves hallgatóinak egészségügyi átvizsgálásáról.* A munkát az 1935/36. tanév I. felében végezték, s úgy állitották be, hogy azok az egész szerveztre, elsősorban a fertőző betegségek (syphylis, tbc., trachoma stb.), másodsorban pedig a súlyosabb természetü testi és szellemi betegségek és bántalmak felkutatására vonatkozzanak. Fő feladatnak a praeventiós munkát tartották, azonban a betegségeket gyógykezelésbe is vették;

265 I. éves egyetemi hallgatót vizsgáltak át a következő eredménnyel:

A bőr- és nemibetegségek: 7 gonorhoeát találtak, de egyetlen egy vérbajos hallgatót sem. Ezenfelül csak néhány jelentéktelen bőrbetegséget találtak.

A belgyógyászati vizsgálatban 1 actív és 16 inactív tüdőtbc.-t találtak. Meglepő, hogy 5 szervi szívbajost találtak s azonkívül számos olyan szívelváltozást észleltek, ami fokozott igénybevételből származott (sport). Nagyfontosságú, hogy a sportoló ifjúság orvosi felügyelet alá helyeztessék és nagyobb városokban sportorvosi tanácsadó állomások szerveztessenek.

A sebészi vizsgálatok kapcsán 4 súlyos gerincferdülést, továbbá 54 súlyos lúdtalpat észleltek, 1 esetben pedig már közel 2 éve tartó gümös csípőizületi gyulladást. Fejlődési rendellenességek is mutatkoztak, főleg a csont és izületi rendszerek különböző elváltozásai alakjában, amelyek a hallgatókat munkaképességükben tetemesen csökkentik.

Az ideggyógyászati vizsgálatokban csekélyebb jelentőséggel biró tünetek mutatkoztak. Ebben a korban (18—19 életév) ugyanis a kóros alkati készségek nagyobbrésze egy vizsgálattal nem deríthető ki. Felsőbb oktatásra tehát e tünetek, illetve betegségek a hallgatókat nem teszik alkalmatlanokká.

A szemvizsgálatokban trachoma nem fordult elő. Azonban 13 szintévesztőt találtak, ami az egyetemi hallgatókat bizonyos pályákra, különösen orvosira alkalmatlanokká teszi. A 265 vizsgált hallgató között 64 olyan fénytörési hiba szerepel, amelyről az illetőknek tudomásuk sem volt, vagy ha tudtak is róla, azt nem corrigálták.

A fül- orr- és gégevizsgálatokban 4 esetben kétoldali nagyothallást, és 3 esetben igen erős dadogást figyeltek meg, ami a hallgatókat különösen az orvosi pályára alkalmatlanná teszi.

Fogászati szempontból a megvizsgált 265 hallgató között 23-nak volt teljesen ép fogazata; ezzel szemben beteg fogazato volt 181-nek, hiányos fogazata pedig 143-nak. Több hallgatónál 10—16 szúvas fogat is találtak, ezeknek a szájüregébe még orvos nem is tekintett be.

Az anthropometriai felvételek szerint az egészséges egyetemi hallgatók magassága középértékben 170.77 cm., a súlyuk pedig 62.83 kg. Meghatározták a Buffon-Roher indexet, úgyszintén a vércsoport megoszlást az egészséges férfi hallgatókon.

Mindezek alapján előadó szükségesnek tartja, hogy a felveendő egyetemi hallgatók egészségügyi átvizsgálásban részesüljenek, mert elsősorban az egyetemi hallgatók érdeke, hogy tudjanak testi, esetleg szellemi bántalmaikról, azonban az államnak is érdeke, hogy olyanokat vegyen fel az egyetemre, akik hivatásuknak meg tudnak felelni. Vizsgálatai alapján javasolja, hogy a súlyosabb természetü fertőző betegek (syphilis, tbc. stb.) helyeztessenek el megfelelő egészségügyi intézetekben, ha nem lehetséges őket rövid időn belül meggyógyitani, mert csak ezáltal lehet az egészséges hallgatótársakat a fertőzéstől megóvni. Amennyiben pedig ambuláns kezelésről lenne szó, akkor azt ajánlja, hogy a debreceni egyetem központi épületében állítsanak fel rendelőintézetet a szegénysorsú egyetemi hallgatók kezelésére.

Johan B: Neuber professor vizsgálatainak értékére 3 különféle vonatkozásban mutat reá. Az ilyen vizsgálatok egyrészt az orvosképzés szempontjából bírnak értékkel, mert megtanítják a klinikák személyzetét arra, hogy hogyan kell ilyen egészségügyi vizsgálatokat végezni. Az orvosi vizsgálatok ugyanis bizonyos fokig különböznek aszerint, hogy milyen célból végeztetnek. Fontosak másrészt a vizsgálatok tudományos szempontból is, s bizonyára a végzett anthropometriai mérések ebben az értelemben fel fognak dolgoztatni. Végül értékesek Neuber vizsgálatai közegészségügyi szempontból. Az egyetemeknek ugyanis a tanításon és kutatáson kívül közegészségügyi feladataik is vannak. Ezeknek az egyetemek meg is feleltek a múltban is. Kívánatos, hogy ebben a munkában a jövőben is részt vegyenek. Az egyetemi hallgatókon végzett vizsgálatok propagálják az u. n. rendszeres egészségügyi vizsgálatok gondolatát.

Herzum A.: 5 éve végzi a Testnevelési Főiskola Sportorvosi Intézetében a középiskolás sportolók vizsgálatát. A mult évi 2400 megvizsgált sportoló diák közül 2.5%-nak volt vitiuma. Ezek nagyrésze panaszmentes és a jó kompenzálást az is mutatja, hogy 1—2 közülük versenyt is nyert. De az ilyen szív hamar megrokkan. Épen ezért, amíg a systémás praeventív vizsgálatok megkezdődnek, szükséges lenne legalább a sportoló diákságra és pályaválasztó ifjúságra nézve, különösen azokra, akik nehéz testi munkát végeznek, a rendszeres vizsgálatot bevezetni.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Elme- és Idegkórtani Szakosztályának november 8-i ülése.

Schaffer K: *Megemlékezés Cajalról.* Előadó *Cajalt* két szempontból méltatja: munkásságának elvi jelentőségét, a neurontant emeli ki és ezután ezt a tant a pathologia szemszögéből vizsgálja. *Cajal* munkájának csúcsponja a *neurontan:* a neuronok az idegrendszernek szinte megszámlálhatatlan egyéniségei, melyek egymástól teljesen függetlenek és egymással csak érintkezésben állanak. Főleg három pontján a kp. idegrendszernek lehet ezt szinte kézzelfoghatóan kimutatni: a kisagyvelőben, a recehártyában és a szaglóbunkóban; a neurontan mind *His*-nek fejlődéstani, mind *Harrison*-nak szövettenyésztési vizsgálataiban fényes beigazolást nyert. Ezután utal arra, hogy a neurontant a kp. idegrendszerben *Apáthy*, a környéki idegrendszerben *Boeke* holland szerző részéről érte támadás; mindkettő lényegében meg lett cáfolva. Előadó most a neurontant *müködési szempontból* világítja meg és itt említjük *Cajal* saját felfogását, mely a dynamikus polarisatióban jut kifejezésre. Nyomatékkal utal továbbá arra, hogy a neuronnak épségéhez az állandó, rendes ingerületekkel való átjárásra szüksége van és ha ezek az ingerek kimaradnak, úgy a neuron sorvad. Ez kóros viszonyok között tünik ki. Ha a neuron eredőpontja, az idegsejt roncsolódik, úgy a neuron másodlagosan elfajul, de pontosan a neuron kiterjedésében és azon túl nem. De ugyanez a magatartás mutatkozik akkor, hogyha az átöröklödő-rendszeres idegbántalmak esetén az eredő idegsejtek velenemzett életképtelenségüknél fogva elpusztulnak és akkor pontosan a neuronrendszer kiterjedését respektáló rendszerdegeneratió áll elő. Befejezésül utal előadó *Cajal* kiváló emberi tulajdonságaira, a tudomány iránt való szinte fanatikus lelkesedésére, mely a tudományra vezérlő kalauzában, (magyar fordításban *Salamon Henriktől*, német fordításban *Miskolczy Dezsőtől*), megindítóan nyilvánul meg; *Cajal* a tudós belső lényegét úgy határozta meg, hogy szolgája a haladásnak, papja a valóságnak, bizalmasa a teremtőnek és így méltó arra a nemességre, melyet ilymódon a maga számára megszerzett. Miután előadó *Cajal* élete munkáját túlnyomóan a pathologia szemszögéből nézte, utal befejezésül a de- és re-generatióról irt hatalmas, angolra is lefordított munkájára, mely számos, nagyon fontos, kisérleti adatával ugyancsak megkapó módon vet világosságot a neurontanra.

Fényes I. és Kiss P.: *Kizárólag pyramis tünetekkel járó Heine-Medin esetek.* 2 gyermek és egy felnött egyénen a Heine-Medin-féle betegség *cerebralis* formáját észlelték. Az anatómiai elváltozások helyét a kétoldali gyrus centr. ant. lábcentrumában gondolták. A klinikai tünetek kétoldali, isolált pyramis laesió tüneteinek feleltek meg. Eseteiknek az irodalmi adatokkal való összevetése kapcsán ahhoz a véleményhez csatlakoztak, hogy a Stumpell-Marie-féle polioencephalitis nem tartható a Heine-Medin cerebralis formájának, sőt ez a betegség nem is tartozik a Heine-Medin-féle betegséghez. Ezzel a kórképpel szemben a Heine-Medin cerebralis alakját az általuk észlelt 3 eset képviseli, melyet eddig az irodalomban meggyőző módon leírva nem találtak. A Heine-Medin cerebralis formáját a Strümpell-Marie-féle kórképtől teljesen függetlenítve jellemzi: kilinikailag isolált vagy legalább is egészen előtérben álló kétoldali pyramis laesio, praedilectis paresis, reflexfokozódás, positiv Babinski, fokozottt vagy csökkent izomtonus, a gerincvelői elváltozások különösen elektromos vizsgálattal történő kizárhatósága.

Kiss P.: A Heine-Medin-féle betegség *Heine* 1840. évi leirása óta megváltozott, míg akkor sporadikus volt, az 1900-as évek óta mindinkább epidemiás jellegü lett. Ma már egy-egy amerikai járvány alkalmával az évi megbetegedések száma több tizezret tesz ki. Magyarországon Németországban, Oroszországban, Romániában, stb. ismét és ismét nagyobb kiterjedésü járvánnyal kell számolnunk. 1935-ben hazánkban több mint 200 megbetegedés fordult elő. A bemutatott, s a rendestől eltérő typusok ismerete fontos járványtani szempontból s kórházi fertőzések elkerülésének szempontjából is. A betegség prophylaxisában úgy látszik szerepet játszik a felnőtt vérrel történő védoltás. A korai diagnosis felállításához szükséges a neurologussal való együttmüködés, igy korai therapia is elérhető: savó-kezelés, kisebb Röntgenadag, korai lumbalpunctió.

Horányi B.: 24 eset agykérgének vizsgálatakor csakis az area praecentralisban talált idegsejtelváltozásokat. Ezt az arealis elektivitást az idegrendszer acut-infectiosus betegségei közül kizárólag a Heine-Medinnél látjuk. A bemutatott esetek példák az exogen systémás idegrendszeri megbetegedésre, (mindkét oldalt csakis a pyramispálya beteg). Elkülöníti ezeket az exogén systémás betegségeseteket az endogen systémás megbetegedésektől az acut kezdet, a gyors gyógyulási hajlam, szemben az endogén systémás betegségek lassú progressiójával és fatális lefolyásával. Kórszövettani szempontból az exogen systemás betegségeken a mesoderma is résztvesz a folyamatban activ-primaer elváltozásokkal gyulladásos beszürődések formájában, míg az endogen systémás betegségeken kizárólag az ektoderma származékai betegszenek meg elsődleges módon.

A Magyar Röntgentársaság nov. 14-i ülése.

Bemutatások:

Gárdi J.: *Mellhártyaizzadmány képében megjelenő tüdőtumormetastasisok.* A bemutatott 4 esetben röntgenoligiailag pleuritis képe állt előtérben s csak gondosabb utánvizsgálással volt kimutatható, hogy áttéti gócok is voltak a tüdőmezőkben. Igy egyik esetben Bucky-val készült tüdőfelvételen volt elkülöníthető a metastasisok árnyéka az izzadmánytól.

Holits R.: Az izzadmány lebocsájtása után, vagy fekvő helyzetben készített újabb röntgenfelvétel is sokszor kimutatja a tumor-gócok jelenlétét.

Révész J.: Egy esetben tévesen exsudatumot diagnosticáltak másutt, hol a tumor, illetőleg a következményes atelectásia okozták a röntgenelváltozásokat izzadmány nélkül.

Polgár F.: *Horisontalis basalis árnyékcsikok a tüdőben.* Ezen csikok mint átvándorlási pleuritisek ismeretesek. 3 esetében sikerült kimutatni, hogy tisztán parenchymás tömörülés folytán jöttek létre pleura-elváltozás nélkül. Az észlelt esetekben elsődleges hasi folyamatot nem lehetett kimutatni, szemben azon felfogással, mely szerint ezek különböző hasi megbetegedések kiséretében jönnek létre. A vizszintes basalis árnyékcsikot a tüdőbeli tömörülések közt, mint önálló röntgenmorphologiai egységeket külön hely illeti meg.

Koppenstein E.: *Fleischner* azon felfogását ismerteti, mely szerint ezen basalis csikokat kollapsusos atelectasia hozza létre.

Előadás:

Jakab L.: *A szív röntgenvizsgálatáról (a kymographiával kapcsolatosan.)* A kymographia technikáját és eredményeit ismerteti. Az eljárás lehetővé teszi a szív egyes részeinek mozgását, egymáshoz helyzeti viszonyát és aránylagos nagyságbeli eltéréseiket külön-külön megállapitani. E mozgásrajzolat alapján megállapitható, hogy hypertrophisált, vagy tágult-e valamely szivrészlet. A jobb kamra gyakran a rekesz felett látható, ha megnagyobodott. A kilengések alakjából, nagyságából az aorta falának normalis, vagy csökkent rugalmasságát is meg lehet itélni. Következtetni lehet a kymogrammból az esetleges rhytmus-zavarok minőségére, a kamra-izomzat müködésének intenzitására. Aneurysma és mediastinalis tumor elkülöníthető vele. A rekesz-állás, a diastole és systole nagysága szerint nagy mértékben változik ezen szivmozgások mérete. Az orthoröntgenogramm által kapott méretek csak kevésbbé alkalmasak a szív megnagyobbodásának, vagy megkisebbedésének meghatározására. Csak ott tartja utóbbit fontosnak, ahol ezen lerögzített rajz összehasonlító alap lehet a beteg észlelése folyamán a szív és egyes részeinek nagyság, vagy alakbeli megváltozásának megfigyelésére. Előadó a 2 méter fokustávból mély belégzés alatt történő lerajzolást ajánlja. Az elmondottakat számos kymogramm vetitésével igazolja.

A Szegedi Egyetem Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának november 20-i ülése.

Előadás:

Heiner L.: *Kizárólagos bismuth-kezelés eredményei.* A Bismuth-kezelés bevezetése óta 117 beteget kezelt kizárólag bismuthtal. Ezek közül 87 egyén állandó megfigyelése alatt áll 2—13 év óta. A betegek nagy része a sipilis korai szakában volt. A bismuth kezelés eredményei kielégitőek, mert a hosszú megfigyelés alatt csak 11 esetben talált klinikai, vagy serologiai visszaesést.

Rejtő K.: A borgyógyászati klinika beteganyagán szerzett tapasztalatok is igazolják azt, hogy kizárólag bismuthtal is sikerült különösen a lues korai tüneteit mutató betegeken teljes gyógyulást elérni ,azonban álláspontjuk az, ha csak lehetséges végezzünk mindig kombinált kezelést.

Jancsó M.: *A chemotherapeuticumok hatásmechanismusa visszatérő láz és lues esetén.* Kisérleteinek az volt a célja, hogy kideritse az aranyvegyületek gyógyitó hatásának okait spirochaetosisokban A klinikusok részéről szinte általános elfogadott u. n. indirect hatás-elmélet kisérleti megalapozás nem állja ki a szigorú bírálatot. Beható összehasonlító vizsgálatai üvegben és élő testben érzékeny és aranyálló recurrens törzsekkel azt bizonyitják, hogy a chemotherapeuticumok visszatérő lázban és luesban is épügy parasitotrop kapcsolódás alapján direct uton hatnak, mint a trypanosomiasisok aethiotrop gyógyszerei s nem azáltal hogy a természetes védőerőket „aktiválják". A typikus chemotherapeuticumok hatásának támadáspontja mindig a parasita maga; kimutatja, hogy a gyogyszerálló spirocheták az aranyhoz szoktak hozzá, nem pedig az antitestekhez.

Spemann, az orvosi Nobel-díj nyertese.

Az 1935. évi orvosi Nobel-díjjal Hans *Spemann* német zoologust tüntették ki, amiért a gőte petéjének bizonyos részéből a környezetre kiható szervképző effektust felfedezte.

Spemann 1869-ben Stuttgartban született, Würzburgban *Boveri* tanitványa, később a rostocki egyetemen az állattan tanára, 1914-től 1919-ig a berlín-dahlemi „Kaiser Wilhelm Institut für Biologie" igazgatója volt, azóta a freiburgi egyetem állattani tanszékét tölti be. Egész munkássága alacsonyrendű állatok, egy-két fiatalkori munkáját leszámitva, a gőte (triton) pete korai fejlődésének kisérletes kutatására szoritkozott. Miként válhatott *Spemann* mégis azon kitüntetésre érdemessé, amely Nobel Bernát Alfréd végakarata szerint csak oly felfedezés jutalmazásra szolgálhat, amelyből az emberiségre a legnagyobb haszon háramlik?

Hogy *Spemann* kitüntetésének jogosultságát orvosi nézőpontból elsmerhessük, hogy müvének tudományos horderejéről, általában a biologiai és különösképen az orvostudomány fejlődésére gyakorolt hatásáról fogalmat alkothassunk magunknak, tisztába kell jönnünk a *Spemann* által felfedezett „organisator" és „fejlődési inductio" mibenlétével.

Amíg fejlődéstan csak ugyanazon állatfajnak a fejlődés különböző szakában vagy különböző állatfajoknak a fejlődés ugyanazon szakában megfigyelt alaki és szerkezeti állapotát irta le és hasonlította össze, nem ismerhette fel az egyes peterészek közötti vonatkozásokat, amelyek a fejlődés bonyolult folyamatában fennállanak, midőn a megtermékenyített pete egy sejtjéből szaporodó sejttömeget a szervezet összhangzatos egységévé rendezett szövetekké és szervekké alakulnak és növekednek.

A leíró fejlődéstan nem hatolhatott be a szaporodás, a növekedés és a kialakulás közötti viszonyosság kutatásába és nem fejthette meg a fejlődés eredendő problémáját, hogy a szervezet egyes részei és szervei a petének már a fejlődés kezdetétől kezdve meghatározott részeiből bontakoznak-e ki, amint a *„praeformatio"* vagy *„evolutio"* tana feltételezi, vagy pedig *„epigenezis* útján, az eleinte nem determinált petéből fokozatosan újonnan képződnek és szerveződnek-e? A fejlődés egyes mozzanatainak térbeli kialakulása és időbeli lefolyása közötti oki vonatkozások felderítésére, *Roux* kezdeményezésére az utóbbi évtizedekben rohamosan fejlődő kisérletes fejlődéstan a hivatott.

Roux a „formalis genezis"-t előidéző erők elemzésére törekedett, szellemes módszerekkel, a pete egyes részeinek defektusát idézte elő izzó tűvel vagy lefűzéssel és ezen beavatkozások kihatását figyelte meg a további fejlődés lefolyásában. Azon az alapon, hogy a kettéosztott békapetéből fél embrió indult fejlődésnek, arra a következtetésre jutott, hogy a részek fejlődése a pete egyes részeiben, ha láthatatlanul is, már eleve, mozaikszerűen determinált, az egyes szervek *„praeloculisált"* telepei egymástól függetlenül *„öndifferentiálódás"* útján alakulnak ki mindaddig, amíg a petében rejlő *„determinatiós"* és külső behatásokra visszavezethető *„realisatiós"* tényezők és a részek kölcsönhatása a *függő differentiálódás"*ukat és *„functionalis alkalmazkodásukat"* nem eredményezi és a „részek küzdelmében a szervezeten belül" darwini értelemben az *„intraselectio* nem érvényesül. *Hertvig O.* és *Driesch* annak alapján, hogy kísérleteikben a tengeri sün felezett petéjéből nem két félembrio, hanem két egész de félakkora embrio fejlődött, a *„mosaikelmélet"*-tel ellentétben tagadták a peterészek előképzettségét. *Driesch* a petét *„aequipotentialis hormoniás rendszer"*-nek, a petében vagy részeiben rejlő képességek megvalósulásának sokszerű lehetőségét *„prospectiv potentia* -nak, az ezek közül tényleg megvalósulókat *„prospectiv jelentőség"*-nek nevezte, amely előbbi a fejlődés előhaladásával, a differentiálódás által fokozatosan csökkent.

A további vizsgálatok során kitűnt, hogy az egyes állatfajok petéiben a későbbi alakulatoknak megfelelő részek a fejlődés igen különböző szakában determinálódnak akár láthatóan, akár láthatatlanul, de kísérletesen kimutathatóan, ami a *„mosaik"* és a *„regulatiós"* peték megkülönböztetéséhez vezetett és azon belátáshoz, hogy a pete belső különbözödése, részeinek determinálódása a barázdálódástól bizonyos fokig független folyamat. Az ascaris petéjében például, amely a mosaiktipusnak felel meg, a féreg részarányossága és testtengelye már a barázdálódás négysejtes szakában determinált, míg a tengeri sün regulációs petéjének egyes kisérletesen elkülönített részei az igen előhaladott tagozódás késői szakában is képesek az egész szervezet kifejlesztésére.

A bizonytalanságot, amely a determinatio kérdésében egyrészt *Roux*, másrészt *Hertwig* és *Driesch* kísérletes eredményeinek ellentétében mutatkozott, *Spemann* nagy céltudatossággal és tervszerűséggel végrehajtott klasszikus kisérleteinek eredménye oszlatta el.

Spemann, Hertwig módszerével, hajszálhurok segítségével a gőtepetét a korai fejlődés különböző szakaiban különböző irányban kettéfűzte (1901—1903) és felfedezte, hogy a petéből csak akkor fejlődik két teljes embrió (egypetéjű ikrek), ha a felezés az ú. n. „szürke félhold"-nak („grey crescent") megfelelő peterész érte, amelyből az ősszáj fejlődik, míg ha ezen állományból semmi sem kerül bele az egyik petefélbe, a másik félből, az ősi tengelyszerveket nélkülöző torz fejlődik, majd elpusztul.

További húsz év munkájával *Spemann* ezen kisérleti eredmények útmutatása alapján, amely az „organisator" felfedezésének csiráját már magában hordta, annak pontos helyét az u. n. ősbeltedélben pontosan meghatározta. A kísérletek során finom mikrooperatiós műszerekkel, stereoskopos mikroszkóp alatt a kezdődő gastrulatio megegyező szakaban levő gőtepetek különböző részeit felcseréltek egymással. Ha „praesumtiv" velőlemezt — azaz oly, az ősszájnoz közelfekvő petereszt, amely később velőlemezzé alakult volna — a praesumtiv epidermissel cserélték fel, az egész embrio fejlődése úgy ment végbe, mintha semmi sem történt volna: az eredetileg velőlemeznek szánt részből „helyhezkötötten" bőr, a bőrnek szántból pedig velőlemez és származékai fejlődtek egymásért helytállva. Ha praesumtiv bőr- vagy idegrendszer állományát a praesumtiv gerinchúr és a középső csiralemezállomány helyébe ültetjük át, ugyancsak helyhezkötötten, a helyi követelményeknek megfelelően chorda, illetőleg a mesoderma származékaivá alakul. Nem így, ha az ősszáj háti részének megfelelő állományt ültettek át a gastrula valamely közömbös helyére, az átültetett praesumtiv chorda — ősszelvényállomány — nem igazodik új környezetének követelményeihez, hanem azok ellenében, nem „helyhezkötötten", hanem „eredésszerűleg" alakul ki, újabb ősszáját képez, amelynek ajkán át a felület alá türemkedik, második chordává és ősszelvénnyé különbözödik, sőt környezetére akként hat, hogy kölcsönhatásukban fölös számú szervek alakulnak ki, alatta az entodermából bél fejlődik, fölötte a gazdapete ektodermáját, amelyből különben csak bőr fejlődött volna, velőlemeznek és további alakulatainak fejlesztésére készteti. Ezen viszonyok azáltal váltak a legfinomabb részletekig szembetűnővé, hogy *Spemann Harrison* módszerét követve heterotransplantatiot végzett: különböző vállfajú triton, a triton cristatus színtelen és a triton taeniatus vagy alpestris festenyezett petéinek részeit cserélte fel. Ekként egészen az egyes sejtekig meg lehet állapítani az átültetett peterészek további sorsát. A kísérletben, amely *Spemann* elhúnyt tanítványának, *Hilde Mangold*nak sikerült először a petében az előbbi feltételek között az eredeti festenyezett embrioteleppel párhuzamosan képződött másodlagos embriotelep, velőcsőből, hallóhólyagból, gerinchúrból és őscsigolyából állott, amelyek a triton cristatus színtelen és a triton taeniatus festenyezett sejtjeiből voltak összetéve.

Spemann alapvető kisérletei nyomán az egyes peterészek további helyzetének és kialakulásának tanulmányozására *Vogt* a vitalis színjelzés módszerét alkalmazta, amely azon alapszik, hogy vitalis festékekkel átitatott agar-darabkákat illesztünk a pete felszínére, amelyekből a festék az illető területbe beivódik, amelyek további sorsát sejtjeik színezettsége alapján követhetjük. *Vogt* az egyes pete részek egységes átalakulásairól, eltolódásairól, alakítómozgásairól pontos topographiai mappát készített. Az átültetési kisérleteken kivül amelyek két vagy több embriotelep kialakulását és fajkeveredését eredményezték egy petében, pete-egybeolvasztási kisérleteket is végeztek. (Mangold, Seidel). A kétsejtes stadiumban súlyzóalakú petéket keresztbe egymásrahelyezték és ezek, ha a későbbi ősszájfedélnek megfelelő részeik közvetlenül érintkeztek, két apától és két anyától származó óriáspetévé olvadtak egybe, amelyből ép embrio alakult ki.

A különböző kisérletek eredményeinek egybevetésével sikerült megállapítani, hogy a gastrula nagy területei a kialakulás jövőjét illetőleg közömbösek és csak bizonyos peterészek állományának hatása alatt különböződnek. A pete azon különleges állományát, amely más peterészeket fejlődésre késztet és kialakulásukat megszabja, anélkül, hogy maga, saját állományával a fejlődésben résztvenne,

nevezte *Spemann* „*organisator*"-nak; a gastrula azon kiváltságos, az egész embrió kialakulásában nélkülözhetetlen részét, amelyben az embriótelep ősi szerveinek fejlődését kiváltó organisátorok összpontosúlnak „*organisatios központ*"-nak, az organisatornak a fejlődést megindító, „organisatios teret" teremtő hatását pedig tekintettel a szerves fejlődési képesség közvetíthetőségére, átvihetőségére, „*inductio*"-nak.

Az organisator helyét hosszas kisérletezés után sikerült pontosan megállapítani (Bantzmann) az ősbélfedélben, amely a felső ősszájajak betüremkedett állománya és már a megtermékenyített pete meghatározott helyének felel meg.

További kisérletek, amelyek részleteire e helyen nem térhetek ki*) — kétségtelenül kimutatták, hogy az organisator feldarabolható, megsokszorozható, eredeti helyzetéhez képest elfordítható, anélkül, hogy egységes terv szerinti egészképző tulajdonságát elveszítené, sőt miután bizonyos ideig közvetlenül érintkezett a pete indifferens állományával, contactus útján átruházható hatása eltávolítása után is meghatározott időben tökéletesen érvényesül.

Az inductio útján keletkezett részek mint „másodlagos organisator"-ok további kialakulást inducálnak vagy újabb kifejezés szerint „evocálnak".

Mi az inductio távolhatásának lényege? Immateriális tényezőkre, kisugárzásra, kiáramló impulzusokra gondoltak. Újabb vizsgálatok során kitünt, hogy az organisator nem fajspecifikus: hatása minden rendű kétéltűek, sőt madarak és emlősök közötti átültetésekben (Waddington) érvényesül midőn az egyes szervek valamely szervezetben a fajidegen jellegükben alakúlhatnak ki. De amint *Hoitfreter* kimutatta az organisator beszárított, felhevített, megfagyasztott állapotban is hatásos, sőt aetheres kivonatuk is inducálja az idegrendszer kifejlődését. (Needham, Waddington). Legújabban kimutatták, hogy a legkülönbözőbb állatok legkülönbözőbb szervei tartalmaznak inducáló anyagokat, amelyek a triton petében a természetes saját organisatorhoz hasonlóan szervtelepeket és másodlagos embriókat hoznak létre. Növényi és szervezetlen anyaggal sohasem sikerült inductiót előidézni. Nyilvánvaló, tehát, hogy az organisator vegyi természetű anyag, amely ugyan vegyileg nem elemezhető, csak biologiai hatásaiban ismerhető fel és a hormonhatással hasonlítható össze.

Mindezekből nyilvánvaló, hogy *Spemann* felfedezése a biologia történetének kimagasló, azt mondhatnánk, hogy rendkívül izgalmas eseménye, amely a kutatók egész seregét lázba hozta.

Hazánkban is számottevő munkásság indult meg, amint azt *Röhlich* Károly és *Törő* Imre kitűnő, külföldön is elismert munkái igazolják.

Az organisator és a fejlődési indució megismerésével a fejlődés, mint a pete részeinek kölcsönhatása, térben és időben tervszerűen összhangolt folyamatok láncolata jut megismerésünkre, amelynek folyamán a fejlődésnek a petében rejlő belső tényezői új constellátios epigenezis útján hozzák létre fokozatosan a kialakulást.

Spemann felfedezésének hatása a biologiában és az orvostudományban egyelőre beláthatatlan. Termékenyítő hatása különösen nyilvánvaló volt az 1933.-i cambridgei nemzetközi kisérletes sejttani kongresszuson, amelynek egyik napját kezdeményezésemre és intézkedésemre a szövettenyésztés és a kisérlet fejlődéstan vonatkozásainak tárgyalására fordítottuk, amidőn *Spemann* tanítványainak, angol s magyar kutatóknak eredményeit szembesítettük egymással. Ennek egyik kimagasló eseménye volt *Törő* kisérleteinek ismertetése, aki az inductiónak magasabbrendű, melegvérű állatokban is érvényesülését: csirkék szemlencséjének helyébe implantált szövettenyészetekre gyakorolt hatását mutatta ki és *Spemann* felfedezését a *histogenezis* alapvető kérdésének tisztázásában értékesitette.

Elfogultság nélkül, teljes tárgyilagossággal állapíthatom meg, hogy *Spemann* felfedezéseinek gyógyító *orvosi* jelentősége és lehetőségei leginkább *Törő* azon ingeniozus kisérleteiből világlanak ki, amelyben melegvérű állatok, csirkék, patkányok, kutyák kioperált szemlencséjének újraképződését azáltal érte el, hogy helyébe irishámtenyészetet ültetett, amely a környezet inducáló hatására új szemlencsévé alakult át. A szemlencse regeneratióját magasabbrendű állatok kifejtett szemében csak azáltal lehet elérni, hogy a szövettenyészetben a regeneratum fejlődési potenciája csökkent, mintegy antedatálódott „retrospectiv potentiá"-vá.

A cambridgei kongresszuson vonatkozásba kerültek az organizatios térhatás inductiójának értelmezésével azon kisérletek is, amelyek mágneses térben a szövettenyészet desorganisalodását (Lengyel), elektromos inductio útján pedig a növekedés poláris irányítását (Huzella) eredményezték és az epigenetikus fejlődés eddig kisérletesen alig megközelíthető belső tényezőinek befolyásolására nyújtanak kilátást. *Huzella Tivadar* prof.

*) A kérdés részleteire vonatkozólag l. *Huzella:* Általános biologia, Bp. O. K. T. 1933. *Lengyel* Julia: Az élettudomány kisérleti eredményei. (Az esztergomi kat. nyári egyetem 1934. évi előadásai, Korda rt. Bp. 1935.) *Törő:* a fejlődési inductió lényege (Természettudományi Közlöny pótfüzet 1935. ápr.-szept.)

Közegészségügyi kormányprogramm.

Az a rövid négyoldalas beköszöntő, mellyel vitéz *leveldi Kozma Miklós* belügyminiszter a „Népegészségügy" 1936. évfolyamát megnyitja, tárgyánál és tartalmánál fogva a legszélesebb körű érdeklődésre és értékelésre tarthat számot, commentálásra feltétlenül érdemes. Általánosságban a beszámolót tömörség, teljes szakszerűség és tárgyilagosság jellemzi. Nagy változás ez az eddigi általánosságban mozgó kijelentések és hangulatkeltő ígéretek szellemével szemben, amelyek ezelőtt a politikusokat és politikát jellemezték.

A belügyminiszter egészségpolitikájának három sarokpontja az egészségvédelem, egység és gazdaságosság, amit egyszóval rationalizálásnak nevezhetünk. Első feladatának a *faluegészségügy* megjavítását tekinti, ami népünk jövője szempontjából elismerten életkérdés. A miniszter folytatni kívánja azt a munkát, amelyet elődje már rendszeressé tett, abban a szellemben, ahogy ezt az „Országos Közegészségügyi Intézet" végzi.

Az a felfogás, amelyet a belügyminiszter a most alkotott *orvosi kamaráról* vall, az egész orvostársadalom részére nagyjelentőségű, egyrészt azért, mert hisz a kamara értékében és jelentőségében, hisz abban, hogy az orvosi rend képes és alkalmas arra, hogy a kamara keretében nagyszabású alkotó munkát fog kifejteni a közegészségügy érdekében; másrészt azért, mert meg van győződove arról, hogy a kamara „elő fogja mozdítani az orvosi rend erkölcsi és anyagi törekvéseinek megvalósítását", amiből nyilvánvalóan az következik, hogy ezen törekvések indokolt, jogos voltát elismeri és érvényesítését megakadályozni, hatalmi szóval elnémítani nem fogja. Ezek a kijelentések az orvosi kamara óriási jelentőségére a legélesebben világítanak rá; ezzel rendünk érdekévé és kötelességévé teszik a régóta hiába óhajtott orvosi egység megvalósítását, a kamara keretén belül a nagy-

szabású, nemcsak orvosgazdasági, hanem orvospolitikai (közegészségügyi és egészségpolitikai) tevékenységet. Szükséges tehát, hogy a kamarai tisztségekre való kiválasztás vezető szempontja a rátermettség és munkakészség legyen, hiúsági, hatalmi és pártérdekek helyett.

A bejelentett reformok közül közegészségügyünk szempontjából korszakalkotó jelentősége van az Országos Közegészségügyi Intézetet magában foglaló, *„közegészségügyet irányító csúcsszervezet"*-nek. Ez az új szerv, amely a német „Reichsgesundheitsamt" magyar példánya, *Országos Egészségügyi Főhivatal*-nak nevezhető. Felállítása tárgytalanná teszi a jobblétre szenderült, rosszemlékű Népjóléti Minisztérium újjászervezését követelő mozgalmat, megtakaríthatóvá teszi egy „Közegészségügyi Minisztérium" sokféle és az érdemi részt nem mindenben szolgáló költségeit, függetleníti az egészségpolitikát és közegészségügyet a politikai pártharcokkal kapcsolatos esetleg sűrűn ismétlődő miniszterváltozásoktól és az evvel járó zökkenőktől, irányváltozásoktól, költségektől és bizonytalanságtól, biztosítja a mindenkori belügyminiszter politikai támogatását az orvosi és közegészségügyi igazgatás közötti szervezeti egységet és együttműködést, alkalmas arra, hogy a rátermett vezető által kidolgozott közegészségügyi programm évek hosszú során át való, folytonosan előrehaladó megvalósulását lehetővé tegye és ezt a politikai divatoktól, parlamenti torzsalkodásoktól függetlenítse. Jogi képzettségű minisztertől különösen nagyjelentőségű az a kijelentés, hogy ezen csúcsszerevezetnek „classikusnak, bürokráciától mentesnek kell lennie."

A tisztiorvosi szolgálat bejelentett államosítása ugyancsak ezen csúcsszerevezet tervével és munkájával kapcsolatos. Célja az, hogy „ilyen módon a közegészségügyi szolgálatot az egész ország területére egységesebbé, hatásosabbá és gazdaságosabbá tudjuk tenni."

Magam, — mint a betegek érdekében meghagyandó magángyakorlaton kívüli orvosi munka államosításának régi híve, ezt a lépést nem tartom elegendőnek, mert a helyesen kitűzött cél nem a tisztiorvosi, hanem a *hatósági orvosi szolgálat* államosítását követeli, ebbe tehát a község, városi és körorvosok is beleesnek. Ezt kívánja minden egyébtől eltekintve az általános egészségvédelmi szolgálat is, amely állami vezetés és ellenőrzés alatt kell, hogy álljon.

Az a körülmény, hogy a belügyminiszter a *napisajtó* orvosi és közegészségügyi tárgyú közleményeit milyen nagyra értékeli, az orvosi rend és a létesülő kamara elsőrendű érdekévé teszi a sajtóval való összeköttetések kimélyítését, mert az ilyen módon kialakítható helyes egészségügyi közfelfogás nemcsak az orvosi rendet fogja igazsága és munkájának elismerésében támogatni, hanem a kormánynak is alkalmat és jogcímet fog adni arra, hogy a közvélemény által követett egészségügyi reformok megvalósítására — esetleg más kevésbbé szükséges és hasznos költségvetési tételek rovására is — — nagyobb összegeket áldozzon.

A falusi egészségvédelem gyorsabb ütemben való kiépítésének terve mellett különösen nagy jelentőséggel bír a belügyminiszter azon terve, hogy a 3—6 év közti *gyermekek egészségvédelmét* részben az *óvodák* útján óhajtja elláttatni. Ez az óvodák napközi otthonokká való átszervezését jelenti, — tehát azok egészségügyi intézmény jellegével való felruházását, — a pedagogiai jelleg megtartása mellett. Aki a falut ismeri, tudja, hogy az óvodakérdés milyen rendkívüli fontossággal bír; főleg ott érezhető ez, ahol óvoda nincs. A feladat tehát — leglényegesebb és legköltségesebb részét illetően —: nagyszámú falusi óvoda létesítése. Városokban és Stefánia védőintézetekkel ellátott nagyközségekben az átszervezett óvodákban végzendő egészségvédelmi tevékenység feladata az, hogy a Stefánianak idáig csupán 0—3 éves gyermekekre terjedő gondozását az iskolaköteles korig folytassa, amikor azt az ugyancsak nagyjelentőségű és sürgős reformra szoruló iskolaorvosi munka veszi át.

A belügyminiszter az *iskolaorvosi és iskolafogorvosi munka* reformját is feladatának tekinti, elsősorban természetesen a falukban. Elismeréssel szól a székesfőváros iskolaegészségügyi munkájáról. Itt nyomatékosan hangsúlyoznunk kell azt a tényt, hogy ez az értékes munka csak a községi iskolákra terjed ki, a fővárosban lévő állami iskolákban nem folyik. Tudjuk, hogy az iskolaorvosi szolgálat irányítása a kultuszminisztérium hatáskörébe tartozik és hogy megoldása épen azért késett, mert a nagy és megértő kultuszminiszterek nem rendelkeztek megfelelő képességű és képzettségű iskolaorvosi szakközegekkel. De ha az iskolaegészségügy elemi fokozatának kiépítését a belügyi kormány feladatának tekinti, akkor a politikai egyöntetűség azt kívánja, hogy a kultuszminiszter a közép és felsőfokú iskoláknak megfelelő tagozatát is építse ki, illetve ahogy átvette a más tárcákhoz tartozó ipari oktatással foglalkozó intézetek — szakszerű paedagogiai irányítás céljából, — úgy adja át az iskolaegészségügyi szolgálatot annak a tárcának, amelynek keretében a megfelelő egészségügyi szakemberek helyet találnak, helyesebben a létesítendő egészségügyi csúcsszervezetnek. Ezt annál könnyebben megteheti, mert a jelenlegi érdemes és érdemi iskola egészségügyi munka a városok és az Országos Közegészségügyi Intézet jóvoltából — tehát nem a kultuszminiszter tárcájának terhére és vezetése alatt folyik. Meggyőződésünk szerint a helyes egészségügyi közfelfogás kialakításának legfőbb tényezője hazánk értelmiségének egészségügyi nevelése; ez pedig másképen, mint a korszerű középiskolai iskolaorvosi szolgálat megszervezésével: nem lehetséges.

Falvaink *egészséges ivóvízzel ellátásának* fontosságát hangsúlyozni felesleges. Hogy ezt a munkát a belügyminiszter rendszeressé óhajtja tenni, a mintakút actio kiterjesztésével, az nagyon örvendetes. Ennek kedvező hatásai elsősorban a hasi hagymáz-esetek csökkenését fogják meghozni.

A *kozmetikumok* rendszeres ellenőrzését a belügyminiszter közegészségügyi és anyagi érdekből tartja szükségesnek. Gondosságára és takarékosságára jellemző, hogy az elrendelendő kötelező vizsgálatok díjait is közegészségügyi célra óhajtja juttatni.

Mindezen problémákkal legalább is egyenrangú tényező a *társadalombiztosítás*, melynek különböző bajai az összes érdekelteket állandóan foglalkoztatják. A belügyminiszter ezzel kapcsolatban azt tartja, hogy „a társadalombiztosítás munkáját az 1928. évi XL. tc. szellemének megfelelően át kell itatni a betegségmegelőzés gondolatával." Ezt, szerény véleményünk szerint másképen, mint a betegségi biztosítás egész complexumának egészségügyi és gazdasági szempontból egyaránt megfelelő átszervezésével — rationalizálásával — biztosítani nem lehet. A hangsúly az orvoskérdés helyes megoldásán van, mert az orvosi munka subjectiv tényező; az egészségvédelem oktató, nevelő és gondozó munkájában még fontosabbak, mint a gyógyításban; ezenfelül pedig az orvosok kiképzése is ezideig csupán gyógyító irányban történt. Eredményes egészségvédelmi tevékenység tehát csupán elégedett és ambiciózus orvostól várható, izgatott és megrövidített, nyomorgó, bizonytalan existentiájú orvosoktól nem.

Ugyancsak nagyon figyelemre méltó az, amit a belügyminiszter *a szociális gondozásról* mond, mert e téren is a szakszerűséget, gazdaságosságot és munkaközösséget

tehát a rationalizálást kívánja. Ez a pont megfelel a „Nemzeti Munkaterv" azon felfogásának, hogy a társadalmi egyesületek terén túlszervezettség mutatkozik és bizonyos összevonás szükséges. Épen ezért a miniszter így nyilatkozik:

„A szociális munkát is a védőnőknek kell ellátniok . . oroszlánrészt kell, hogy vállaljanak: a közigazgatási apparátus és a társadalom . . . de megengedhetetlennek tartom, hogy egyesek külön utakon járjanak s az ügyek és lehetőségek ismerete és a gazdaságosság szempontjának tekintetbe vétele nélkül akarjanak közegészségügyi kérdéseket megoldani."

Végül így nyilatkozik: „a problemák sokasága áttolódik a következő évekre is és megoldásuk még későbbi generatióknak is sok és nehéz munkát fog adni.

* * *

A végzett programm célkitűzéseinek világosságával, szakszempontból feltétlen helyességével, hivatásunk és rendünk megfelelő értékelésével alkalmas arra, hogy mindnyájunkat megerősítsen a jobb jövőbe vetett, bizony már ingadozó hitünkben. Uj szellemet, megértést, igazságot, munkalehetőségeket látunk benne, adja Isten, hogy megvalósíthassuk.

Zemplényi Imre dr.

Megjegyzés Csekey dr. „A villamos áramcsapás későbbi következményei" c. közleményére.

A 22. oldal 1. és 2. sorában a következők olvashatók: „szívműködési zavar (pitvarlibegés) okozza a hirtelen halált."

Ez a megállapítás téves, mert a pitvarlibegés nem okoz hirtelen halált, hanem hónapokig sőt évekig fennállhat és a beteg subjective jól érezheti magát. Elég gyakran meg is szűnik és helyreáll a rendes rhythmus. A 40. életévükön túl lévő mitralis stenosisban szenvedő betegeknél evvel gyakran találkozunk. (Vorhofflattern, Vorhofflimmern), amit electrokardiographiai uton jól lehet rögzíteni. A gyakorlott vizsgáló a kéznek a szívtájékra helyezésével EKG nélkül is biztosan meg tudja állapitani.

Itt valószínűleg kamaralibegésről vagy remegésről lehet szó, mit állatkisérletben faradisatióval, digitalismérgezéssel vagy valamelyik coronaria lekötésével elő lehet idézni és egész rövid ideig EKG-val demonstrálni is sikerül. A kamararemegés vagy libegés egyenértékű a kamara megállásával, a vérnyomás nullára esik és a kisérleti állat elpusztul. Emberen ezt a rhythmuszavart csak ritkán sikerült kimutatni, ami fentiekből érthető is.

Róna Zoltán dr.

Róna Zoltán dr. Collega Urnak köszönöm, hogy hozzászólásával a „Herzkammerflimmer" téves fordításából eredő félreértést eloszlatta. *(Szerző.)*

VEGYES HIREK

Szigethy-Gyula Sándor

A vidéki központokban áldásos működést kifejtő kartársak egyik legkitünőbbike távozott az örök pihenés honába örhelyéről, az általa oly szépen kifejlesztett, példás hirüvé lett kaposvári kórház éléről. Mint Réczey professzor volt tanársegéde 28 éves korában, vette át a meglehetősen elmaradott megyei közkórházat és 35 éven át, halála napjáig vezette, teljesen modern berendezésü, prosectúrával, kisérleti laboratoriumokkal, 6 főorvos vezetése alatt álló betegosztállyal, 612 ágy befogadó képességüvé fejlesztette azt. Ezt a szép életsikert, miért nemcsak a vármegye, hanem az ország és annak kormányzata is hálás az elhúnytnak, nemcsak orvosi tudása és lelkiismerete, hanem tiszteletet parancsoló jelleme és kötelességérzete, valamint egyéb kiváló rokonszenves egyéni képességei révén érte el, amelyek őt a megyei és városi élet közkedvelt és tiszteletreméltó szereplő alakjává tették. Örökös tagja volt Somogy vármegye törvényhatósági bizottságának, tagja a Kaposvár város képviselőtestületének, a református egyháznak pedig világi tanácsbirája volt. Az ország egészségügyének tett megbecsülhetetlen szolgálatai elismeréséül az elsök egyike volt az egészségügyi főtanácsosok között.

Typusa volt a közérdeket és a collégiális együttérzést mélyen átérző vidéki orvosvezéreknek. Mindig, mindenben szolgálat és áldozatkészen állott rendi érdekeink védelmére, mit Orvos Szövetségünk avval honorált, hogy alelnökévé választotta. Azt a szivből fakadó őszinte gyászt, mit a Szövetség lapja Szigethy Gyula Sándor elhúnyta fölött kifejez, mindnyájan átérezzük és megindúlt emlékezéssel állunk egy ideálisan eltelt orvosi életpálya befejezése előtt.

Meggondolatlan szónoki frázisok. A Nemzeti Munkaközösség előadássorozatában január 9-én *Antal Lajos* dr. tartott előadást közegészségügyünk újjászervezéséről, melynek folyamán néhány olyan kijelentés hangzott el, melyek mellett nem mehetünk el szó nélkül. — Ha a szólásszabadság tiszteletében azt nem is kifogásoljuk, hogy a közegészségügyi közszolgálat terén még kezdő, aránylag egész fiatal emberek ilyen országos fontosságú reform fölött didaktiv (vagy talán agitativ?) előadásokban theoretizáljanak abba még sem nyugodhatunk bele, hogy „ez a magyar orvosi rend nem lehetett tisztában a nemzetével szemben való kötelesség teljesítésével" (szegény Balassa, Markusovszky, Korányi, Fodor, Müller és annyian még élök, hát ilyen hiábavaló munkát végeztek?) és hogy „tévelygő vezetői alatt küzd a collectivizmus ellen, (mit szól ehhez Verebély, Csilléry és a többi „tévelygő?"), mert a „hamis individualizmus kora lejárt" (v. ö. budapesti orvos kar tiltakozásában foglaltakkal O. H. 1935. 41. sz.). — Végül még azt a napsajtó révén közismert állitást is megkockáztatta a Pázmány Péter Egyetem fiatal neveltje, hogy a *kezén el tudná számlálni a magyar orvostudósokat.*

Antal Lajos kartársunkat kétségtelenül jóakaratú, de kevés gyakorlati tapasztalattal rendelkező, s a maga ideáiért túlságosan lelkesedő embernek ismerjük, aki még nem tanulta meg, hogy a közszereplés terén csak a politikumot lehet csürni-csavarni, de a tényeket a „biopolitika" kedvéért elferditeni s a szónoki frázisokkal bizonyitás eszközeihez fordulni veszedelmes, mert számon kérik tévedéseit. Ez a nézetünk és egyben mentségünk is az elhangzott kiszólásokra, melyekre nézve különben megelégszünk az előadó úr kijelentésével a 8 órai újság riportjában, mely szerint nem kell azokat olyan komolyan venni, mert azok csak „szónoki frázisok". De a jövőre nézve jó volna azt is megjegyeznie, hogy az ilyen meggondolatlan szónoki frázisok nem csak a szónoknak, hanem az orvosi rendnek és az „újjá szervezendő" közegészségügynek is ártanak. Azért bizzuk azt inkább csak Johan Bélára és a belügyminiszterre, ki legutóbb is megmutatta, hogy laikus létére több természetes vénája van hozzá, mint sok orvosnak, kik apostoloknak hiszik magukat.

Pályázat egyetemi klinikai tanszékre. A kultuszminiszter a budapesti királyi magyar Pázmány Péter Tudományegyetem orvostudományi karán üresedésben lévő elme- és idegkórtani tanszékre nyilvános pályázatot hirdet. A kinevezendő tanár kötelessége tudományszakát minden félévben a szabályzatban előirt heti óraszámban és terjedelemben előadni, a szükséges gyakorlatokat, kollokviumokat, szigorlatokat megtartani, valamint a klinikát igazgatni. A pályázni óhajtók a tudori fokozatukat, a tanári működésüket, vagy egyebütt lévő alkalmaztatásukat, továbbá irodalmi működésüket, egyéb érdemeiket igazoló, valamint személyi adataikat tartalmazó okmányaikkal, (magyar állampolgárság, születési anyakönyvi kivonat, curriculum vitae, stb), felszerelt kérvényeiket —, amennyiben jelenleg is állami alkalmazásban vannak —, elöljáró hatóságuk útján, ellenkező esetben közvetlenül a budapesti királyi magyar Pázmány Péter tudományegyetem orvostudományi karának dékáni hivatalában 1936 február 29-ig nyujtsák be. A korábbi közszolgálati állásban eltöltött idönek a fizetés szempontjából megállapitása, illetve a szabad pályán eltöltött idönek a fizetés és a nyugdijba beszámitása iránti igény, illetőleg kérés csak akkor vehető

figyelembe, ha azt a pályázó már a pályázati kérvényben is bejelenti.

Az Országos Közegészségi Egyesület keretében megalakult Magyar Országos Rák Ellenes Szövetség (MORESz) elnöki tanácsa 1936. évi január hó 2-án, a kir. magyar Pázmány Péter tudományegyetem közegészségtani intézetében tartotta meg elnöki tanácsülését Scholtz Kornél dr. nyugalmazott államtitkár egyetemi rk. tanár elnöklete alatt. Az elnöki tanácsülés, melyen a szövetség tagegyesületeinek képviselői jelentős számban vettek részt a MORESz legközelebbi programját tárgyalta. A Magyar Sebésztársaság Rákbizottsága előterjesztést tett a rák megbetegedések gyakoriságának felvételére, aminek előmunkálatai máris folyamatban vannak. Az OKE rákbizottsága javasolta mindazoknak az adatoknak összegyűjtését, melyek a rák elterjedettségére a múltba visszamenőleg jellemzőek, egyúttal szükségesnek látta a vidéki orvosok számára minta előadástervezetek elkészítését, valamint a népesség felvilágosítására szolgáló rövid ismertetés elkészítését is. A Budapesti Kir. Orvosegyesület rákbizottsága a kutató munka ésszerű megszervezésére terjesztett elő javaslatot. Az elnöki tanács ezeket a javaslatokat egységesítette, az új programmot elkészítette és megállapította, hogy az 1936. évi orvosi nagyhét előtt közvetlenül továbbképző előadásokat rendez, melyek a rákprobléma részletkérdéseit felölelik. Ezen a továbbképző előadássorozaton neves külföldi előadók is részt vesznek.

A Magyar Országos Rákellenes Szövetség most küldi szét azokat a kérdő-íveket, amelyeknek célja a legmegbizhatóbb módon olyan adatok beszerzése, amelyek 1. a daganatok kórelőzményének ma még ismeretlen adatait világítják meg, 2. a különböző szervek daganatainak kezelésével elérhető végeredmények elfogulatlan megitélését teszik lehetővé. A statisztikai íveket a Rákbizottsággal karöltve *Ilyefalvy Lajos dr.*, a Székesfővárosi Statisztikai Hivatal igazgatója szerkesztette és bocsájtotta ki. Ugyancsak ő fogja a Rákbizottság orvosstatisztikusaival egyetemben az anyag tudományos feldolgozását irányítani. Ezideig az ország 147 legnagyobb egyetemi intézetének és kórházi osztályának vezetői vállalták ezt a nagy munkát és körültekintést igénylő adatgyüjtést. Azok részére, akik a mult évben szétküldött körlevélre válaszolva irásban kötelezték magukat az együttmüködésre, a kérdőivek szétküldése már folyamatban van. Amennyiben még volna olyan osztály vagy intézet, amely ebben a nagyjelentőségü közös munkában önkéntes jelentkezéssel részt óhajtana venni, úgy kérjük azok vezetőit, hogy forduljanak a Magyar Országos Rákellenes Szövetség irodájához (Országos Közegészségi Egyesület, Budapest, VIII., Eszterházy-utca 9.), amely részükre a szükséges nyomtatványokat haladéktalanul továbbitani fogja.

Továbbképző tanfolyamok orvosok számára. A Vallás- és Közoktatásügyi M. Kir. Miniszter Ur az orvosi továbbképzés központi bizottsága tisztikarának mandátumát, mely 1935. december hó 31-én lejárt, 1936 junius hó 30-ig meghosszabbitotta. Az orvosi továbbképzés központi bizottsága az 1936. év első felében számos tanfolyamot rendez. A klinikákon és kórházakban két és négyhetes egyes tárgyakból egész éven át folyó gyakorlatokon kivül a következő tanfolyamok lesznek: a fertőző betegségekről, a rákbetegségekről, a trachomáról, a gyakorló orvos sebészetéről, a fogászatból, úgyszintén a szülészetből s az anya- és csecsemővédelemről. Ezen kivül a három vidéki egyetemi városban, *Szegeden*, *Pécsett* és *Debrecenben* lesznek továbbképző tanfolyamok.

Felvilágositást irásbeli megkeresésre készségesen ad az orvosi továbbképzés központi bizottsága irodája (VIII. Mária utca 39. sz.) s a részletes programot junuár hóban megküldi.

Högyes Endre utca. Az Orvosegyesület Otologiai Szakosztálya december 9-én határozatot hozott, amelynek értelmében felkéri a Fővárosi Közmunkák Tanácsát a IX. ker. Rákos utcának néhai *Högyes Endre* egyetemi ny. r. tanár, akadémiai tagról való elnevezésére, mert ebben az utcában van az általa alapitott Pasteur kórház. A Szakosztály a beadványt Verebély professornak, az Orvosegyesület elnökének véleményével, az Orvoskari Tanártestület elé terjesztette, amely jan. 14-i ülésén pártoló záradékkal látta el. A Szakosztály vezetősége felkereste a Fővárosi Közmunkák Tanácsának elnökét, dr. Bessenyey Zénót, aki magáévá tette a kérést és annak kedvező elintézését helyezte kilátásba. — Reméljük, hogy a hivatalos döntés is rövidesen megtörténik. A Szakosztály vezetősége azonkivül eljárt a Magyar Tudományos Akadémia elnökségénél is, azt kérve, hogy Högyes müveit, amelyek rendkivül nagy jelentőségüek a belsőfül anatómiai és physiologiai viszonyaira vonatkozólag, különösen pedig az egyensúlyérzékszerv működése terén, — adja ki az Akadémia lehetőleg német nyelven, hogy külföldön is végre széles körben tudomást szerezzenek Högyes értékes vizsgálatairól. Ez annál is inkább szükséges, mert közleményei ma már magyar nyelven is alig hozzáférhetők. Az Akadémia vezetősége kilátásba helyezte a müvek kiadását.

Szakorvosok a Németbirodalomban. A német birodalomban a szakorvosi cim használatát rendezték. A következő szakmák szakorvosi jelzése van megengedve:

1. sebészet, 2. szülészet és nőgyógyászat, 3, orthopaedia, 4. szembajok, 5. gége-orr és fülbetegségek, 6. bőr és nemibetegségek, 7, hugyszervek betegségei (urologia), 8. elme- és idegbetegségek, 9. röntgen és sugaras kezelések, 10. fog, száj és állkapocs betegségek (ehhez fogorvosi approbatio is szükséges), 11. belbetegségek, 12. gyomor, bél és anyagcsere betegségek, 13. tüdőbajok (légzőszervek), 14. gyermekbetegségek. Más szakok cimét vagy több szakát együtt nem lehet használni. Általános orvosi és szakorvosi címet nem szabad egyszerre használni.

A kiképzési idő szakma szerint 3—4 év (sebészet; szülészet és nőgyógyászat; hugyszervek, belbetegségek; gyomor, bél és anyagcsere betegségek; tüdő és gyermekbetegségek à 4 év, a többi 3 év). A gyomor- bél- és anyagcsere betegségek és a tüdőbetegségek szakorvosainak 2 évet, a gyermekorvosoknak egy évet belgyógyászattal kell foglalkozniok. Az urologusoknak 3 évet sebészeti és urologiai klinikán, 1 évet urologiai polikliniken kell eltölteniök.

A kiképzés egyetemi klinikákon és jól felszerelt megfelelő vezetés alatt álló kórházi osztályokon történhet.

A kiképzés lehetőleg assistensi állásban történjék.

A szakorvosoknak megfelelő felszereléssel kell rendelkezniök s a választott szakma gyakorlására kell szoritkozniok.

Egyetemi klinikák igazgatói s nagyobb kórházak főorvosai rendesen csak mint consiliarus vagy rendelő helyiségeikben való rendelésre szoritkozzanak. A szakorvosok a házi orvosokkal harmóniában működjenek. A szakorvosok magasabb honoráriumot igényelnek, mint a gyakorló orvosok.

Az új német orvosi rendtartás. A német birodalmi kormány 1935 december 13-án kiadja az új orvosi rendtartást, mely megszüntette az eddigi szervezeteket (a régi kamarákat, a szövetséget és a „Hartmann" egyesülést). A nemzeti szocializmus az orvosokat új feladatok elé állitotta. Testi és szellemi egészség nem magánügy többé, gyógyitás és közegészségügy nem az egyes orvosok ügye. Az orvos többé nem szabad foglalkozás, hanem az állam és népegészségügy szolgája.

Az orvosi kamara ezentúl az egyetlen organisatio, mely a katonai orvosok kivételével valamennyi német orvost magába foglal. Vezetője a Vezér s Kancellár által kinevezett orvosvezér. Választás és határozathozatal nem tartozik hatáskörébe.

Az orvosok feladata, hogy az egészség, az öröklés s a faj fenntartásáról, emeléséről gondoskodjanak. A kamara örködik, hogy az orvosok e feladatot betöltsék, kiképzésüket elősegiti, továbbképzésükről gondoskodik.

Az orvosok gazdasági ügyeit a biztositó orvosok egyesülete intézi, ez az orvosi kamara egy osztálya s a munkaügyi minisztérium felügyelete alatt áll. A szabad orvosválasztás az egész vonalon érvényesül. A kamara az orvosok elosztását is intézi, amelyben egyes helyeken a letelepedést engedélyétől teszi függővé. Az orvosok jóléti intézményeiről is gondoskodik. Az egyes tartományokban külön kamarák létesülnek és pedig ugyancsak a „vezérlés" alapelvével. A tanácsadókat kinevezik s nem választják. A pénzügyi eredményekre való önző törekvés nem illik az orvos hivatásához, újból papi feladatot tölt be.

Medikus bál. Az orvostanhallgatók Segitő- és Önképző Egyesületének 75 éves jubileuma alkalmából az eddiginél is fényesebb keretek között rendezik január hó 25-én a Medikus Bált a Szent Gellért szálló összes termeiben. A bál védnökségét *Darányi Gyula dr.* egy. ny, r, t,, orvoskari dékán vállalta, a rendezőbizottság élén *Kovácsovics* Tibor bálelnök, *Lukáts* Antal társelnök, valamint ifj. *Mayer* György, a jubiláló Segitő Egyesület elnöke állanak. A Bál háziasszonyai az idén is az orvosi társadalom kiválóságainak feleségei lesznek, az agilis rendezőbizottság pedig mindent elkövet a bál sikere érdekében. A rendezőség az idén is izléses, szép táncrenddel fog a megjelent hölgyeknek kedveskedni. A Medikus Bál irodája az Orvostanhallgatók Segitő- és Önképző Egyesületében működik, VIII. ker., Üllői-út 26, Tel,: 31—2—78,

Parád gyógyfürdővel kapcsolatos telepen a Nemzeti Közmüvelődési Alapitvány nagyarányú beruházásokat végez. Ilye-

nek: a csatornahálózat átépítése és derítőtelep létestése a vízvezeték kettéválaszása (ivóvíz, üzemvíz) új vendéglő építése a fürdőépület és a fövenypartfürdő között, a fürdőépületnek két emelettel emelése, a Zsuzsanna-lak építése, stb. A beruházásokkal kapcsolatos munkálatokat kora tavasszal kezdik meg.

A Budapesti Orvosi Kaszinó hagyományos Semmelweis emlékvacsorája f. hó 28-án lesz a Royal-szálló díszermében. Az est díszszónoka *Kiss Ferenc dr.* egyetemi nyilvános rendes tanár, az I. sz. Anatomiai Intézet igazgatója. A Kaszinó vezetősége ezúton is felhivja a kartársakat, hogy részvételüket szíveskedjenek minél előbb a Kaszinó irodájában (176—16 és 171—13) bejelenteni helybiztosítás céljából. A bankettet megelőzőleg, este 7 órakor a Kaszinó évi rendes közgyülését tartja.

II. nemzetközi mikrobiologiai congressus előzetes programmja elkészült. A congressust f. évi julius 25—augusztus 1-ig tartják, főtitkárja (Dr. R. St. John-Brooks. Lister Institute, Chelsea Bridge Road, London, S W, I,) felhivja az érdeklődőket, hogy congressusi tagság bejelentésére szolgáló ürlapokért (Registration Formular), valamint programmért és egyéb tájékoztatás céljából egyszerüen levelező lap utján hozzá forduljanak. A tagsági dij 1 font sterlingben van megállapitva. A programm a congressus szoros értelemben vett tudományos anyagán kivül a congresszussal kapcsolatos egyéb tudnivalókra nézve is tájékozást nyujt.

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 előirások III. bővített kiadás — — — 5.— P helyett 4.— P

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

Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal — — 6.50 P helyett 5.50 P
Vászonba kötve (8 P h. 7.— P)

Rigler Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve — 25.— P helyett 5.70 P

Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal — — — 2.50 P helyett 2.— P

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

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

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

Kimutatás 1936. január 5—ll-ig. Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) s halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomielitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.411	2	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	6	1	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	59	—	—	—	—
3. Baranya	251.620	6	1	3	1	4	1	6	1	1	—	—	—	6	—	1	—	—
4. Békés	335.874	10	—	2	1	7	2	7	—	—	—	—	—	60	—	—	—	—
5. Bihar	180.415	1	1	1	—	4	—	2	1	—	—	—	—	6	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	6	1	2	—	5	—	3	1	1	—	—	—	47	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	4	1	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—
8. Csongrád	148.353	1	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	1	—	—	—	6	—	9	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	1	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	42	1	—	—	—
11. Hajdu	182.047	9	—	—	—	4	—	8	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
12. Heves	322.207	4	1	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	34	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	6	—	1	—	9	2	12	1	—	—	—	—	37	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	3	—	—	—	2	—	11	—	—	—	—	—	24	—	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	5	2	—	—	—	1	4	—	—	—	—	—	23	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	22	2	6	1	16	—	45	1	—	—	1	—	95	—	—	—	—
17. Somogy	389.792	1	—	—	—	7	—	13	—	—	—	—	—	26	—	—	—	—
18. Sopron	143.128	1	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	19	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	7	2	—	—	7	—	17	1	—	—	—	—	62	—	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	5	—	—	—	1	1	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21. Tolna	267.133	—	—	—	—	9	—	13	—	—	—	—	—	13	1	—	—	—
22. Vas	273.776	—	—	—	—	6	1	3	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
23. Veszprém	246 551	—	—	2	—	3	—	3	—	—	—	—	1	40	—	—	—	—
24. Zala	368.371	6	1	1	—	8	—	8	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—
25. Zemplén	149.043	—	1	1	—	6	—	30	—	—	—	—	—	36	—	—	—	—
I. Baja	29.791	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	5	—	6	—	41	—	53	—	—	—	—	—	32	1	—	—	—
III. Debrecen	122.825	2	—	—	—	7	1	19	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
IV. Győr	50.828	—	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—	22	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	2	—	2	1	4	—	7	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	2	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	1	—	—	—	3	1	5	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	3	—	2	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	—	—	6	—	2	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	123	14	20	4	191	11	316	7	2	—	3	1	757	5	1	—	—
Előző évben:		150	31	11	1	266	23	292	6	1	—	—	—	654	11	2	—	—

Calciumtheosan dragée

THEOBR. CALC. ACET. DR. WANDER.

Értónust csökkentő, értágitó diureticum és vérnyomást csökkentő szer

Bromcalciumtheosan dragée

BROMCALC. THEOBROM. DR. WANDER.

Csökkenti a vérnyomást, megszünteti a sziv körül lokalizált panaszokat, a szédülést, megnyugtatja a beteget és helyreállitja a munkaképességet.

Jód-érzékeny arterioscleroti-kusoknak különösen javallt!

Jodcalciumtheosan dragée

JODCALC. THEOBROM. DR. WANDER.

Tágitja az ereket, csökkenti a vér viscositását, az erek tónusát és a magas vérnyomást.

Luetikusok jódkurájához és az asthma bronch. rohammentes időszakban való kezelésére is igen alkalmas.

Pontos, kellemes adagolás, megbizható therapiás hatás!

MINTÁVAL, IRODALOMMAL KÉSZSÉGGEL SZOLGÁL A

DR. WANDER GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR R. T. BUDAPEST.

HETIREND

A Budapesti Királyi Orvosegyesület január 18-án délután 6 órakor tartandó ülésének napirendje. Bemutatás: *Bach Ernő:* A Wolf-Schindler-féle flexibilis gastroskopról. — Előadások: 1. *Dobozy Elemér:* A Digitalis- és Strophantin-therapia időszerű kérdéséről. — 2. *Schuster Gyula:* A serdüléses elmezavar sejttani elváltozásainak lényegéről.

A Budapesti Orvosi Kör előadássorozatának január 20-i előadását este 7 órakor *Czoniczer Gábor dr.* tartja „Az essentiális hypertoniáról" címmel.

A budapesti Orvosi Casino előadássorozatának keretében január 22-én este ¾7 órakor vitaelőadást tart az orvosi bizonyitványról. Előadó: *Halász Aladár dr.* ügyvéd, felkért hozzászóló *Verebélyi Tibor dr,* egyet. ny. r. tanár.

A Magyar Phonetikai Társaság január 29-én d. u. ½7 órakor az egyetemi közegészségtani-élettani inézetben tartandó közgyülésének napirendje: 1. Elnöki megnyitó; 2. Főtitkári jelentés; 3. Pénztáros és számvizsgálóbizottság jelentése; felmentvény megadása; 4. Alapszabály módositása; 5. Indítványok. Határozatképtelenség esetén a közgyülés február 5-én d. u. ½7 órakor ugyanott tartatik meg, amely tekintet nélkül a megjelentek számára határozatképes.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Nagyobb vállalat keres fél esetleg egész napra, reprezentálni tudó **orvos-látogatót.** Ajánlatokat „nem propaganda" jeligére a kiadóhivatalba.

Pályázati hirdetmény.

A zemplén-vármegyei (sátoraljaújhelyi) „Erzsébet" közkórháznál, lemondás folytán megüresedett egy *segédorvosi állásra* a Várm. Ügyviteli Szabályzat 2, §-a alapján pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állás javadalmazása a XI. fiz. osztály 3, fokozatának megfelelő fizetés, a természetbeni lakás és ellátásnál engedélyezett kedvezményekkel.

Felhívom mindazokat, akik erre az állásra pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I. t.-c.-ben előírt elméleti képesítésüket, a forradalom és kommunizmus ideje alatt tanusitott magaviseletüket és esetleg eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt és a vármegye főispánjához, Méltóságos dr. Fáy István úrhoz címzett kérvényeiket *hozzám 1936. évi február hó 10-éig bezárólag* mutassák be, illetve „Alispáni hivatal Sátoraljaújhely" címre küldjék be, mert a később érkező kérvényeket nem veszem figyelembe.

Sátoraljaújhely, 1936. évi január hó 4.

Bernáth Aladár dr. s. k
alispán.

Sedyl és Sedyletta tabletták

Phenylaetylmalonylcarbamid

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

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

Podmaniczky gyógyszertár, VI., Budapest.

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

„Sokoldalu alkalmazhatóságánál kellemetlen **mellékjelenségekkel nem kell számolni,** amellett eddigi tapasztalatok alapján gyógyszertani hatását **teljesen megbizhatónak** tekinthetjük . . ."

(Loewenstein, Mediz. Klinik, 1935. 25. sz.)

SURPARIL-CHINOIN

spasmolyticum

Injectio, tabletta

„A SURPARIL FORTE tabletták, melyek centralis fájdalomcsillapitó alkatrészeket is tartalmaznak . . . . Sok esetben **megkimélik az orvost attól, hogy opiatokhoz nyuljon . . .**"

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

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

80. évfolyam. 4. szám. Budapest, 1936. január 25.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-ut 26., II. em. Telefon: 31-1-86.
Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el.

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele a kiadóhivatalban

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

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

DYNARSAN

oxy-acetylamino-phenylarsinsavastriaethanolamin.

Öt vegyértékü arsent tartalmazó erőteljes antilueticum **intramuscularis,** vagy **subcutan** alkalmazásra.

Használatra kész oldat, mely a lues minden stádiumában indikált.
Nagymértékben veszélytelen, stabil, fájdalmatlan.

10 amp. à 1 ccm. --- --- --- --- --- P. **7·90**
10 amp. à 3 ccm. --- --- --- --- --- P. **12.30**

Dr. EGGER LEÓ és EGGER I. BUDAPEST.

Dr. PÁPAY-féle oltóintézet és szérumtermelő rt. **Budapest, IX. ker. Lónyay-u. 12. Telefon: 85—5—63.**

OPSODERMIN polyvalens staphylococcus vakcina
furunculosis, folliculitis, acne, hydroadenitis kezelésére.
Másodnaponta intramuscularisan alkalmazandó.
Engedélyezve: valamennyi betegségbiztositó intézetnél.

Katonyl dr. Deér Újabb theoreticus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült

GENERÁLIS ROBORANS

Mindennemű gyengeségi állapotnál, étvágytalanságnál, szegénynyvérűségnél és sápkórnál
PROMPT HATÁS! ※ Összetételében állandó. ※ Székrekedést nem okoz.
1 doboz (100 tabletta) ára: **2.20** P

~~Cocain~~ Pantocain

a nagy higitásban is biztosan ható, jól türhető
helyi–érzéstelenitőszer
az érzéstelenités minden alakjához.
A felületi érzéstelenítésben teljesen pótolja a Cocaint, sokkal kevésbé mérgező mint a Cocain; nem kábitószer. Felületi-érzéstelenitő hatásával a Cocaint felülmulja, ezért alkalmas annak teljes kiszoritására.

Forgalomban: Por, tabletta, oldat (ampullák ill. üvegekben)

BAYER

«Bayer»
I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
LEVERKUSEN a. Rh.

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

HALSTERIN

Standardizált A- és D-vitamint concentrálva tartalmazó készitmény. ***Arachitis, tetania, scrophulosis, osteomalacia modern therapeuticuma.***
5 cm^3 solutiót tartalmazó üvegekben.

HALIVITAN

Standardizált és concentrált A-vitamin készitmény.
Növekedésben, fejlődésükben vagy testsulyukban visszamaradt csecsemőknek és gyermekeknek.
Xerophtalmia, keratomalacia és hemeralopia esetén.
5 cm^3 solutiót és 50 tablettát tartalmazó üvegekben.

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

80. évfolyam. 4. szám. Budapest, 1936. január 25.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

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

TARTALOM:

Kovács Ferenc: Házi és intézeti szülészeti eredmények az új Szülészeti Rendtartás gyüjtőkimutatásai alapján. (71—75. oldal.)
Pap Zoltán: A meskalin-mámor hatása a posthypnotikus érzéscsalódásokra. (75—78. oldal.)
Hollósi Károly: Hólyagos üszög a 6. évtizedben. (78—80. old.)
Szold Endre: A hugyutak urat és carbonat köveinek finom szerkezetéről. (80—81. oldal.)
Mosonyi János: Skorbutos anyagcsere-zavar és hyperthyreoidismus. (81—82. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (13—18. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Szülészet. — Gyermekgyógyászat. — Urologia. — Szemészet. — Orr-, torok-, gégegyógyászat. — Börgyógyászat. (82—84. oldal.)
Könyvismertetés: (84—85. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (85—89. oldal.)
Kollarits Jenő: A magyar magaslati üdülőtelepek szükséges voltáról. (89—90. oldal.)
Vegyes hirek: (90. oldal és a borítólap III. oldalán.)
Hetirend: (a borítólap III. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Házi és intézeti szülészeti eredmények az uj Szülészeti Rendtartás gyüjtőkimutatásai alapján.*

Irta: *Kovács Ferenc dr.* egyet. ny. r. tanár.

Max *Hirsch* a császármetszésnek a hüvelyi szülést befejező műtétek rovására történő kiterjesztése érdekében indította el 1927-ben azt a vitát, amely a házi és intézeti szülészet teljesítőképességének a határait igyekszik megvonni. *Hirsch* egyoldalú kritikájával szemben *Winter* 1928-ban 119 magánorvos és számos szakintézet által szolgáltatott adatok alapján ezt a határt a házi szülészet javára tolta át. Ezen vita még ma sincs lezárva. Úgy az intézeti, mint a házi szülészet védői újabb és újabb statistikai adatokat vonultatnak fel igazuk bizonyítására. *Winter*-rel együtt többen, így újabban *G. Döderlein* és különösen *Nanna* száll síkra a házi szülészet érdekében, hangsúlyozva, hogy annak eredményei éppen olyan jók, mint az intézeti szülészeté. Sőt az utóbbi megállapítja, hogy olyan országokban, hol sok az intézeti szülés, sok az anyai halálozás is; hogy az egyes szülőnő izoláltsága a fertőzés lehetősége szempontjából magánháznál sokkal tökéletesebb; hogy a magánház jobban óvná meg a szülőnőt a szülészi túltevékenységtől stb. Ezzel szemben többek között *A. Mayer* és *Siegel* helyesen mutatnak rá a házi szülészet kedvezőbb eredményeit feltüntető adatok alapjául szolgáló statistikák túl kicsiny számadataira és megbizhatatlanságára. A forgalomban levő és ismert legtöbb szülészeti statistikai összeállításnak egyik legnagyobb hibája ugyanis az, hogy az csak az intézeti eseteket foglalja magában. A magánházi szülések eredményeit csak nagy fáradsággal és igen töredékesen, kis részletekben tudják csak összegyüjteni azon kevesek, akik ezen fárasztó munkától nem riadnak vissza, de így is csak aránytalanul kis számú és tökéletlenül feldolgozott esetet tudnak összegyüjteni ahhoz, hogy azok komolyabb összehasonlítási alapul szolgálhatnának. Ezenkivül tekintetbe veendő, hogy az önkéntes adatszolgáltatásra felkért magánorvosok közül főleg csak a jobb szakorvosok tesznek eleget a felszólításnak, akik kedvezőbb eredményekkel rendelkeznek s adataik így is elég önkényesek, ellenőrizhetetlenek. Ez a hibája *Winter* ismeretes kimutatásának is, mely csupán 119 magánorvos önkéntes bemondásait tartalmazza. De maga *Siegel* is, aki *Winter*rel diametrialisan ellentétes álláspontot foglal el, kénytelen 416, bábanaplóból összeállított műtétes szüléssel megelégedni s ezek eredményeire alapítani állásfoglalását.

Winter maga elismeri, hogy kifogástalan összehasonlítási anyagot csak úgy kaphatnánk, ha minden bábatudósítást átnézhetnénk a magzat és az anya esetleges halálának okára vonatkozólag. Számtalan más, népegészségpolitikai vonatkozásban áldásos eredményein kivül ezt a lehetőségét is megteremtette az *új magyar szülészeti rendtartás,* amely mint intézményes újítás úttörő a kulturállamok egészségügyi politikájában.

Az új magyar szülészeti rendtartást *Tauffer,* 1928-ban kezdte kiépíteni. Ezen rendtartás alapvető elgondolása és célja az, hogy a születendő emberéletet, mint a nemzet legértékesebb kincsét, a legnagyobb gondossággal kell védeni és megtartani. Mindazokat, akik hivatásuk révén a szaporodási folyamattal kapcsolatba kerülnek, egy hatalmas, az egész országot átfogó, központilag irányított, céltudatosan együttműködő, pontos mechanizmussal dolgozó szervezetbe kell foglalni, amely szervezet az országban bárhol, akár a legeldugottabb tanyán lezajló szülést vagy vetélést számonkéri, a terhes, vetélő és szülőnőt, valamint az újszülött csecsemőt megfelelő védő gondozásban részesíti, a szaporodással kapcsolatos hátrányos tényezőket igyekszik kiküszöbölni, az elősegítő tényezőket támogatni.

Az új magyar szülészeti rendtartás eddigi összesítő kimutatásai többek között éppen a házi és intézeti szülészet eredeményeinek az összehasonlítása szempontjából is

*) Előadta a „Deutsche Ges. f. Gyn", 1935 okt, 25-én Münchenben tartott ülésén

olyan hatalmas számadatok birtokába juttatnak, amelyek más kulturállamokban nem állnak rendelkezésre. Így *Winter* a fogó, extractio, fordítás, daraboló műtét és lepényleválasztás között megoszló összesen 1094, *Siegel* 496 műtét eredményeit tudta csupán összehasonlítani. *Helm* Hamburg városára vonatkozólag a születési és haláleset-bejelentések alapján igyekezett 1930-ig kiegészíteni *Hirsch*nek 1925-ig terjedő statistikáját; *Laubenburg* 3 évtizedre szóló anyagból összesen 30.000, *Fahlbusch* 12 évi anyagból mindössze 81,175 szülési esetet használhatott csupán fel az összehasonlítás céljaira, addig az új magyar szülészeti rendtartás 2 évi anyagából 247.888 magzat születésével kapcsolatos adatokat értékesíthetjük ezen szempontból. Ezek alapján jogositva érezzük magunkat mi is a kérdéshez hozzászólni.

Előre kell bocsátanunk, hogy véleményük szerint az eredmények összehasonlítása szempontjából nem csak az egyes műtétek sikerességét tartjuk irányadónak, hanem az összes (tehát nemcsak a műtétes) szülések eredményeinek az összevetését is, hogy lássuk: mekkora az összes anyai és magzati veszteség a házi és mekkora az intézeti szülésekkel kapcsolatban? Ez nem fogja mindenben fedni a műtéti eredmények összehasonlítását, mert a műtétek javallata (különösen a leggyakrabban szereplő fogónál) sokszor eltolódik aszerint, hogy magánházban vagy intézetben feszik-e a vajudó. De a szülés lefolyása, a magzat életbenmaradásának a kilátása műtéti beavatkozások szüksége nélkül is lényegesen módosulhat az intézeti és magánházi környezet lényeges különbözősége folytán.

Elsősorban a *magzatok* sorsa szempontjából kell vizsgálnunk a kérdést. Indokolja ezt az, hogy a magzat szülési veszélyeztetettsége tízszerese az anyáénak; sőt ez még sokszorozódik a 10 első életnap magzati veszteségei által. A koraszülötteknél éppen ezen a téren van a legszembetünőbb eltérés is az intézeti és házi szülészet eredményei között. De a kilenchónapos áldozatos terhesség és gyötrelmes szülés egyetlen célja, értelme is a gyermek; ennek a kockázatát tehát nagyon is szem előtt kell tartanunk.

Amint az I. táblázatból kitünik, a kora és érett magzatok együttes halálozása az intézeti spontán szülések anyagában 0.6%-al rosszabb, mint az otthoni szülések esetében. Ez azonban természetes és nem jelent mást, mint hogy éppen a súlyosabb szövődményes szüléseket szállitják intézetbe, sokszor már olyankor, amikor a magzat már elhalt, vagy élveszületés esetén is annyira megviselt, hogy többé már nem menthető meg. Ezen magzatok jórésze megmenthető lett volna, ha az asszony vajudása szakintézetben indul meg s még idejében megtörténhetett volna a megfelelő beavatkozás. Hogy ez mennyire így van, azt mutatja az is, hogy a szülés közben elhalt magzatok közül 852 esetben már elhalt magzattal került az anya az intézetbe; ez tehát még szintén a házi szülészet eredményeit terheli. Ezzel szemben megállapítható, hogy *a kora magatok újszülött halálozása, a II. táblázat szerint, az intézetekben a közvetlen szülési halálozás szempontjából is kedvezőbb, de az első 10 életnapon belül 18.2%-kal jobb az otthoni születések ugyanilyen nemű anyagánál.* Az otthoni szülészeti gyakorlatban a koraszülöttség gyakoriságát eddig sem hazánkban, sem a többi kulturállamokban statistikailag megállapitani nem lehetett, mert a koraszülöttség az anyakönyvi bejegyzések kapcsán kifejezésre nem jut. Az új magyar szülészeti rendtartás idevonatkozó adatszolgáltatása világviszonylatban is először eredményezett egy egész országra vonatkozó koraszülött kimutatást, szemben a többi kulturállammal, amelyek a koraszülöttség számszerűségének a kérdését ma még mindig csak intézeti anyagon vagy kisebb szülészeti körzetekben vizsgálhatják. Ennek jelentőségét csak akkor méltányolhatjuk kellőleg, ha szem előtt tartjuk, hogy a koraszülöttek átlaga a különböző kimutatások szerint az összes élveszülötteknek kb. 6—7%-a. Statistikánkból is kitünik, hogy az újszülött halálozásban a legnagyobb szerepet játsza és így legfontosabb oki tényező a koraszülött-halálozás; a szülési traumák jelentősége az érett magzatokra vonatkozólag csak másodlagos *(Szénássy)*. Ezen megállapításokból önként adódik azon következtetés, hogy *minden koraszülés feltétlenül intézetbe való akkor is, ha a szülés maga szövődménnyel nem is fenyeget,* mert a koraszülötteknél különösen a születés utáni első 10 nap alatt a szakszerű intézeti ápolást a magánház pótolni nem tudja. Még fontosabbá válik az intézetbe szállítás szövődményes szülések esetén, mert a koraszülöttek műtétes és spontán szülési halálozása is sokkal rosszabb otthon, mint intézetben. *Siegel* szerint Poroszországban a koraszülöttek halálozása fogóműtétek és fordítások után háznál 9.2%, klinikán 3%. A mi II. táblázatunk anyagunkban a koraszülöttek *összes szülési halálozását* (tehát a spontán és műtétes szülésekét együtt) tünteti fel; ez intézetben 1.77%-kal jobb, mint magánháznál.

I. Táblázat. Az 1931. év (csonka adatok) és 1932. év összesitő adatai. (A műtétek alatt **csak** a magzat világrahozatalát célzó műtétek: lábrafordítás, extractio, fogó, **perforatio**, **evisceratio**, császármetszés gyakorisága van feltüntetve).

	Összes magzatok száma			
Intézetben	61,162 (az összes magzatok 24·6 %-a	Spontán született 54,016 = 88.4%	Élő magzat: 52,561 = 97.7%	I.
			Halott magzat: 1,455 = 2.3%	II.
		Műtéttel született 7.146 = 11.6%	Élő magzat: 5,132 = 71.9%	III.
			Halott magzat: 2,014 = 28.1%	IV.
Magánházban	186,726 (az összes magzatok 75·4 %-a	Spontán született 182,164 = 97·6%	Élő magzat: 179,075 = 98.31%	V.
			Halott magzat: 3.089 = 1.69%	VI.
		Műtéttel született 4,562 = 2·4%	Élő magzat: 3.265 = 71.6%	VII.
			Halott magzat: 1.297 = 28.4%	VIII.
Összesen:	247,888 [1]	Spontán született 236,180 = 95.3%	Élő magzat: 231.636 = 91.8%	IX.
			Halott magzat: 4.544 = 1.9%	X.
		Műtéttel szütetett 11,708 = 4.7%	Élő magzat: 8.397 = 71.4%	XI.
			Halott magzat: 3.311 = 28.6%	XII.
A 247,888 magzat összes (spontán + műtétes) szülési halálozása: 7,855 = 3.1%				

[1]) Csak életképes magzatokra vonatkozik!

II. Tábla.
Csak az 1932 évi összesítés.

		Élve születés	Első 10 nap alatt meghalt
Intézeti szülés	28.880	kora 2024 (összes szülési halálozás 9.9%)	545 = 26.8%
		érett 26.856	226 = 0.8%
Magánházban	107.644	kora 2878 (összes szülési halálozás 11.69%)	1298 = 45%
		érett 104.766	839 = 0.8%

Egy másik, rendkivül fontos összehasonlítási alapot nyujtanak a medencevégű szülések magzati eredményei, annál is inkább, mert a medencevégű fekvést általában otthon elintézendő és elintézhető szövődménynek szokták tekinteni. *Anyagunkban összesen 5360 medencevégű fekvés közül 2439 intézeteben és 2921 magánházban folyt le.* Miután az alapul szolgáló anyagban az intézetben született magzatok eszáma csupán 61.162 volt, a 186.726 otthoni szülléssel szemben, ez azt mutatja, hogy a medencevégű fekvéseknek aránylag nagy részét nagyon helyesen, intézetbe küldték. Mint a III. tábla mutatja, *az intézeti medencevégű fekvések közül 84% magzat született élve, míg az otthoni esetek közül csupán 75%. Ez a 9% magzati halálozási többlet tehát kizárólag az otthoni kevésbbé szakszerű ellátás vesztesége. Ezen nem sokat változtat az a körülmény sem, hogy a szülésnél volt-e orvos jelen (ilyeneknél 22.5% a magzati halál az intézeti 16%-kal szemben); mert a gyakorlatban az orvos legtöbbször már későn érkezik, vagy azt későn hivják a vajudóhoz, ha a bába — ami gyakran megtörténik — idejében nem ismeri fel a fekvést, csak amikor a far már mutatkozni kezd; vagy nagyobb távolságból az orvos nem tud idejében megérkezni.*

III. Táblázat.
Medencevégü fekvések szülési eredményei a magzatok szempontjából.

	Élve született magzat		Kifejtés közben elhalt magzat	
Intézetben 2439	2006 = 84%		394 = 16%	
Magánházakban 2921	orvos kezében	bába kezében	orvos kezében	bába kezében
	1293	896	376	356
	2189 = 75%		732 = 25%	
Összesen 5360	*Magánházban* orvos által kifejtett 1669 medencevégű fekvésü magzat közül elhalt 376 = 22·5%.			

A harántfekvés miatt végzett lábrafordítás és extractio eredményeinek összehasonlítása szempontjából előre bocsátandó, hogy kimutatásunk adatai (l. IV. tábla) azért annyira kedvezőtlenek, mert azok nem egyes orvosilag jobban ellátott kulturáltabb körzetekre vonatkoznak (mint a legtöbb, az irodalomban szereplő kimutatás), hanem *válogatás nélkül* az egész országos átlagot jelentik a legelhanyagoltabb vidékekkel együtt. Igy tehát azok anyagában igen sok olyan vidéki kórház adatai is szerepelnek, ahol külön szülőosztály nincs is és így a szülészeti eseteket nem is szakorvos látja el. De vidéken igen gyakran későn is szállítják be a vajudót az intézetekbe, amikor a harántfekvés elhúzódása miatt a magzat már igen megviselt, az elhanyagolódás határán van és így a fordítás és extractio traumáját már sokkal kevésbbé birja ki. De még így is megállapítható, *hogy az intézetbeszállitás 4.3%-kal kedvezőbb magzati eredményt ad az otthon végzett fordításoknál.* Ez az eredmény természetesen még sokkal kedvezeőbben alakul majd, ha a szülészeti rendtartás célkitűzéseinek megvalósulásával minden vidéki kórház el lesz látva szülőosztállyal és megfelelő szakorvossal, valamint a vidéki telefon és mentőszolgálat tökéletesitésével a korai intézetbe-szállitás fetételei megteremtődnek.

IV. Táblázat.
A *harántfekvés* miatt végzett *lábrafordítás és extractio* eredménye a magzat szempontjából.

		Élve világrahozott magzat	Műtét közben vagy annak következtében elhalt magzat
Intézeti	741	470 = 63·5%	271 = 36·5%
Magánház	502	293 = 59·2%	209 = 40·8%
Összesen	1.243	763 = 62%	480 = 38%

Igen tanulságosak összehasonlítás szempontjából a *köldökzsinór-előesések,* mert ezen szövődmény esetében az intézetbe szállitásra legtöbbször nincs idő. Összesen 723 köldökzsinór-előesést jelentettek; ebből 392 intézetben és 331 magánházban fordult elő. A 392 intézeti eset közül 148 = 37.7% magzat menekült meg, míg a 331 otthoni közül csak 20.2%. *A magzati veszteség tehát 17.5%-kal nagyobb volt magánházban, mint intézetben.*

Az V. táblázatból kitünik, hogy a *fogóműtétek* száma Magyarországon aránylag igen csekély. Az intézeti fogószázalék alacsony volta a magyar szülészeti iskola erősen conservativ irányának a következménye. Ez természetes magyarázatát adja viszont a fogóműtét aránylag magas magzati halálozásának és a perforatio gyakoribb voltának is. Magától értetődik, hogy minél szigorúbban szorítjuk meg a fogóműtét javallatait, aránylag annál több magzat fog elpusztulni a végzett műtét számához viszonyítva; továbbá annál gyakrabban lesz indokolt az időközben már elhalt magzatot perforálni. Más kérdés, hogy túl liberálisan, kellő javallat nékül akalmazva a fogót a halálozás százalékos arányszáma ugyan kisebb lesz, absolut számértékben azonban mégis több magzatot fogunk veszíteni! (l. később) A magánházban végzett fogóműtétek feltűnő alacsony száma azt is jelzi, hogy az elhúzódó szülések jórészét igyekeztek intézetbe küldeni, anélkül, hogy annak műtétes befejezésére otthon rászánták volna magukat; a magas halálozási százalékkal együtt pedig másrészt annak is a jele, hogy a bába rendesen már későn hívott orvost, illetve az későn érkezett a vajudóhoz. Statistikánk ezen különleges szempontjaitól függetlenül azonban az *intézeti fogóműtétek javára csaknem 4%-kal kedvezőbb magzati halálozás könyvelhető el,* ami annál jelentékenyebb szám, mert az intézetekben valószinüleg aránylag sokkal több nehezebb fogóműtét szerepel, szem-

ben az otthoni könnyebb fogókkal. Az intézeti műtét fölényét anyagunk hatalmas számadatai (2537 fogó), melyek válogatás nélkül egy egész ország területére vonatkoznak, s amellett hivatalos és így megbizható adatok, sokkal meggyőzőbben dokumentálják, mint *Winter* (484 fogó) vagy *Siegel* (158 fogó) kimutatása.

V. Táblázat.

A fogóműtétek magzati eredményei.

	Összes fejvégű szülések száma	Fogó-műtétek száma	
Intézeti	57.629	1.728 (2·99%)	Élő magzat 1581 = 91·5%
			Halott magzat 147 = 8.5%
Magánház	184.352	809 (0·4%)	Élő magzat 710 = 87·8%
			Halott magzat 99 = 12·2%
Összesen	241.981	2.537 (1·05%)	Élő magzat 2291 = 90·4%
			Halott magzat 246 = 9·6%

A daraboló műtétek gyakorisága összehasonlításra nem alkalmas, épúgy mint az eklampsia, placenta praevia stb. szövődménycsoportok sem, mert ezek legnagyobb részét intézetben látták el; eredményeikkel pedig az anyai lázas megbetegedések közt együttesen foglalkozunk.

A magzat világrahozatalát célzó összes műtétek (fogó, extractio, lábrafordítás, daraboló műtétek, császármetszés) gyakoriságát az I. tábla szemlélteti. Bár eszerint aránylag csak csekély (0.3%) különbség mutatkozik számszerüleg az intézeti műtétek eredményeinek javára (I. tábla III. és VII. rovat) ez a látszat nem vezethet félre bennünket, ha összevetjük, hogy a magánházban lezajlott szülések közül csak 2.4%-ban, intézetekben viszont 11.6%-ban hozták műtét útján világra a magzatot. Kétségtelenül selectiv módon a nehezebb esetek kerültek az intézetbe s így valóban meglepő, hogy még ennek ellenére is 0.3%-kal jobb az összes intézeti műtétek magzati statisztikája.

A 247,888 magzat szülésére vonatkoztatva a 4.7% összes műtéti frequentiát csekélynek kell mondanunk. Hogy azonban a műtéti javallatok ilyen erős megszigorítása a magzati halálozás concentratiója ellenére, amelyet ez a javallat-szigorítás az illető műtét statistikájában eredményez, végeredményben mégis mennyire redukálja az absolut magzati halálozást, azt is I. táblázatunk adataiból láthatjuk. Ezek szerint ha összeadjuk a spontán született összes magzatok szülési halálozását (a koramagzatokkal együtt 4544; l. I. tábla X. rovat) a műtét utján világrahozott magzatok összes halálozási számával (beleértve a daraboló műtéteket is = 3311; l. I. tábla XII. rovat), a 247,888 magzatra az összes szülési szövődmények beszámításával mindössze 3.1% összes halálozás esik. Ezen adatokkal *igazolva látjuk a magyar szülészeti iskola szigorúan conservativ álláspontját,* amely még a legegyszerűbb fogóműtétet is csak komoly javallat alapján engedi meg.

Az *anya szempontjából* a házi és intézeti szülészet eredményeit összehasonlítani igen nehéz. Az adatok ugyanis e tekintetben sokkal kevésbbé megbizhatók, mert a bejelentések a magángyakorlatban nagyon hiányosak és tévesek, sokszor szándékosan hamisak lehetnek. Különösen a megbetegedés okaként szerepelhet sok hamis adat, ha a megbetegedés nem végződik halállal. Ezért összehasonlítási alapul csak a szülés után bejelentett *sepsis haláleseteket* használhatjuk fel. Összesen 291 ily haláleset szerepel a kimutatásokban (= 0.1%). Ezek közül 106 = 36.4% intézeti és 185 = 63.6% magánháznál lefolyt szülés után következett be. Az intézetben, illetve magánházban lefolyt szülések számához viszonyítva a sepsis százalékos előfordulása nagyjából egyezik. De tekintetbe kell itt vennünk egyrészt azt, hogy intézetekben ötször akkora (11.8%) volt a műtéti gyakoriság, mint magánháznál (2.4%), s a legtöbb súlyos, elhanyagolt lázas esetet intézetbe szállították, így tehát azok az intézetek kimutatásait terhelik; másrészt a magánházban elhalt gyermekágyasok között valószinüleg sok olyan sepsis-halál is fordult elő, amelyet valamely más, nem genitalis kiindulású betegség neve alatt jelentettek be s a boncolás hiánya miatt a valódi halálok rejtve maradt. Ezzel szemben az intézetben elhunytak rendszeresebb boncolása a kórisme és így a bejelentés helyességét biztositja. *Merrel* amerikai szerző szintén csaknem kétszer olyan gyakorinak találta a gyermekágyláz jelentkezését otthon szült nőkön, mint intézetben szülteken.

Azt hisszük, hogy a felhozott adatok — amelyek számát a statistika részletesebb elemzésével szinte korlátlanul lehetne folytatni —, eléggé szembeszökően bizonyitják az intézeti szülés előnyét a magánházzal szemben, úgy az anya, mint a magzat szempontjából. A szülészeti eredmények sok tényezőtől függnek, amelyeknek jórésze kivül áll a szülész személyi képességein. Az otthoni környezet minősége, a külső műtéti feltételek megteremtésének a lehetősége csak kevéssé módosítható a szülész leleményessége által. De a legkedvezőbb magánházi körülmények sem közelíthetik meg a szülőintézet felkészültségét tisztaság, segédlet, eszközök, felszereltség, világítás, altatás, gyógyszerek stb. szempontjából. A legsimábban induló szülésnél a legrendesebb anatomiai feltételek között is mindig keletkezhetnek súlyos szövődmények, amelyek magánházban váratlan és esetleg leküzdhetetlen nehézséget okozhatnak. De nem szabad figyelmen kivül hagyni a szülőintézet nagy *nevelőhatását* sem, különösen az egyszerűbb néposztály asszonyainál, ami az ujszülött gondozása, táplálása, valamint a későbbi terhességek és szülések hygiéniája szempontjából nem csekély jelentőségű. Az egészségügyi és népességpolitikai törekvéseknek tehát minden eszközzel az intézeti szülések lehetőségének minél erélyesebb előmozdítását kell célul kitűznie és ezen lehetőségek kiterjesztésével párhuzamosan az otthoni szülések számát korlátoznia. A kultura fejlődése, ami a nagy városokban a legkifejezettebb, automatikusan is ezen cél felé törekszik. Igy 1933-ban Budapesten 16,362 szülés közül csak 1484 folyt le magánházban, a többi intézetben. Ezzel szemben a debreceni szülészkerület ugyanezen évi 29,435 szülése közül éppen fordított arányban, 27,162 szülés magánházban történt s csak 2273 intézetben. Az intézeti szülések számának előmozdítása céljából nálunk elsősorban vissza kell legsürgősebben állítani az 1898:XI. tc. 3. §-ának liberális rendelkezését, hogy t. i. a nyilvános jellegű gyógyintézetekben minden szülőnő államköltségen ápoltassék a közös osztályon, tekintet nélkül anyagi és személyi körülményeire. Az otthoni szülészetet csupán kényszerhelyzetnek kell tekintenünk, amelylyel meg kell alkudnunk addig, amíg nincs biztosítva a lehetősége annak, hogy minden nő jól felszerelt szakintézetben, az otthoni gondoktól és nehézségektől mentesen szülhessen. Amig pedig ez az ideális állapot elérkezik, addig

arra kell törekednünk, hogy minden otthoni szüléskor jól képzett bába lehessen jelen, aki rendellenesség esetén megfelelő szülész-szakorvost hivhasson segítségül.

Irodalom: 1. *G. Döderlein:* Bayer. Ges. f. Geb. 1932. berruár 7. — 2. *Fahlbusch:* Zeitschr. f. Geb. 105. 45. — 3. *Hints:* Orvosképzés 1932. Tóth különfüzet. — 4. *Helm:* Mon. f. Geb. 97, 3, — 5. *Hirsch:* Zbl. f. Gyn. 1927. 35. — 6. *Kovács:* O. H. 1929. 13. — 7. *Laubenburg:* Zbl. f. Gyn. 1929. 39. — 8. *Merrel:* Am. Journ. 1935. 4, 588. old. — 9. *Nanna:* Deutsche Arztebl. 1934. 2. 127. — 10. *Siegel:* Zbl 1934. 45. — 11. *Szénássy:* Tauffer jelentés. — 12. *Winter:* Zbl. 1934. 16. 1935. 14„

A Tisza István Tud.-Egyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájának közleménye (Igazgató: Benedek László ny. r. tanár.)

A meskalin-mámor hatása a posthypnotikus érzéscsalódásokra.

Irta: *Pap Zoltán dr.* egyet. tanársegéd.

A meskalinnal végzett kisérletek már eddig is igen sok értékes adattal gazdagították a kisérleti elmekórtant. E helyen éppen csak röviden utalok többek munkáira, amelyek a kisérleti meskalin-mérgezés testi és lelki tüneteit sokféle szempontból, különböző feltételek között vizsgálják, sőt részben önkisérletek alapján elemzik. Annyi bizonyos, hogy a meskalin kiválóan alkalmasnak bizonyult mesterséges elmezavar előidézésére, sokkal inkább, mint — a hasist kivéve — az összes többi bódítószereink és mérgeink, amik hatásukat a központi idegrendszerre fejtik ki. Előnye az, hogy 1. jól adagolható, 2. kisebb mennyiségben teljesen veszélytelen, 3. nem tekintve a bevezető tüneteket kisérő hányingert, hányást és általános rossz közérzetet, nem okoz tartósabb subjectiv kellemetlenségeket, 4. hatása pár óra alatt megszűnik, 5. a kisérlet többszöri megismétlése sem ártalmas. Becsét növeli még az a tulajdonsága, hogy bár megváltoztatja az érzékszervek működését, a legkülönbözőbb fokban és minőségben eltorzítja a szemléleti világképet, érzékcsalódásokat idéz elő, sőt olykor még magát a személyiségtudatot sem hagyja érintetlenül, mindamellett nem zavarja a kritikai belátást, sőt bizonyosfokú készséget teremt az elemző önmegfigyelésre. Ismeretes, hogy már *Kraepelin* kivánatosnak tartotta a kóros elmejelenségek kisérleti vizsgálatát. A meskalinnak itt jellemzett hatásmódja lehetővé teszi, hogy a kisérleti egyén, de méginkább az önkisérletet végző elmebúvár a közvetlen átélés elevenségével ragadja meg a kóros elmetüneményeket, azoknak subjectiv minőségéről, a tudatban tükröződésük sajátos természetéről és a személyiség központi magvához, az „én"-hez való viszonyáról beszámolhasson. Módot nyujt tehát arra, hogy a kisérleti feltételek tervszerű változtatása mellett követni tudjuk a kóros lelki jelenségek keletkezését, kibontakozását és megszünését s mindezt olyan szemléletbe foglalva, ami a psychopathologiai észlelés extrospectiv természete miatt általában nem valósitható meg.

A következő kisérletben a meskalin bódulatot posthypnotikus hallucinatiókkal kapcsoltuk egybe. Vezető elgondolásunk ez volt: milyen változást szenvednek a posthypnotikus érzékcsalódások tartalomban, élénkségben, belső tagoltságban, ha meghatározott jelekhez kapcsolva akkor hívjuk elő őket, amikor a meskalin-psychosis tünetei a legkifejezettebbek s a szemléleti változások leginkább előtérben állnak? Egybeolvadnak-e a kétfajta érzékcsalódás elemei, vagy megőrzik jelenségtani különállásukat? Az utóbbi esetben különbséget tud-e tenni a kisérleti egyén a kétfajta hallucinatio között azoknak szemléleti minősége és subjectiv megjelenése alapján, vagy nem? Egyáltalán felidézhetők-e posthypnotikus érzékcsalódások olyan lelki állapotban, amikor egy exogen toxikus ártalom hatására nagy tömegben lepik el a tudatot kóros elemtartalmak?

Kisérletünk céljára olyan teljesen egészséges lelkű egyént (27 éves nőt) választottunk ki, aki már korábban is többször volt hypnotizálva és posthypnotikus érzékcsalódások előidézésére alkalmasnak bizonyult. A meskalin-adag befecskendezése előtt hypnotizáljuk s mindjárt az első percben mély somnambul állapotot idézünk elő. Ezután a kisérleti feltételeket 5 csoportba különítve a következő posthypnotikus sugalatokat adjuk:

I. A felébredés után ha 1 erős csengetést hall, hirtelen azt veszi észre, hogy a bútorok eltünnek és semmit sem fog látni a szobaberendezéséből. Ehelyett azonban egy nagyszerű színpompás táj képe bontakozik majd ki előtte: zöld erdőt és virágos mezőt fog látni, amelyen patak csörgedez keresztül. A szinek élénkek, változatosak, a tájkép vonalai és alakjai éles rajzúak, valószerűek lesznek. Ha 2 csengetést hall, mindezek a látomások hirtelen megszünnek.

II. Amikor tapsot hall, egy hangversenytermet fog látni maga előtt, melyben egy nagy zenekar a „Krasznahorka büszke vára" kezdetű dalt játssza. A zene megragadóan szép és szomorú lesz. Annyira meghatódik, hogy mélységes bánat szállja meg és nem tud ellenállni a sirási késztetésnek. Könnyei megerednek és hangosan zokogni kezd. Amikor azonban egy ujjcsettintést hall, a zene hirtelen a „Rákóczi induló"-t kezdi játszani. Hangulata azonnal megváltozik, lelkesedik, vidám és jókedvű lesz, majd nevetésre fakad. Ha kettőt tapsolok, mindezek a látási és hallási jelenségek azonnal megszünnek.

III. Egy üveget tartok az orra alá és akkor rendkivül kellemetlen szagot fog érezni, de ugyanakkor undorító ízérzet is jelentkezik. Valahányszor megszagolja az üveget, mindannyiszor érezni fogja az elviselhetetlen ízt és szagot.

IV. Ha egyet fütyölök, egész testében melegség, majd forróság árad szét. Lassan egész teste felhevül, arca kipirul s torkában szárazságot érez. Homloka és tenyere verejtékezni kezd. A melegség folyton fokozódik, verejtékezése mindig erősebbé válik. Ha két füttyentést hall, a forróságérzés azonnal megszünik.

V. Ha az asztalon egyszer erősen kopogtatok, azt veszi észre, hogy környezetében minden megváltozik. Az összes tárgyaknak és a jelenlevő embereknek alakja, nagysága, mérete megváltozik, minden eltorzul, átalakul. A távolsági viszonyok is megváltoznak. Az egyes dolgokat felismeri ugyan, de minden idegenszerűnek, különösnek tetszik. Ha ismételt kopogtatást hall, mindezek a látomások elmulnak.

A kisérleti feltételek és a posthypnotikus suggestiók tartalmának megválogatásában az a szempont vezetett, hogy lehetőleg az összes érzékszervi területek bevonassanak a hallucinatiók körébe, sőt a positiv érzékcsalódásokon kivül tekintettel voltunk a negativ érzékcsalódásokra, különböző organ-sensatiókra, valamint a vegetativ reflexek és a hangulati élet befolyásolására is. A suggestiós parancsok lehetőleg pontos megjegyeztetésére a fenti szöveget teljesen azonos formában egymásután többször felolvastuk.

15 ó. 35 p.-kor 0.35 gr. *mescalin sulfuricumot* (Merck) adunk intramusculárisan. Az érverés közepesen telt, percenkint 94.

16 órakor émelygés, torokszárazság, bágyadtság, álmosság, kellemes közérzet. Valamivel később sürü, szívós nyálzás indul meg. A garatban és a légcsőben hidegséget, „menthol-érzést" jelez.

16 ó. 7 p.-kor belső nyugtalanság, izgatottan fel-alá járkál. Repülésérzés: „olyan könnyűnek, súlytalannak érzem magam, talán repültem is én most"? Hangulata hullámzik: „néha olyan szomorú vagyok, a következő pillanatban meg jó kedvem van".

16.12 óra. Színlátások: a villanyégőt piros, kék, lila, szürkéslila színben látja. Az alakja is folyton változik, hol összezsugorodik, hol kiterjed. „Olyan furcsa az egész helyiség is, minha jönnének ösze a falak, most meg mintha összelapulna a terem". Behúnyt szemmel kaleidoskopszerűleg változó entoptikus jelenségeket, sokszínű és alakú arabeszkeket, köröket lát.

16.18 óra. Taps: „Tele van minden színnel, mindenünnen jönnek az arabeszkek, olyan furcsa minden, olyan lila, mint a fátyol. Szép rajzokat látok, ezeket nem is lehetne lerajzolni. Erdőt is látok, úgy mennek össze-vissza a fák, olyan zavaros minden". Arckifejezése hirtelen megváltozik, elszomorodik, sírni kezd: „jaj olyan fekete lett minden, biztosan valaki meghalt, vagy valami gyász lesz, olyan szomorút hallok, olyan fekete hangja van. Fekete subás emberek mozognak előttem, jaj csak levetnék azt a fekete subát". Folyton sír, könnyezik, végül zokogni kezd: „ez a Kisasznahorka büszke vára, miért ezt a szomorút játszák, miért nincs semmi szín, csak feketét látok".

16.22 óra. Ujjcsettintés: csodálkozó arckifejezéssel figyel, aztán leül: „Ez a Rákóczi induló. Nem hallom tisztán, mert itt mozog előttem valami. Itt vagyunk a hangverseny teremben. Táncolnak a fekete subás emberek. Én nem táncolok, hisz indulóra nem lehet táncolni". Az arca mindinkább vidamul, majd nevetve így szól: *„olyan színes lett minden, színes körök mozognak előttem. Most a zene olyan vöröslilás színű lett, most meg már tűzpirossá vált minden, de magát a zenét látom pirosnak, azt a hangulatot, amit kelt. A hangok ezüstös ragyogásban jönek felém".*

16.30 óra. Kettős tapsolás. A látási és hallási érzékcsalódások pár pillanatra megszünnek. Majd határozottan mániás színezetű hangulatemelkedés kezd kifejlődni, mozgási nyugtalanság, bőbeszédűség, nevető vidámság, pajkos, élcelődő magatartás. Mindent megnyúltnak, keskenyebbnek lát, magát is magasabbnak érzi. *Gramofonon* a „Donna Mia" című hanglemezt szólaltatjuk meg. Erre ismét szín- és fényjelenségekről számol be: „Óh, jönnek ismét a színek. Piros, kék, lila, sárga színű fény lobog előttem, közben mintha színes füst szállongana'. A gramofonzene megszüntével minden fekete, acélszürke lesz, pár pillanatig csak sötét foltokat és karikákat lát.

15.43 óra. Egy csengetés, Azonnal felfigyel, csodálkozó, ijedt, némileg tanácstalan tekintettel néz körül. Kezeit tördelve, kétségbeesve beszél: „jaj most nem tudom mit kell tennem, minden olyan szürke lett megint, valamit kellene csinálnom. A padok, szekrények, bútorok itt vannak. Valami van a fejemben, ami meg fog engem fojtani, ha nem tudom megcsinálni. De mit kell nekem tennem, ha csengetést hallok?' *Két csengetés.* Idegesen felugrik, nyugtalanul jár-kél: „olyan mint az ördög azzal a csengetéssel, nem tudom mit tegyek. Ismét belezuhantam ebbe a sötétségbe, megörülök, ha még egyszer ezt a sötétséget idehozza".

16.50 óra. Vízzel telt *üveget szagoltatunk* vele. Az arca abban a pilanatban eltorzul, az émelygés, az undor kifejezését öltve. Igen erős hányinger, öklendezés, majd köhögés kinozza percekig, miközben arca kipirul, szeme kötőhártyája belövelttélesz az erőlködéstől. Folyton köpköd, szájából bő, hig nyál ürül. Ha az üveggel feléje közeledünk ijedten menekül és dühösen veszekszik: „ne bántson engem azzal a büdösséggel, szinte marja a torkom, még a gyomromban is érzem. Elkergeti az összes szineimet, most megint ezek a csúnya szürke, fekete szinek jönnek".

17 óra. Sipolás. Nyugtalan lesz, kétségbeesve siránkozik, a földre veti magát: „Jaj Istenem már megint mit kell csinálnom; miért nem segit rajtam, most is látom a szemét, de nem mondja meg, hogy mit tegyek; csak a szemét vigye innen". Csakhamar megnyugszik, azonban forróságról kezd panaszkodni. „Majd megsülök olyan melegem van, talán le kellene vetnem mindent; a szeméből jön a meleg, egészen megduzzadt a kezem, vegyünk le mindent, hisz borzasztó meleg van; miért nem hoz egy kis hideg vizet? Itt ülök ebben a forró szaharai homokban, egészen benne vagyok; olyan szépen peregnek a homokszemek, mindenütt forró sárga homok. De jönnek megint a szinek, minden sárgában és vörösben villódzik". Az arca kipirul, a felhevülésnek kétségtelen jelei mutatkoznak, a tenyerén fokozott verejtékezés mutatkozik. Ismételten követeli a hideg vizet, mohón kap utánna és az egész pohárral kiissza.

17.7 óra. Két sipolás. Az egész állapotkép megváltozik, Mániás hangulat, bőbeszédűség jelentkezik. „Csak ne kellene mindig nevetni, mert még azt hiszik, hogy bolond vagyok. Az előbb még bent voltunk a sivatagban, a forró homokban, de most érzem a nagy ürt, a semmiséget, szinekben és rajzokban. El tudja-e ezt maga képzelni? Ez olyan összhang,, amit nem lehet elbeszélni. Úgy reszketenek a tagjaim s olyan csodálatos lila és zöld színü ez a reszketés".

17.20 óra. Gramofonzenét (tangó) szólaltatunk meg. Erre annak a posthypnotikus suggestiónak egyes elemei váltak hatékonyakká, amelyek az I. pontba foglalt feltételekhez voltak kötve, de korábban a megfelelő jelre nem idéztek elő hallucinatiókat. „Itt van az erdő, a zöld mező, éppen olyan, mint egy dunántúli tájék. Ezt már láttam valamikor, vagy csak kellett volna látnom? Jönnek a színek, szép zöld színek. Egy folyó is van itt. A szín az Isten és a szín annyi rajzolatban van előttem".

17.3z óra. Kopogtatás az asztalon. Ijedt tekintettel néz a kisérletet vezető tanársegédre: „Már meg ez a kopogtatás, miért kopog már megint? Mondja meg mit kell tennem, mert én beleőrülök ebbe. Csak maga tud rajtam segíteni, csak egy szót szóljon és eszembe jut. Olyan nyomás van az agyamon úgy érzem, minden tagom külön válik tőlem. Tudom, hogy ezt a nagy feszültséget nem az injectio csinálja, csak szünne meg már ez a nagy lelki tusa". Úgy érzi, hogy a talaj mozog a lába alatt, mintha földrengés lenne. Ujból szineket lát. Arra kér, hogy ha majd megint rendes lesz, engedjük újra látni ezeket a gyönyörü színeket: *„minden szín, én magam is szín vagyok, a lelkem minden rezdülése szín és rajz. Fogja meg a kezemet, mert semmivé válok, szétfoszlok a semmibe. Ne húzza el a kezét. Érzem az izomfeszülést, de annak is színe van és rajzolata".*

17.55 óra. Ismételt kopogtatás. Sírni kezd, „Sikoltani fogok, ha mégegyszer kopogtat. Olyan sötét lett hirtelen, olyan fúrcsa nehéz az agyam. Mindezt annak a rettenetes dolognak köszönhetem, hogy valamit nem tettem meg. Állandó nyugtalanság van bennem, érzem, hogy elmulasztottam valamit, aminek a középpontjában ott van a tanársegéd úr, azért látom mindig a szemét. Azzal a kopogtatással szétkergette a szineimet, kicsi színeim, ti megszabadítjátok a fejemet ettől a nyomástól".

18 óra. Nagyfokú fényérzékenységről panaszkodik. Nem tud ránézni a fehér köpenyegre, mert vakítja a szemét. Amidön vizsgálni akarjuk a pupillák fényreakcióját ijedten menekül: „miért akar meggyilkolni ezzel az irtózatos reális fénnyel". Általában minden iránt érzékenyebb. Nem birja hallani a saját nevétő „ne mond nekem, hogy Piroska, hanem valahogy máskép; olyan csunya, kiállhatatlan ez a név; minden névnek szine van s most mindnyájan olyan légiesek, olyan aetheriek vagyunk". A füléhez tartott bugó hangvillát nem birja elviselni, annyira durvának, sértően kellemetlennek találja a hangját. A homlokára helyezve még fokozódik ez a kellemetlen érzés: „most olyan haragos acélszürke szine van a hangvilla búgásának, olyan gyászosan phosphoreskál az agyamban minden". Gramofonon modern tánc-zenét szólaltatunk meg. Könyörög, hogy hagyjuk abba, mert elviselhetetlen szenvedést okoz a hallása. Minden erősebb hangra azonnal befogja a fülét. A szemgolyóira gyakorolt legkisebb nyomás iránt is rendkívüli érzékenységet tanusít. Hangosan sikolt, arcán rémület tükröződik, sőt egyizben össze is esik. Még a rágondolás is szorongást vált ki benne. Ezt az érzést úgy jellemzi, hogy a szemgolyók megnyomása valami borzasztó sötétséget, fekete ürt idéz elébe, amit lát is maga előtt és érzi, hogy ebbe a fekete ürbe belezuhan, elmerül, megsemmisül. Ez az élmény örjítő, kétségbeejtő indulatot kelt. Érverése, ami egyébként az egész meskalin hatás alatt 60—65 között változik percenként, hirtelen 85—90-re szökik fel.

18.15 óra. Kisérletet teszünk, hogy a meskalin bódulat közben hypnosisba hozzuk. Kitartó propálkozás ellenére még csak somnolentiát sem sikerül előidézni, de a befolyásoltság jelei mégis mutatkoznak, mert sokkal csendesebb lesz. Mondja is, hogy „most valami rettenetes nyomás alól szabadult fel az agyam". „Most csak a centrális látópontommal látok, mindenünnen jönnek a maga szemei felém és fel akarnak engem világosítani". Amint észreveszi, hogy az órát figyeljük, megszólal: *„minek nézik az órát, hisz úgy sincs idő; nekem úgy tünik fel mindez, mint a végtelenség; úgy érzem, mintha ezer éve élnék, öröktől fogva és örökké".*

18.45 óra. Jelezi, hogy az érzékcsalódások fokozatosan megszünnek Mindig kevesebb számban, ritkábban és nem olyan szinesen mutatkoznak. A megfigyelést befejezzük.

Rendkivül érdekes és tanulságos a kisérleti egyén állásfoglalása a meskalinbódulat közben átélt élményekkel szemben. A kisérlet után 24 óra mulva felszólítottuk, hogy időrendi egymásutánban, a meskalin hatásának kezdetétől a kisérlet befejezéséig pontosan adjon elő mindent, amire csak vissza tud emlékezni. Erre elbeszélte, hogy a meskalinoldat befecskendezése után még kb. félóra múlt el, amíg az első kellemetlen tünetek jelentkeztek. Azután eleinte szórványosan, később mindig nagyobb tömegben és fokozódó élénkséggel különféle színlátások kezdtek mutatkozni, minden elképzelhető változatban és árnyalatban, de mindig symmetrikus elrendeződésben. Behunyt szemmel sokkal élénkebbek, teltebbek voltak. Ilyenkor mintegy maga előtt lebegő nagy korongon látta feltünni a színeket, ami azonban nem volt sima felületű, hanem hullámvonalak, domborulatok látszottak rajta. Nyitott szemmel jól látta a bútorokat, a közelében lévő személyeket és tárgyakat is. Ezekre a szinek vagy rávetődtek, vagy a térben szabadon lebegve tüntek fel. Általában a színek érzelmi hatása rendkivül kellemes volt. Valami megtisztultságot, megnemesedést, megkönnyebbülést érzett általuk, mintha „Istenhez is közelebb jutott volna." A hangulata folyton hullámzott: hol módfelett vidám volt, hol nagyon elszomorodott, de minden hangulatnak meg volt a maga jellegzetes szine. Ez a sajátos színjellegzetesség az egész idő alatt változatlan maradt. A jókedvet, a vidám hangulatot rendszerint az élénkebb és világos szinek, az ezüstös fehér, sárga, tűzpiros, lila kisérték, míg lehangolt kedélyállapotban az acélkéknek, a szürkének, a feketének különböző árnyalatai, tehát mindig komor, hideg, sötét színek uralkodtak. Úgy érezte, hogy minden létező valóság színekből áll, hogy *„mindennek lényege a szín és minden dolgot színekből meg lehet rajzolni, vagy festeni.* Igy nem csak a környezetében lévő tárgyak és személyek jelentettek bizonyos színképet, de színe volt a hangnak és a mozgásnak, az izmok megfeszülésének, a szívműködésnek, sőt a gondolatnak is. A jóság, a szépség és egyéb érzelmek különböző színekben jelentek meg. A kellemes érzelmek élénk, világos, a kellemetlenek sötét, zord színekben tüntek fel.

A látási jelenségek között igen gyakran szerepeltek szebbnél-szebb rajzolatok, mértani alakzatok, finomvonalú ékítmények. Behunyt szemmel, azaz entoptikusan a sötét látótérben éppúgy látta őket, mint nyitott szemmel a szabad térben lebegve. Mind a két esetben egy kb. 35—50 cm átmérőjű kör területén jelentkeztek, mindig csodálatosan szépek, leheletfinomak és részarányosak voltak. A kaleidoskop képeihez hasonlóan folyton változtak, megújultak, hihetetlen alaki változatban követték egymást, de részarányosságukat mindig megőrizték. Ha ellenben valami kellemetlen benyomás, erősebb zaj, nyugtalanitó fényinger érte, vagy a hangulata nyomottá lett, akkor a finom rajzolatok azonnal összezavarodtak.

Minden érzékszerve érzékenyebbé vált. A hanglemezek közül egynek a zenéje kellemesen hatott, mert úgy érezte, hogy az ütemmel, dallammal van tele. Egynek a hatása közömbös volt, ellenben az utolsó tánczene szinte fájdalmas és elviselhetetlen érzéseket keltett. Zürzavarosak, durvák, bántóan élesek voltak a hangok; valami olyan borzongós, fájós, kellemetlen érzés rohanta meg, mintha „homokszemek csikorogtak volna a fogai között." A szék karfájára helyezett hangvilla búgása az egész testében visszhangzott.

A saját alakját olykor megnőttnek, kiterjedtebbnek érezte, de ugyanekkor lelkileg is valamiképen felemelkedett, mintha mindenkinek föléje került volna. Az ezt követő megkissebbedési érzés nem annyira a test méreteire vonatkozott, mint inkább lelkileg érezte magát silányabbnak, eltörpültnek, végtelenül szerencsétlennek. Többizben könnyebbnek, szinte súlytalannak érezte a testét. Az volt az élménye, hogy *„füstté válik és szétoszlik a mindenségben."* Eközben látta ugyan a testét, de annak nem volt súlya. Átélte, hogy repül és többet van a levegőben, mint a földön. Ez az absolut súlytalanságérzés rendkivül kellemes volt.

Látása sokszor bántóan éles volt. A jelenlévők arcát rendkivül élesen, minden apró részletet külön érzékelve látta. Az arcnak minden apró ránca, izma, pórusai, szőrszála külön látszott élni, mintha a sejtek élete és a vér mozgása is láthatóvá lett volna.

A legfeltünőbb az volt, hogy amíg a meskalin okozta élményekre részletes elvenséggel emlékszik, addig a posthypnotikus érzékcsalódásokról és a velük összefüggő körülményekről egyetlen szóval sem tesz említést. Gondos utánvizsgálás kiderítette, hogy az utóbb jelzett élményekre *teljesen amnesiás.* Semmit sem tud arról, miért volt tizáltuk. Arra még emlékezett, hogy egyszer vizet kért és azt mohón megitta, de sejtelme sincs arról, miért volt olyan szomjas. Lassan derengeni kezdett előtte, hogy időnként megszólalt a csengő, fütyöltek, kopogtak, de még most is valami érthetetlen, megmagyarázhatatlan dolog sejtésével gondol ezekre a jelekre. Ezek a hangok igen kellemetlenek voltak. Érezte, hogy valamit tennie kellene, valaminek a fejéből ki kellene jönni. A kopogásra feszülést, nyomást érzett az agyában, mintha kalapáltak volna a fülében. Miután megbizonyosodtunk afelől, hogy a posthypnotikus amnesiáról van szó, megpróbáltuk az emlékezethiányt suggestióval megszüntetni.

A hypnózisból felébredve, azonnal beszélni kezd. Eszébejut, hogy a tapsolás után (II. csoport) egyszerre lehangolt lett. Egy nagyon szomorú dalt hallott, de eleinte nem tudta kivenni, micsoda. Csak amikor tárogató hangot hallott, akkor ismert rá a Krasznahorka büszke vára c. dalra. Nagy szomorúság szállta meg, nem tudott ellenállni a sírásnak. Minden fekete lett előtte. Látta a hangversenytermet, ami nagyon hasonlított a helybeli Bika-szálló nagytermához. Csak azon csodálkozott, hogyan kerül oda a falitábla? Ettől kezdve a tanterem és zeneterem képe keveredett egymással: mind a kettőt egyszerre látta. Az ujjcsettintésre eleinte halkan, nagyon messziről, aztán folyton erősebben hallotta a Rákóczi-indulót. Erre vidámabb lett, minden élénk színekben kezdett ragyogni.

A legkellemetlenebb érzést az üveg megszagolása (III. csoport) váltotta ki. Undorító dögbűzt érzett, de ugyanakkor „mintha nyelte volna is ezt a szagot, a nyál összefutott a szájában."

Nem emlékszik pontosan, hogy a melegségérzést (IV. csoport) mi keltette, az ellenben világos előtte, hogy szaharai homoksivatagot látott, égető forróság öntötte el, kezei megduzzadtak, verejtékezett és rendkivül szomjas volt. Körülötte nagy tömegben hullottak a sárga homokszemek, de még ezek is részarányos elrendeződést öltöttek: felül voltak a legkisebbek, alul a legnagyobbak s valamennyi egyenlő távolságban volt egymástól. A sárga szín igen élénk volt, szinte ráfolyt a testére s őt magát is egészen elborította.

Visszaemlékszik még arra is, hogy egyszer a terem falai és butorai eltüntek (I. csoport) és egy tájkép jelent meg, ami a Dunántúlra emlékeztette. Ez erdőnek látszott ugyan, de mégsem volt erdő, mert mindent szinekben élt át; a fák törzsei, levelei mind színek voltak, amelyeken keresztül ragyogott a napfény. A jelre nem emlékszik.

Az V. csoportba tartozó sugallatok teljesen kiestek az emlékezetéből. Előadja azonban, hogy amikor a csengetést és kopogást hallotta, tehát azokat a jeleket, amelyekre egyáltalában nem, vagy csak részben és hiányosan

következtek be a hozzájuk fűzött posthypnotikus érzékcsalódások, akár merre nézett, mindenütt a szemeimet látta. Ez a jelenség nem volt új számára, mert máskor is valahányszor hypnotizáltam az elalvást megelőző pillanatokban ugyanígy látta a szemeimet maga előtt megnőve, fokozatosan távolodva, egybefolyva, amíg végül csak egyetlen nagy szem lebegett előtte. A jelek hallatára ez a látvány mindig megismétlődött, de ha a megfelelő hallucinatió nem társult hozzá, akkor azt érezte, hogy „ebben a szemben harag van". Ezt a saját szavaival így jellemzi: „A meskalin-mámorban is mindig éreztem, hogy a szemek látása által valamiképen kapcsolatban vagyok a tanársegéd úrral és ha akarna, hát sejthetne rajtam. Ez olyankor volt, amikor félelem fogott el és nagy nyomás volt az agyamon. Az volt az érzésem, hogy a meskalin valamit megakadályoz, vagy elfojt bennem".

Összefoglalva az eredményeket megállapíthatjuk, hogy a posthypnotikus sugallatok igen mélyrehatóan avatkoztak bele a meskalinmámor okozta lelki történésekbe. A kétfajta lelki jelenségnek egymásra hatása azonban kölcsönös. A II., III. és IV. csoportba foglalt feltételekhez kötött sugallatok teljes mértékben érvényesültek és adott jelekre felidézték a megfelelő posthypnotikus hallucinatiókat. Az I. csoportba tartozó érzékcsalódások részben hiányosan váltódtak ki, részben nem a megfelelő jelhez kapcsolódtak. Az V. csoportba tartozó sugallatok egészen hatástalanok maradtak. Ezt a sikertelenséget azonban nem magyarázhatjuk a meskalinnak valamilyen gátló és a suggestiók érvényesülését akadályozó hatásával, mert ennek a befolyásnak a többi esetben is mutatkoznia kellett volna. Sokkal valószínűbb, hogy itt a suggerált tartalmak megjegyzésének hiányával kell számolnunk. Ezt a magyarázatot az is valószínűvé teszi, hogy a megfelelő emlékképeket nem csak posthypnotikusan, de a kisérleti egyént harmadszor is elaltatva, hypnosis közben sem sikerült felelevenítenünk. Az I. csoportba tartozó suggestiók érvényesülésében mutatkozott zavarnak valószínüleg az a magyarázata, hogy a hivójel és a sugalmazott tartalmak között nem keletkezett eléggé szilárd képzet-kapcsolat. Mindezek olyan lehetőségek, amelyek a fentiekhez hasonló sok feltételhez kötött s egyébként is eltérő tartalmakban gazdag sugalatok posthypnotikus érvényesülésében meskalin bódulat nélkül is előfordulhatnak. *Határozottan állithatjuk tehát azt, hogy ha a sugalmazott taralmak kellőleg mély emléknyomokat hagynak vissza, ha nem túságosan bonyolultak, ha a hivójellel eléggé szilárd képzet-kapcsolatot alkotnak, akkor a posthypnotikus érzékcsalódások akkor is felidézhetők, ha a tudatot a meskalin okozta kóros lelki tartalmak tartják megszállva.* Sikerült kiváltanunk negativ és positiv hallucinatiókat az összes érzékszervek területén, de éppoly könnyen lehetett befolyásolni a kedélyi életet is a hangulatemelkedés és a lehangoltság irányában, valamint egyes vegetativ reflexeket is. Az erek kitágulása, nagyfelületű bőr kipirulás, a verejték-, nyál- és könnymirigyek váladéktermelésének fokozódása, az émelygés, a hányási és köhögési inger pontosan a sugalatok tartalmának megfelelőleg következett be.

A meskalin-mámor lelki megnyilánulásait a posthypnotikus suglatok kétféleképen módosították. *Egyfelől a meskalin okozta megváltozott szemléleti világképbe sikerült beleszőnünk olyan érzékcsalódásokat, amelyeknek tartalmát és feltételeit suggestiós módon előre meghatároztuk.* Másfelől azokban az esetekben, amelyekben a várt posthypnotikus hallutinatiók nem következtek be a feltételeknek megfelelően, mégis *a meghatározott hívójelre a meskalin-mámor lelki eseményeinek sorozata megszakadt, az egész lelki színtér pár percre átalakult és a tudatot igen élénk szorongási és rapport-élmények töltötték be.* Mind a kettő azt igazolja, hogy a suggestiók positiv és negativ értelemben befolyásolni tudják a meskalinnak a szemléleti változásokra és a képzetek termelődésére gyakorolt hatását.

Kétségtelen azonban, hogy a posthypnotikus érzékcsalódások is gyakran szenvedtek módosulást a meskalinmámor kölcsönhatása alatt. Színezetben nem egyszer élénkebbek lettek, tartalmukban symbolikus és synaesthesiás elemekkel bővültek ki. A meskalin teremtette készség a synaesthesiára nem csak a posthypnotikus hallucinatiókat, hanem az őket kisérő hangulatokat is jellemző, élénk színlátásokkal kapcsolta össze. Szép példa erre a forróságérzés suggestiója, amely az igen élénk sárga színlátáson kivül, mindjárt a szaharai sivatag képét is felidézi. Vidám zene hallatára nemcsak a hangulat válik emelkedetté, hanem ragyogó színlátások is jelentkeznek, sőt még a feketesubás alakok is táncra kerekednek. *Általában a hallucinatiók beolvadtak a meskalin hatása alatt támadt megváltozott szemléleti világképbe és a kisérleti egyénre az átélés pillanatában egységes benymást tettek:* a kétfajta szemléleti változást a subjectiv megjelenésük és minőségük alapján nem tudta egymástól elkülöníteni. Az elkülönítés csak később vált lehetségessé, amikor az amnesziával fedett érzékcsalódások emlékképeit utólag hypnosisban újra felelevenítettük.

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

Hólyagos üszög a 6. évtizedben

Irta: *Hollósi Károly dr.*

A hólyagos üszög okának felderítése állandó tárgya a szövettani és a kisérleti kutatásnak. Sokan a legkülönfélébb szöveti elváltozással magyarázzák az üszög keletkezését, azonban teljesen elfogadható választ egyik sem ad, ami azután megmagyarázza a theoriák nagy számát. Az elméletek két részre oszlanak. Az egyik az anyai szövet elváltozásaiban véli az okot megtalálni, a másik viszont a pete megbetegedésében. Nincs megoldva a kérdés, vajjon az anyai vagy a magzati szervezet játssza-e az oki szerepet, avagy nincs-e molaképző ondószálcsa *(Günther)*. *Fränkel*nek az a véleménye, hogy a pete, illetve petemellékrészek elfajulásával álunk szemben, amit a sárgatest fokozott működése hozna létre. *Pick* ellentétes nézeten van: az okot a corpus luteum hypofuntiójában látja. *Marchand* szerint a keringési zavarok kiváltotta boholyhám-elfajulás az ok. *Durante* hangsúlyozza, hogy elsőleges zavarként a magzati, helyesebben a lepényi hajszálerek sérülését kell elfogadnunk (boholyadenoma), amit szerinte az anyai mérgező anyagok idéznek elő. *Virchow* felfogása az, hogy a bolyhok myxomás elváltozásáról van szó. *Hinselmann* az okot a vérerek fejlődési zavarában keresi. A szövettani vizsgálatok sem tudták az okát felderíteni. *Neumann* a molákat a szövettani kép alapján osztályozza. A keletkezést illetőleg élettani kísérletek is folytak. Ezek közül említésreméltó *Aichel-é*, aki állatokban a lepény elroncsolásával hólyagos üszögöt tudott létrehozni.

A petefészekben jellegzetes elváltozások, corpus luteum cysták találhatók hólyagos üszög esetén, amit *Pick, Runge* és *Stöckel* „degeneratio polycystica lutealis"-nak nevezneK. Az üszögterhességgel kapcsolatos létrejöttük másodlagos *(Penkert, Szathmáry)*. A sárgatest-tömlők nagysága változó, rendszerint kétoldaliak s jellemző a belfelületükön is fellelhető lutein-sejtréteg. *Cottaborda* vizsgálatai

kimutatták, hogy a tömlős elfajulás hólyagos üszögben 59%-ban, chorionepithelioma esetében pedig 9.4%-ban megtalálható.

A hólyagos üszög makroskópos képe jellemző: kis nyélen függő, szőlőfürtszerű képletek, amelyek gyermekfőnyi tömeget is alkothatnak. A górcsövi kép: vizenyősen duzzadt boholyszövet, tetemesen felszaporodott hámsejtek, többsoros Langhans-sejtréteg, szabálytalan syncytiumsejtek.

1. ábra.

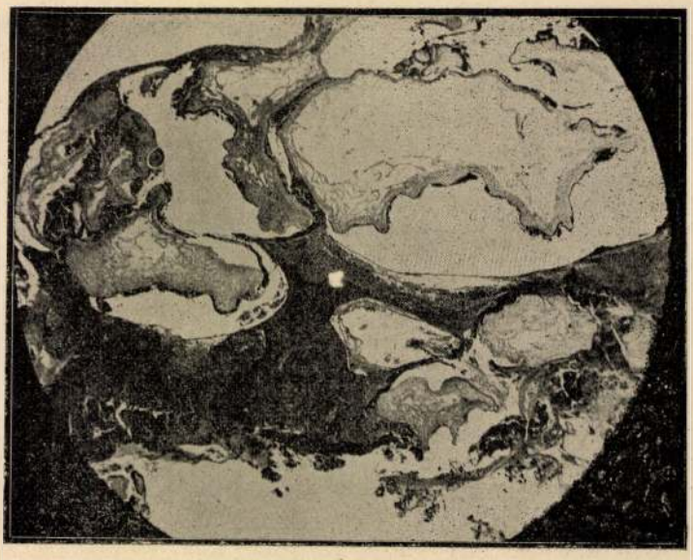
Minden korban előfordul. *Szathmáry* saját és *Essen-Möller* adatai alapján 1347 szülésre számít 1 üszögterhességet, míg *Mayer* 650—700 szülésre. *Galabin* és *Stevens* szerint az arány 1:2.000-re; *Birnbaum* 1:2—3.000-ben állapítja meg az előfordulás lehetőségét; *Kropiwniczky* viszont 1:869-ben. *Bock* és *Molitor* hólyagos üszögöt észleltek 9 éves leányban. *Essen-Möller* az általa észlelt esetek 44%-ában a 40 éven felüli többször szülőkben találta. *Remmelts* 44 üszögös betege közül 10 volt 40 évesnél idősebb és 1 volt ötven éven felül; 8 esetben a terhességet kimutatni nem tudta, szintén idősebb, többször szülőkben találta e megbetegedést 20-19-15-ször szülőknél egyizben, kétizben 12-szer, s háromizben 11-szer szülőnél). *Schweitzer* is a lipcsei női klinika anyagában többször szülőkön látta gyakrabban előfordulni (82%). *Stoppel* 1913-ig az irodalomból öt 50 éven felüli hólyagos üszögöt gyüjtött össze. *Walther* 1918-ban 54 éves asszonyban előfordultról számol be. *Hitschmann* szerint a német irodalomban legalább húsz 50 éven felüli esetet közöltek, s ebből a legidősebb 55 éves. A hólyagos üszög — ezen adatok alapján — viszonylagosan a 40—50 év között levő többször szült nőkben fordul elő leggyakrabban, s az ezen felüli esetek, mint aminő a mienk is, ritkán kerülnek észlelésre.

Esetünk: Az 54 éves asszonyt orvosa rosszindulatú daganat kórismézével küldi mütétre (1924 május). Első havibaj 13 éves korában, 28 naponként ismétlödött, közepes vérzéssel 4—5 napig tartott. 16 éves korában ment férjhez. Tizenötször szült. Utolsó szülése 44 é. korában ikerszülés volt. Havibaja ezután többé nem jelentkezett. 1924 januárjában vérezgetni kezdett, azóta állandóan pecsételő jellegü vérzése van. Innen a gyanú rosszindulatú daganatra.

Jelen állapot: Jól táplált, ép mellkasi szervek. *Belső vizsálat:* régi gátrepedés hege, tág hüvely, ujjhegyet befogadó külső méhszáj. Kb. magzatfőnyi méh, puha tapintatú, rendes helyzetben. Szabad környezet. *Tükörkép:* méhszáj körül erosio, szines folyás. Vizelet rendes. *Kórisme:* erosio portionis uteri, methropathia suspecta, myoma uteri submucosum (?), carcinoma corporis uteri (?). A felvétele utáni nap hirtelen nagy vérzés indul meg és 2 maréknyi üszög távozik. (1. ábra.) Mivel a vérzés nem szünik, a méhet ujjal kitakarítjuk. Méhüri öblítés, méhösszehúzó szerek. Kivérzett állapotára való tekintettel élettani konyhasó-oldat bőr alá fecskendése. Egy hétig hőemelkedés. 3 hét mulva gyógyultan távozik. Jelenleg 65 éves, jó egészségben van. *Belső vizsgálat:* recto-, cystokele, senilisen sorvadt hüvely, rendes helyzetben levő kis méh, szabad környezet.

Kórszövettani vizsgálat (Orsós prof.).

A hólyagszerű bolyhok között szétszórva a normalis tápláló hólyagokkal egyenlő vastagságú hólyagok is előfordulnak. Ezek azonban, mint a hosszmetszetekből megállapítható, nagyrészt hólyagszerű bolyhok oldalnyúlványainak harántmetszetei. A bolyhokban vértartalmú véredények egyáltalán nem találhatók, itt-ott azonban az elpusztult véredények szerkezete nyomokban sejthető. A hólyagok általában sokféle és nagyon eltérő állapotban láthatók. Vannak olyan bolyhok, melyeknek felszinén a hám még megvan és magvai is elég jól festődtek, viszont nagyon sok bolyhot már elhalt hámréteg borít és vannak olyan bolyhok, melyeken hám már egyáltalán nincs és végül olyanok, melyek hámhiányosak, de már stromájuk is elhalt. A legtöbb boholy stromája nagyon fel van lazulva és tág házagokat finoman pelyhesen alvadt folyadék foglalja el. Sok boholy felszines rétegében a stroma tömörödött és a bolyhok utólagos zsugorodása folytán az agytekervényre emlékeztető tekervényes elhelyeződésü. Ahol a hólyagok hámrétege még elég jó állapotban van, különböző változatokat mutat. Egyes területekben a hám alacsony és köbös, sok helyen többrétegüvé vált és nyelvalakú stromatengely nélküli nyulványokat — pseudopolypusokat — formál. Ahol különösen vastag a hámréteg, ott egyes hámsejtek boholyszerű duzzadása, vagy elfolyósodása folytán— pseudolumenek keletkeztek, ami a hámréteknek csipkés szerkezetet kölcsönöz. A hámréteg alatalában a Langhans-réteg typusának felel meg, syncytiumok arányilag gyéren vannak képviselve (2. ábra).



2. ábra.

A hólyagos üszög kórisméje nehéz, hacsak jellegzetes hólyagcsák nem távoztak. Nehéz különösn a praeklimakteriumban és a klimakteriumban . Az e korban előforduló vérzések, a megnagyobbodott méh elsősorban rosszindulatú daganatra hivják fel a figyelmet . *Essen-Möller* 53 éves asszonynak myoma miatt eltávolított méhében hólyagos üszögöt talált. *Ries* 15 évvel a műtét előtt szült 45 éves asszony méhében hyalinosan elfajult bolyhokat talált. A legbiztosabb kórismét a méhkaparás adja. A kaparék-

ban legtöbbször már szabad szemmel is felismerhetők bolyhok. Különösen ügyelni kell a méh átfurás veszélyére. *(Fromme)*.

A hólyagos üszögre gyanut kelt: a vérzés és a méh megnagyobbodása. A teljes hószám kimaradás (menopausa) idejében a vérzés kiindulhat a hüvelyből: colpitis senilis, erosio, polyp, bujakóros vagy gümős daganat *(Halban)*. Kellő feltárás után el lehet dönteni, hogy a vérzés kiindulási helye nem a hüvely. A feltárás alkalmával meggyőződhetünk arról is, hogy a méh hüvelyi részén és esetleg a nyakcsatornában nincs olyan elváltozás, ami vérzést tartana fent. Igy tehát a vérzésnek a méhürből kell származnia, aminek oka carcinoma, sarcoma, adenoma, polyp, endomteritis senilis atrophicans, submucosus myoma, apoplexia uteri lehet. A kaparék szövettani vizsgálata mindig útbaigazít. A petefészek- és a méhkürtcarcinoma és sarcoma is okozhat méhüri vérzést, ezek azonban már a metastasisokból származnak.

Ezen szempontokból bírálva el esetünket, a tükörkép alapján az erosioból származó vérzést ki tudjuk zárni. A szines folyás a méhürből származott. Méhtestrákra gondoltunk, bár a méh nagysága és puhasága alapján a myoma lehetőségét sem tudtuk kirekeszteni. Ezen utóbbinak ellene szól az, hogy a hószám kimaradás korában aránylag ritkán szokott vérzéseket okozni. Az apoplexia uteri lehetőségét pedig kizárja az állandóan meglevő pecsételő vérzés.

A pontos kórhatározás végett nem egyszer szükség van a próbakaparásra, s esetünkben is erre határoztuk magunkat.

A hólyagos üszögnek — bármely korban keletekezzék — 3 veszélye van. Első a vérzés, aminek vége az elvérzés is lehet. A vérzés nem egyszer — esetünkben is — élettani konyhasó-oldat bőr alá, vagy gyüjtőérbe fecskendezését, sőt vérátömlesztést is tehet indokolttá. Második a fertőzés veszélye, harmadik pedig a chorion-epithelioma-é. Ez utóbi az esetek 50%-ában hólyagos üszökből fejlődik *(Cottaborda)* és ezért igen fontos ,hogy a hólyagos üszögön átesett betegek ellenőrzés alatt maradjanak. A chorionepithelioma kifejlődhet 5—12 év mulva is *(Sunde)*. A mi esetünkben eddig chorionepithelioma nem mutatható ki.

A hólyagos üszög orvoslásában vannak, akik gyökeresen járnak el. Igy *Marias de Torres* 52 éves betegén teljes méhkiirtást végzett. *Essen-Möller* felveti a kérdést, vajjon nem kétélű fegyver-e a 45. éven felül előfordult hólyagos üszög esetén a méhet benthagyni, hiszen e koron felül 22.2%-ban az elváltozás rosszindulatúnak tekinthető. A középút valószinűleg ott van, amit *Nattan-Lanier-Brindeau* után mi is hangsúlyozunk, hogy ha állandó orvosi felügyelet alatt van a beteg (2—3 havonkint megismétlődő ellenőrző vizsgálatok) a méhkiirtást elvégezni nem szükséges, de meg a prophylaktikus röntgen- és radium-besugárzásban eredményes gyógyeszközök vannak a kezünkbn. *(Szathmáry)*.

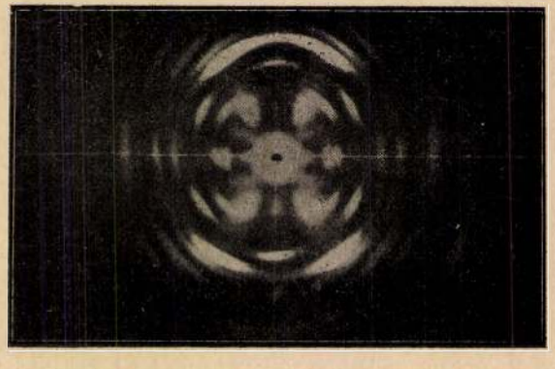
Hátramarad még annak eldöntése, hogy esetünkben mi volt a hólyagos üszög oka. Általános vélemény szerint a mola fejlődése pete, vagy petemellékrészek jelenlétéhez van kötve. Az asszony 44 éves korában szült utoljára. Az utolsó szülés ikerszülés volt. Nem zárhatjuk ki annak a lehetőségét, hogy lepényrészecskék maradtak vissza, amelyek lassan növekedve molásan elfajulva évek mulva okoztak vérzéseket. Az asszony igy, mintegy hólyagos üszög hordozó lett. Ilyen eseteket *Bell* és *Ries* is irtak le. Ma mindenesetre sokkal kedvezőbb helyzetben vagyunk, mert a Zondek-Aschheim-reactio segítségével, ha positiv legalább is a terhesség, vagy magzati szövet jelenlétének gyanúját megállapithatjuk. A másik feltevésünk, hogy a méhállományban levő ébrényi csirokból indult ki a fejlődés. Ezek a csirok a terhességek alatt szunnyadó állapotban lehettek (talán éppen hormonhatás miatt). A teljes hószám kimaradás korában azonban, amikor a nemi szervek működése megváltozik, s megszűnik az agyfüggelékmirigy mellső lebenyének, a petefészeknek és a sárgatestnek szabályozó hatása, helyesebben az egész belső elválasztás megváltozik és negativ fasisba jut, e csirok fejlődésnek indulnak. A hormonhatás szerepét igazolja talán az a körülmény, hogy hólyagos üszög 36%-ban a 45. éven felüli nők betegsége *(Essen-Möller)*, amikor a generativ működés változóban van, vagy éppen megváltozott. Természetesen a kérdés kiderítése nehéz. Lehet, hogy valamelyik ismert hormonnak van itt szerepe, de az sem lehetetlen, hogy egy eddig még ismeretlen hormon szerepel, melynek földerítése esetleg az e korban előforduló rosszindulatú daganatok eredésére is világot vethetne.

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

A hugyutak urat és carbonat köveinek finom szerkezetéről.

Irta: *Szold Endre dr.* tanársegéd.

Kövek, melyeket vizsgáltunk, zúzás és kimosás útján távolíttattak el a hólyagból az urologiai klinikán. A törmelékdarabok kb. borsónyi nagyságúak voltak. Színük téglavörös, külső rétegük kemény, kagylós törésű, legbelsőbb réteg finom szemcsés porozus. Külön vizsgáltuk a keményebb kéreg és külön a porózus belső állományt. A külső állományról készült felvételek három irányból történtek, az első a felületre merőleges, a második tangentialis, a harmadik az előbbi két irány között foglal helyet.



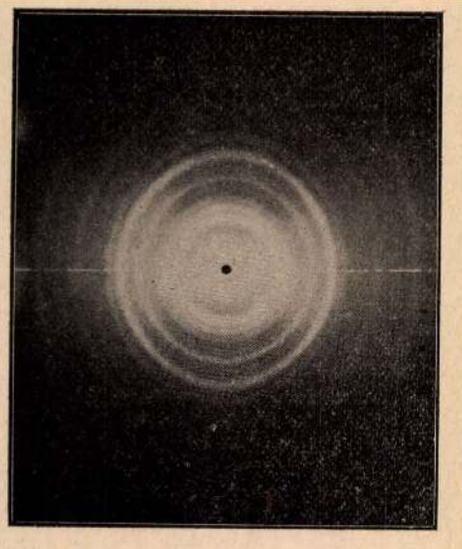
1. ábra.

Az 1. számú ábra a kőre merőleges irányban történt besugárzás interferentiáját mutatja, mely egy ideális rostdiagrammnak (Faserdiagramm) felel meg. A diagramm horizonton fellépő fősprektumon, valamint az azzal párhuzamos egyenesekben fellépő mellésprektumok által képviselt paratrop felületsorokon kívül, az arra merőleges diatrop felületelemek is refektálnak, mégpedig a diagramm vertikálon.

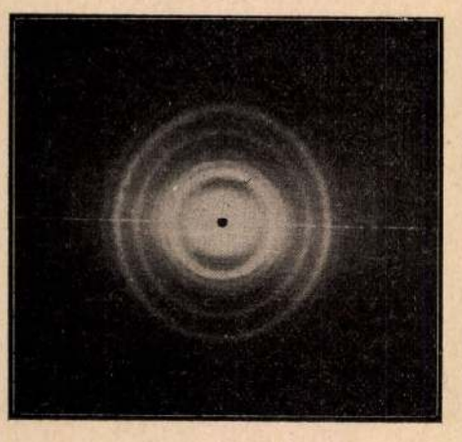
A 2. számú ábrán látjuk a tangentiális irányban felvett diagrammot, mely az u. n. zárt Debye-Scherrer-gyűrűket adja. A gyűrűk azt mutatják, hogy a mikrokristályos (kristalit) finom szerkezet tangentialis irányban nem irányított.

3. sz. ábra az urátkő magjának röntgenogrammja, mely a mikrokristályok rendezetlen halmazára utal.

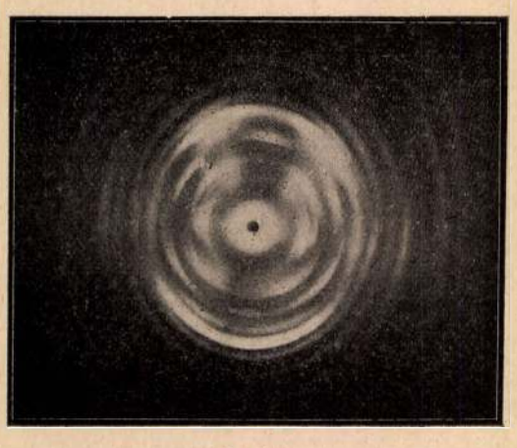
A 4. sz. ábra az uratkő kérgének röntgenogrammját adja, ki nem választott irányból felvéve. A kép interferentia pontjai a tangentialis és radialis felvételek közötti átmenetet képviselik.



2. ábra.



3. ábra.



4. ábra.

A képeket összevetve, azt mondhatjuk, hogy az uratkövek finom szerkezetére jellemzők:

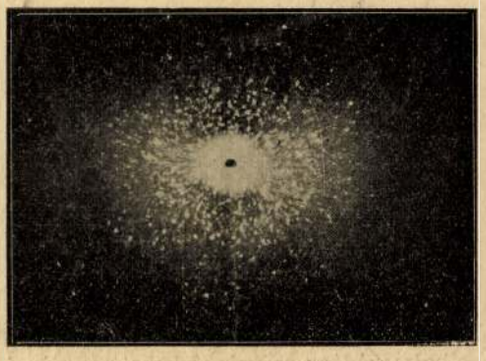
1. a kövek radiáljai mentén beálló irányítottság,
2. a kőtangentialokban irányítatlanság,
3. a részkristályoknak finom szemcsézettsége.
4. a szemcsék nagysága 10^{-6} cm.re és ennél kisebbre tehetők.

Az uratkövek finom szerkezetét egy hasonlattal élve, úgy képzelhetjük el, mint egy vesszőnyalábot, hol az egyes vesszők egymással párhuzamosan futnak le és azonos nagyságúak, a tér másik irányában, a keresztmetszetben pedig rendezetlenek.

*

A vizsgálatra került carbonat-kövek az urologiai klinikán műtét által távolíttattak el a vesemedencéből. Nagyságuk 3—6 cm-ig terjedt, színük, kívül szürkésfehér, helyenként barnás foltokkal, alakjuk elágazó, mintegy lenyomatát képezték a vese üregének, a belsejük kréta-fehér, porózus, vegyileg carbonatok, több-kevesebb phosphattal keverve.

A közölt 5. ábra a carbonatkő jellemző röntgen-grammja. A központi centralis sugár és udvara körül a finoman elosztott szabálytalan szóródású interferentia pontokat látjuk. A pontok rendezetlenségéből és nagyságából következtethetjük, hogy az egyes mikroskopikus részecskék a térben szabálytalanul, minden belső összefüggés, vagy feszülés nélkül helyezkednek el, nagyságuk 10^{-4} cm-nél nagyobbra tehetők.



5. ábra.

Vizsgálati eljárásunk a röntgensugár interferenciás jelenségein alapuló Debye-Scherrer-Hull volt. A felvételeleket a József nádor műszaki és gazdaságtudományi egyetem fizikai intézetében (igazgató: Pogány Béla ny. r. tanár), dr Ing. Worschitz F. mérnökkel készítettük.

A kapott diagrammok alapján állíthatjuk, hogy a carbonatkövek finomszerkezetileg mikrokristályos rendezetlen tömege, melyek szerkezeti sajátosságaiban a phosphat-kövekhez igen közel állanak.

A Pázmány Péter Tudományegyetem élet és kórvegytani intézetének közleménye.

Skorbutos anyagcsere-zavar és hyperthyreoidismus.

Irta: *Mosonyi János dr.*, egyet. magántanár.

Még a C vitamin izolálása előtt *Knippling* és *Kowitz* C vitamin tartalmú táplálék és citromlé adagolására skorbutos embereken az előzőleg fokozott gázcsere csökkenését mutatták ki. *Mosonyi* és *Rigó* vizsgálatai szerint pedig skorbutos tengerimalacok alapanyagforgalma ugyancsak nagyobb a normalis állatokénál és ascorbinsav adagolására normalis értékre sülyed. Ez utóbbi vizsgálatokat *Calcinai* és *Galigani, Pélyi* és *Gergely* kisérletei teljes mértékben megerősítették.

Felmerült most már a kérdés, *hogy mi okozza a skorbutos szervezet fokozott égésfolyamatait és milyen módon fejti ki csökkentő hatását a C vitamin az anyagforgalomra.*

Első pillanatban arra lehetne gondolni, hogy a C vitamin a *sejtben* fejt ki az oxydációkra gátló hatást s a skorbutos szervezetben a C vitamin hiánya, tehát ezen gátló

tényező kiesése miatt nő az oxygen-fogyasztás. De előállhatna a skorbutos szervezet alapanyagforgalmának fokozódása oly módon is, hogy a C vitamin hiánya folytán egy, az égésfolyamatokat serkentő hormonszerv hyperfunctiója következnék be. Ennek előfeltétele természetesen az, hogy a C vitamin és ezen hormonszerv (ill. szervek) hatóanyaga között kölcsönhatás álljon fenn.

Mivel *Mosonyi* és *Rigó, Calcinai* és *Galigani* tengerimalacokon, továbbá *Strieck* emberen és kutyán végzett vizsgálatai szerint a C vitamin a normalis szervezetben az oxigen-fogyasztást növeli, nem valószínű, hogy skorbutos szervezetben gátló hatást gyakorolna ugyanazon folyamatokra. Jelen vizsgálataink ellenben az utóbbi feltevés helyességét látszanak igazolni, amennyiben a C vitamin és thyroxin hatásában antagonismust sikerült kimutatnunk. Kisérleti eredményeink a következők: A thyreoidea hormon nagyobb mértékben történő adagolására (naponta 0.5 mg thyroxin vagy 1 ccm extr. thyreoideae Richter) a tengeri malac májának, de legfőképpen mellékveséjének C vitamintartalma csökken; a májban thyroxin adagolására 0. 26 mg-ról 0.20 mg-ra (—.23%) és extractum thyreoideaera 0.26 mg-ról 0.23 mg-ra (—11.5%), mellékvesében thyroxinra 0.80 mg-ról 0.59 mg-ra (—26.2%) és extractum thyreoideaera 0.80 mg-ról 0.34 mg-ra (—57.5% szervállomány grammonkint. Patkányokon, melyek a C vitamin synthesisére képesek, e jelenség nem volt előidézhető. Viszont a thyreoidea kiirtására patkányok mellékveséjében a C vitamin mennyisége tetemesen megszaporodott. Két esetben a normalis értéknek (2.15 mg/g) közel kétszeresére (3.75 és 3.84 mg/g) emelkedett; középértékben 54.9%-ot tett ki az emelkedés. Mivel az állatokat C vitamin-mentesen tápláltuk, az ascorbinsav felhalmozódása nyilván fokozott synthesis (mellékvese hyperfunctiója) révén jött létre. E két jelenségből, véleményem szerint, következtethető, *hogy a skorbut folyamán viszont, amidőn a szervezet C vitamin-állománya fogy meg, vagy tünik el teljesen, a thyreoidea hyperfunctiója, tehát a thyroxin túlsúlya áll elő s ennek folyómánya a skorbutos szervezet fokozott oxygenfogyasztása.*

Nagy mértékben megerősitik e felfogásunkat más szerzők skorbutos állatokon végzett vizsgálata is. *Demol* és *Ippen* kisérletei szerint thyroxin adagolásra tengerimalacokon fellépő thyreotoxicosis és végül az állatok elpusztulása C vitamin adagolásával meggátolható. Hyperthyreosisos tünetnek tekinthető továbbá *Caridroit* észlelete is, aki skorbutos tengerimalacok vizeletében fokozott nitrogenkiürítést mutatott ki, jóllehet az állatok táplálékfelvétele normalis volt. *Bessesen, Lopez-Lomba* és *Randoin* vizsgálatai pedig amellett szólnak, hogy skorbutos tengerimalacok pajzsmirigye és hypophysise (thyreotrop hatás) hatalmasan megnagyobbodik.

Egyébként e feltevésnek más bizonyitékokkal igazolása céljából további kisérletek, elsősorban a skorbutos szervezet vérjód-tartalmának meghatározása, thyroxin és C vitamin együttes adagolásának a gázcserére gyakorolt hatása stb.) vannak folyamatban.

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár:* Étrendi előirások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; *Horváth Boldizsár:* A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P; *Kunsz János:* A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal, 6.50 P helyett 5.50 P. Vászonba kötve 8 P helyett 7 P; *Issekutz Béla:* Gyógyszerrendelés 8 P helyett 6 P; *Rigler Gusztáv:* Közegészségtan és járványtan tankönyve 25 P helyett 2.70 P; *Orsós Ferenc:* Kórboncolás vezérfonala 86 P helyett 5,70 P; *Orsós Ferenc:* Kórbonctan vezérfonala 86 agytályogok kór- és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Medikothorax, egy új légmellkezelési módszer. *Müller Vilmos.* (Beitr. Klin. Tbk. 87. k. 4, f.)

Az eddig alkalmazásban levő légmellkezelési módszerek kizárólag mechanikus nyomásukkal hatottak jótékonyan a megbetegedett tüdőrészekre. A szerző az összenyomásra szolgáló levegővel desinficiáló anyagokat visz be a pleuraürbe, melyek innen a tüdőkbe hatoltak. Sok kisérletezés után az „Inbabad-Gesellschaft, Berlin"-nek sikerült egy olyan készüléket szerkeszteni, melynek segítségével egy egyszerü légmellkészülék képes a gázalaku gyógyszert a levegővel keverve bepréselni. Kemény Sándor budapesti cég a készüléket motorral egészítette ki, mely a folyékony gyógyszerek elporitását még tökéletesebben végzi. A szerző által használt keverék a következő: Rp. Tripaflavini 0.25. Camph. trit. Mentholi aa 1.0, Thymoli 0.25, Eukalyptoli ad 10.0. Egyszeri használatra.

Az új eljárás által nemcsak a megbetegedett tüdő, hanem az egész szervezet érintkezésbe kerül a desinficiáló anyagokkal. További előnye a medikothoraxnak, hogy fennállása alatt exsudatum soha nem lép fel és hogy a tuberkulotikus elváltozások gyorsabban gyógyulásnak indulnak.

Zemplén Béla dr.

Szülészet.

Nagyobb életbiztonság császármetszés esetén. *Geller:* (Zbl. f. Gyn. 1935. 41. sz.)

Császármetszést vagy az anya vagy a magzat érdekében végezzük. Az a nagy mortalitás, mely a magzat érdekében végzett császármetszés kapcsán előfordul késztette arra, hogy statisztikai összeállitást végezzen, mely azzal az eredménnyel járt, hogy a császármetszést lehetőleg csak életmentésre és a magzat életben tartására alkalmazza. Minden más esetben bizzunk a természetes szülőerőkben. Összegyüjtötte a breslaui klinika utolsó 11 évének anyagát, mely szerint az anyai halálozás 5,9 (3.6%), a magzati pedig 5.0%. A magzat érdekében végzett mütétekben 4.4% az anyai és 7.% a magzati halálozás, az anya érdekében végzettekben pedig 22.9% az anyai és 16.4% a magzati. A halálok a legtöbb esetben peritonitis. Feltünő a lázas esetek nagy halálozási arányszáma a lázatlanokkal szemben (27%:6.4%). 38° fokon felül mindig kedvezőtlen a kórjóslat, tehát olyan esetekben, ahol spontan szülés valószinütlen, a láz fellépése előtt operáljunk. A technikát illetőleg a legkisebb halálozási számot az extraperitoneális eljárással találta, szemben *Winter* eredményeivel, noha háromszor olyan nagy volt a lázas állapotban operáltak száma, mint a többi módszerben. Hátránya, hogy nagy gyakorlatot igényel. Drainagenak nincs befolyása a mortalitásra. A legkedvezőtlenebb erdményeket az aethernarcosis adja, a legjobbakat a lumbálanaestesis. Az aethernek azonkivül a méh és a bélmüködésre van kifejezett bénító hatása, ami súlyos szövődményeket okozhat úgy a mütét alatt mint után. A peritonitisben meghaltak boncolásakor legtöbbször csak nagyfokú bélpuffadás látható legfeljebb csak kevés serosus exsudátummal. Ebben a bélpuffadásban pedig nagy szerepe van az aethernacosis által kiváltott splanchnicus ártalomnak, melynek folytán erősen csökken a peritoneum védekező képessége. *Büder Andor dr.*

Lepényrepedés. *A. Muschik.* (Zbl. 1935. 33. sz.)

Ritkán fordul elő lepénysérülés külső trauma következtében. A szerző 28 éves II. szülő nőről számol be, aki terhességének IX. hónapjában kerékpározás közben villamossal ütközött össze. A bicikli kormánykereke hasának ütődött, majd az asszony a földre zuhant. Külsőleg semmi sérülés nem történt, de a hüvelyből vérzés indult meg. Minthogy az ujjnyi méhszáj a szülés megindulása mellett szólt, metreuryntert helyeztek be s thymophysint adagoltak, mire spontan megszületett a halott érett magzat. A spontan távozott lepényen a köldökzsinór tapadásától a peripheriáig terjedő 10 cm hosszú áthatoló repedést találtak, melyet az anamnezisben említett külső trauma okozott. *Barlay Anna dr.*

Gyermekgyógyászat.

Adat a stomatitis ulcerosa és a noma kórképéhez. *E. Zambrano.* (La Pediatria 1935. 43. sz.)

Szerző 22, különböző korú gyermek stomatitis ulcerosájáról és 3 gyermek nomájáról számol be. Azt a következtetést vonja le, hogy a gyermekkorban a stomatitis ulcerosa és a

noma általában nem primaer megbetegedés, hanem vagy septicus vagy a vérképző szervek megbetegedéseinek következménye, helyesebben következményes szövődménye. Az észlelt esetekben az alapbetegség többnyire genykeltők által okozott baj volt, de előfordult több máltai láz, malária és typhus is. A stomatitises, illetőleg nomás gócokból, főként streptococcus, ritkábban staphylo-, entero- és pneumococcust tenyésztettek ki.

Surányi Gyula dr

Van-e összefüggés a születési súly és az intelligentia-quotiens között koraszülötteken? *T. Brander.* (Mon. f. Khlk. 63. k. 5. f. 1935).

Szerző 2500 gr. alatti súllyal született, koraszülött egyének intelligentiáját tette vizsgálat tárgyává a késői gyermekkor, vagy felnőtt kor folyamán. Csak azon eseteket vizsgálta, ahol a szülők részéről terheltség, valamint súlyos szülési traumák, továbbá lues kizárhatók voltak. *Az ilyeneknél csak az alacsony születési súly és a vele kapcsolatos születési éretlenség szerepelnek csak mint kedvezőtlen momentumok, tehát e szempontból homológok.* Ilyen esete 230 volt. Eseteit az átlagos születési súly szempontjából 3 főkategóriába osztotta. Vizsgálatai szerint az átlagos születési súly és az átlagos intelligentia-fok (I. Q.: Binet—Simon szerint Terman módosításában), között az összefüggés egyszerű, lineáris: vagyis minél alacsonyabb átlagos születési súlykategóriába tartoztak a vizsgált koraszülött egyének, annál alacsonyabb volt az *átlagos intelligentia-quotiens is.* Egyénileg persze nagy kiugrások lehetnek, a megállapítás csak az átlag súlyokkal képzett csoportok átlag intelligentia-quotiens értékeivel érvényes. Az összefüggés érthető, ha mindazokra az ártalmakra gondolunk, melyek az alacsony súllyal született egyéneket épen éretlenségük folytán érhetik.

König Gyula dr.

Urologia.

Ephedrin által előidézett vizeletretentio. *J. J. Valentine és J. S, Fitzgerald:* (The Journal of Urology, 34. k. 4. sz.)

Az Ephedrin gyógyszerhatásának és esetleges toxikus kisérőtüneteinek megtárgyalása után esetet közöl, ahol asthmás betegen Ephedrin szedés után ismételten totalis retentio lépett fel. Ectopia vesicae esetén adva a trigonum összehuzódásait figyelte meg, míg cystoskopon át a sphincter internus erös összehúzódásai észlelhetők. Ezért vizeletcsepegés és incontentia esetén kipróbálta és jó eredményeket látott tőle. További kipróbálást ajánl.

Remete Tibor dr.

A cystometrogram egyszerüsített értelmezése. *Muschat M.* (The Journal of Urology, 34. k. 4. sz.)

A cystometrogram értékeinek könnyü áttekintése és azoknak a dynamikus hólyagmegbetegedéseknek egyszerü használhatósága érdekében három factor figyelembe vételét ajánlja.

a) Az első vizelési inger állandó érték mellett lép fel, 150 és 250 ccm. töltés között jelentkezik normalisan. Ha 150 ccm, alatt, akkor a hólyag hypertoniás, ha 250 ccm. felett, akkor hypotoniás.

b) a tonus görbe jellege nagy fontosságú. Ez az autonom idegrendszer tonusával együtt egyénileg változó. A normalis görbe fokozatosan emelkedik.

c) A legmagasabb akaratlagos nyomás jelzi a detrusor tartalék erejét. A hasizom szerepét a kiürülési munkában túlbecsülik. Tabeses hólyagú ember, kinek normalis a hasfalizomzata, nem képes az akaratlagos nyomást fokozni. A normalis nyomás 40 és 60 mm között mozog. 40 mm. alatt hypotoniás, 60 mm, felett hypertoniás a hólyag izomzat.

Remete Tibor dr.

A prostata resectióról. *W. R. Hornaday.* (Journ of Urol. 1935. 34. 401.)

Fontos, hogy resectio előtt pontos ismereteink legyenek, a beteg általános egészségi állapotáról, hasonlóképen a vese functiónak is jónak kell lennie. 160 resectióból privát betegek közt a mortalitás 2% volt, kórházi betegek közt 7%. A kórházi ápolási napok száma privát betegeknél ¼-e, kórházi betegeknél ⅓-a összehasonlítva a prostatektómiát követő ápolási napoknak. 5 esetben resectió után később prostektomiát végzett. A mütét kivitele előzetes resectió után nem nehezebb, legfeljebb nagyobb vérzékenységet tapasztalt.

Bodon György dr.

Szemészet.

Rövidhullámú kezelés a szemészetben. *Decker* és *Arendt.* (Klin. Mon. f. Aug. 1935. október).

Felszerelés: Siemens-féle csöves adó (Ultratherm. energia 300 Watt) 6 méter hullámhosszra beállítva; Schliephake-féle furunculus elektród mely a csonton támaszkodik, üvegpapucsával pedig a szemet betakarja; távolság 7 mm.—1 cm. A hátsó elektród nemezzel bevont kondenzator lemez. Időtartam 10—15 perc. Ha a supraorbitalis ideg is beteg 8x14-es kondenzátor elektródot használtak. Átlag 10—20 ülés szükséges. Besugárzott esetek: herpeses fekély, keratitis vesiculosa, kerat. superf, punc., herpetica, herpes zoster, scleritis, kétoldali hurut, kerat. parench. hegesedő szaka, Vég-konklusio: a szem ultrarövid hullámú kezelése indicált mindazon esetekben, ahol hötherápiának helye van. Az eddigi eljárások fölött azzal az előnnyel jár, hogy egyenletes, mélyebbre hatoló kényelmes és hygienikus. A tapasztalatok szerint főleg a cornea *herpeses* megbetegedéseikor javallt, ahol is a diathermia kevesebbet ér. Régi szaruhomályokra felszívó hatással bir. Ártalmas mellékhatás nem volt; egy esetben az agyi arteriosclerosis tünetei fokozottabb mértékben léptek fel, az agyi átsugárzás folytán. Ritkán álmosság jelentkezett a betegeken, 1 esetben negyed órai besugárzás után rángások jelentkeztek, melyek rövidebb ülés esetén elmaradtak. (L. Ref. O. H. 1935. 38.).

Grósz István dr.

A vitaminok szerepe a szemészetben. *Viallefont és Diaconо.* (Archives d. Opth.)

Az ismert xerosis conjunctivae és corneae és a keratomalacián kívül (amely folyamatokat az ultraviolett sugarak gyorsítják) fontosságot tulajdonít a vitamintherapiának a keratoconjunctivitis phlyctaenulosanál is, főleg localis kezelés formájában, sőt egyéb torpid szaruhártya fekélyekre is ajánlja a csukamájolajjal, avagy az A vitamin oldatával való ecsetelést. Nagy fontosságot tulajdonít a nem táplálkozási avitaminosisnak, amikor az emésztőcsatorna vagy a máj hibája folytán a szervezet az A vitamint felvenni, s a májban és a mellékvesében elraktározni nem bírja. Az A hypervitaminosisra á lattkisérleteket folytatott. Exophtalmust szemhéjvizenyővel és kötőhártya vérbőséget észlelt. Túaladagolást állatkisérleteiben C vitaminnal is folytattak, Múló kötőhártyavérzéseket észleltek. A lencsét nagy figyelemmel kisérték, de elváltozást benne kimutani nem tudtak. Foglalkoznak a C vitamin szerepével a cataracta képződésben is, de ők a C vitamin megfogyatkozását ill. hiányát csak következménynek és nem a hályogképződés okának tartják. A C vitaminnak a vérzésekben való szerepére is kiterjeszkednek. Valószínünek tartják, hogy recidiváló üvegtesti vérzéseknél is szerepe van a C avitaminosisnak és ezért a recidivák megakadályozására a C vitamin adását ajánlják, amely egy esetükben sikeres volt. *Glück Emil dr.*

Orr-, torok- gégegyógyászat

Heveny állcsontöböl genyedés egy csoportjáról, melyek rhinovasomotoros tünetekkel járnak. *Menzel,* (Mschr. f. Ohrenheilk. Rhin. Lar. 1935. 10. füz.)

Szerző a heveny állcsontöböl genyedés négy esetéről számol be, ahol azok egyoldali rhinitis vasomotorica kórképében folytak le. A tünetek tehát nem fájdalmakból és a megfelelő orrfélben genyes váladék megjelenéséből álltak, hanem tökéletes orreldugulásból, profus vizszerü orrfolyásból és tüsszentési rohamokból. A punctio minden esetben genygyülemet deritett ki az azon oldali Highmor öbölben és ennek gyógyulásával azonnal megszüntek a tünetek is. Szerző úgy magyarázza, hogy a trigeminus érző idegvégződéseire ható ingerek — jelen esetben a nyálkahártya duzzanat és a Highmorban pangó váladék — ideges dispositióval biró egyéneken az előbb említett syndromát hozta létre. *Ajkay Zoltán dr.*

Diabetes insipidus huzamosabb kezelése endonasalis úton. *Adlersberg.* (Mschr. f. Ohrenheilk. u. Rhin. 1935. 11. füz.)

Szerző két diabetes insipidusban szenvedő betegről számol be, akik 7 év óta állnak állandó endonasalis kezelés alatt.

A kezelés a hypophysis hátsó-lebeny poralaku extractumának (pituitrin) napi 2—3-szori felszippantásából áll. E szer perorálisan szedve hatástalan. A por teljes felszívódása 30—40 percet vesz igénybe, anélkül, hogy az orrnyálkahártyát ártalom érné. A hatás teljes mértékben kielégítő. A betegek megszabadulnak a kinzó szomjúság érzésétől, étvágyuk, közérzetük javul, eredeti súlyukat visszanyerik, a vizelet ismét rendes mennyiségü és fajsúlyú lesz, Fontos, hogy a kezelés egy napra se szakittassék meg, mert különben visszaesés állhat be,

Ajkay Zoltán dr.

Parenchymás elvérzés mandula kiirtás után. *Urbantschitsch.* (Mschr. f. Ohrenheilk. u. Lar. Rhin. 1935. 10. füz.)

Szerző esetében 28 éves nőbetegen, izületi gyulladás miatt, tonsilla exstirpátio végeztetett. A műtét a szokott cautelák betartása mellett úgyszólván teljesen vértelenül folyt le. A műtét után a beteg órákon keresztül még csak véreset sem köpött. Hat órával a műtét után beteg a szájában vért érez. Ekkor látható a bal mandulaágyban pár csepp vér, de tulajdonképeni vérzés nincs. Pulzus szabályos, erek megfelelően teltek. Elővigyázatosságból a beteg stryphnon injectiót kap. Négy órával később nagy mennyiségű vér kihányása után a beteg exitál. A boncolás nagyfokú anaemiát mutatott. A gyomor-bél tractus egész a rectumig vérrel telt. Arosio az ereken nem volt kimutatható.

Szerző kiemeli, hogy itt a parenchyás elvérzésnek egy egész ritka esetét volt alkalma észlelni, amelyhez hasonlót az idevágó irodalomban nem talált.

Ajkay Zoltán dr.

Bőrgyógyászat.

A határsugarak ellen felhozott egyes kifogások cáfolata. *Spiethoff* és *Berger.* (Derm. Mschr. 1. sz. 1935.),

A pruritus aninak határsugarakkal való kezelése által therapiás lehetőségeinek értékesen szaporodtak. Ezzel a kezeléssel nemcsak az eczemának és a Brocq-féle lichenificatios pruritusnak visszaeséseitől szabadulunk meg, hanem a bőrnek recidivamentességig terjedő áthangolását is elérjük. Megadja az eczemának, pruritusnak, hajas fejbőr psoriásisának és eczemájának, a scrotum, szemhéjjak megbetegedéseinek dosisait és a besugárzások idejét. Mint lezárt, új területet tekinti a határsugarakkal történő kezelés számára a naveus flammeust, cavernosust, alopecia areatat és lupus vulgarist. Egyesek a következő kifogásokat emelik ezen kezeléssel szemben: 1. a készülék rosszul kezelhető, 2) a besugárzási terület igen kicsiny, a besugárzások ideje egymástól igen távol esik, 3) a dosirozásához ionimeterre van szükség, miáltal a dosirozás nehézkes és drága. Az utóbbi időben a nagy röntgencégek (Müller, Siemens, Reininger Werke, Sanitas) készülékeiket és csöveiket mindjobban megjavították, úgyhogy a készülékek ezáltal könnyen kezelhetővé váltak. A csövek beállítása könnyen és gyorsan történik, anélkül, hogy az érzékeny csöveket veszélyeztetnénk. Ezáltal a csövek élettartama meghosszabbodott. Napi 8 órai munkaidő mellett, mikor is a csövek 2—3 órai magas feszültséggel dolgoznak, a csövek élettartalma kb. egy év, A gyáraknak sikerült a Lindenmann ablakot jelentősen nagyobbra fújni (az átmérő kb. 3—4 cm.), az anodokat közelebb hozták a csövek ablakaihoz, miáltal a besugárzási terület jelentősen megnagyobbodott. A határsugarak dosirozásához ép úgy, mint azelőtt, tényleg szükséges ionimeter. Erre azonban úgyis szükség van, akár röntgenfelületi, akár határsugártherápiáról van szó, A határsugár apparátusnak előállítása és üzemköltsége jelentősen kisebb, mint egy röntgenkészüléké és az ionimeter ára is erősen csökkent. A modern ionimeter olyan egyszerű, hogy mérési nehézségekről alig lehet szó.

Fülöp Gyula dr.

Járóbetegeken, rendelőórán elvégzett viszértágulatok befecskendezési gyógyításáról. *H. Schmitz, Velbert* (Dermat, Wochenschr. 1934., 51 sz.)

Visszértágulatok befecskendezéses gyógykezelése az újabb időben mindinkább elterjedtebbé vált. Szerző befecskendező anyagul majdnem minden egyes esetben 20%-os sóoldatot használt, mely tapasztalata szerint e célra a legmegfelelőbbnek bizonyult. A kezelés ellenjavallt, diabetes, valamint phlebitis eseteiben. Különös figyelemmel kell lennünk a mély erek gyulladásos állapotára. Kezelés előtt feltétlenül meg kell győződnünk ,hogy a mélyebb erek circulatiójában nincs-e zavar. Kezelési eljárása a következő: az alszár magasra helyezése által a tágult ereket vértelenítjük. Az alszárat distalisan, proximalisan elasticus kötéssel leszorítjuk. A kezelendő érbe 10, legfeljebb 20 ccm.-nyi steril 20%-os konyhasó oldatot fecskendezünk. A kanül gyors kihuzása után a szurási csatornát köröskörül leukoplast kötéssel látjuk el, hogy a folyadék kilépését a szövetekbe megakadályozzuk. Egy bizonyos ideig még a kötést fenntartjuk, hogy a folyadék a vena falakkal érintkezzék. A fellépő erős görcs a helyes eljárás eredményét jelzi. Ezután a beteg felállhat és járhat. A recidivák konyhasó alkalmazása után sokkal ritkábban jelentkeznek, mint a használatban levő cukoroldatok után. Több mint 300 eset közül emboliát, vagy alvadási thrombust sohasem észlelt. Ritkább esetben fellépő gyulladásos folyamat pár napon belül gyógyul. A keletkezett kötegszerű megvastagodás néha hónapokon át fennáll, azonban a legtöbb esetben rövid idő alatt teljesen eltünik. — Haemorrhoidalis csomók kezelésére szerző karbol glycerin oldatot használ.

Németh Pál dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Syphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems. (Nervensyphilis). *Arthur von Sarbó,* Budapest.Mit, 41 Abb, Handbuch der Neurologie, XII, köt. 1935, (Verlag J, Springer, Berlin).

Bevezetőleg szerző utal arra, hogy a lueses eseteknek 59 %-ából lues cerebrospinalis, 83%-ából tabes dorsalis, 56%-ából paralysis progressiva alakul ki. Tágya egyedül a központi syphilis. Az első fejezetben a syphilises elváltozások anatomiájával foglalkozik, keresvén a kórokozó és az idegszövet reakciója közti viszonyt anatómiailig és utal a véredenyek elváltozásának, ama különbözőségére, mely a hártyalues és a paralysis progressiva érelváltozásai között fennáll, mert míg az agylues meningovascularis folyamat endarteriitis obliterans alakjában, addig a paralysisnél gömbsejtes beszűrődés plazmasejtekkel elegyesen szerepel az agyi parenchymában. E különbség magyarázatául a spirocnätáknak különböző utakon történő támadó viselkedését hozza fel; a hártya-érlues esetén az erek falai, a parenchymás lues (paralysis progressiva) esetén a nyirokhézagak a támadás színhelye. Most tárgyalja a központi idegrendszer érluesét és a Heubner-féle alakon, a panarteriitis, a hyalin és gummás formán kívül különösen a kisagy erek lueses megbetegedését. (Nissl-féle forma). Most következnek a jelzett elváltozásokból eredő kórbonctani elváltozások és itt utal arra, hogy a lueses aortából thrombusképződés és így az agyi erek emboliás infarktusa alapján a paralysis progressiva képére emlékeztető kórkép állhat elő. Az agyi lues anatómiája a hártyaluessel egészül ki és az anatomiai fejezet a gerincvelői és környéki idegrendszeri luessel bezárul, függelékesen szólván az agylues melletti vasreactióról, Ezután következik a pathogenesis fontos fejezete, ebben tárgyalja a spirochaeta és az idegrendszer közötti viszonyt, utal a dermotrop és neurotrop törzsekre, a spirochaetáknak biológiai változékonyságára vendégtalaj szerint, stb. Ezután taglalja a syphilisnek vér- és nyirokerek szerint való kiterjedését és itt megjegyzi, hogy a spirochaetáknak neutropiájára nincs szükségünk, mert minden attól függ, vajjon haematogen vagy lymphogen infectio szerepel-e, az utóbbi esetben a küzdelem a spirohaeta és a plasmasejtek közt zajlik le. A szerző által képviselt lymphogen infectio magyarázatát adja annak, hogy az elsődleges tünetek és az agygerincvelői tünetek közt évek telnek el, mit a sokéves, lassú vándorlás a nyirokerek mentén megmagyaráz. Ezután tárgyalja a syphilis-immunitást és a tropusok syphilisét. Igy érkezik el szerző az agylues klinikájához, melyet 1. az idegrendszer korai luese; 2. az érlues, 3, az interstitialis lues, 4, a gyöki és környéki ideglues, 5. egyes jellegzetesebb kórtünetek (fejfájás) és mérgezések (pl, alkohol) kapcsán tárgyal, hogy azután az agygerincvelői luesnek jellegzetes tünetével, a Robertson-féle tünettel foglalkozzék és itten az általa ajánlott pupillavizsgálati módszert írja le. Az utolsó fejezet az agylues kezelése és itt taglalja, 1, a kénesövel bismuttal és salvarsannal, 2. a lázzal történő, 3, a jóddal történő, 4. az endolumbalis, 5. az operativ kezelést, A munka legutolsó fejezete az u, n, kongenitalis lues és itt érdekesen jegyzi meg, hogy a juvenilis tabes és paralysis progressiva eseteiben in utero lymhogen úton történnék a fertőzés. Ebben a fejezetben szól a kongenitalis syphilis klinikájáról, ennek az epilepsiához és az endokrin rendszerhez viszonyáról, foglalkozik e formának a par. spin. spastica és a chorea képében való megnyilvánulásával, hogy végezetül a therápiával és prognosissal munkáját bezárja.

Ez a csupán tartalmilag és vázlatosan ismertetett munka az olvasó figyelmét két alapvető sajátságával kapja meg. Az egyik a lueses méregnek az idegrendszerhez való viszonyában kifejtett egészen eredeti felfogás; a másik a tárgyalásának alapossága és kristálytisza modora. Azt, aki az agysyphilisnek bármely kérdésben felvilágosítást kíván, ez a munka teljesen kielégíti, mert tartalmilag hiánytalan; emellett kitünik az idevágó túlgazdag irodalomnak szinte tökéletes módon való felhasználása által. Midőn tehát annak a nézetünknek adunk kifejezést, hogy *Sarbó* ezen 12 ívnyi munkája hiánytalan képét adja a központi idegrendszer luesének, úgy ezt annyival inkább kell ezen a hazai ismertetésünkben hangsúlyozni, mert

szerző ezzel a magyar neurologiát a nagy német szakirodalomban fényesen képviseli. Ezen ténynek jelentőségét a maga teljességében akkor látjuk át, hogyha meggondoljuk hogy a Handbuch der Neurologie szerkesztőségének választása ilyen felette fontos fejezet kidolgozására a világ összes szakemberei közül épen *Sarbóra* esett. Igaz ugyan, hogy *Sarbó*-nak szaktudományos pályája kezdetétől fogva maga választotta különös tárgya volt a központi syphilis, mégis teljes elégtételül szolgálhat neki az illetékes külföld részéről történt elismerés ezen megbízatás formájában. Ez a kidolgozás hosszú időre forrásmunka lesz.

Schaffer prof.

Törések és ficamok. *Mészáros Károly.* (71 lapon 50 ábrával. 1936. Novák Rudolf kiadása)

A törések és ficamok kezelése azon sebészi ténykedések közé tartozik, melyek elől az általános gyakorlattal foglalkozó orvos sem térhet ki, ha orvosi hírnevét fenn akarja tartani. A kérdés, különösen a töréskezelést illetőleg ma bizony forrongásban van, még mindig áll a harc a véres és vértelen kezelési módok, a rögzítő és nyújtó eljárások hívei között. Ezért fontos, hogy időről-időre olyan rövid összefoglaló munkák jelenjenek meg, melyek a gyakorló orvost ezen legfontosabb sérülések diagnosztikájának és therápiájának mai állásáról tájékoztassák és neki a felelősségteljes kezelésben vezérfonálul szolgáljanak. E szempontból igen hasznos munkát végzett a szerző, amidön könyvecskéjében tömören, világos, jól érthető és élvezhető előadásban foglalta össze a törés-ficam kérdésre vonatkozó legszükségesebb tudnivalókat, ismertetve és józan kritikával mérlegelve azokat az eljárásokat is, amelyek az utolsó évek folyamán felmerültek és a gyógyeredmények tökéletesítését célozták. A könyvet első sorban azok a vidéki orvosok fogják haszonnal forgatni, akik nagyobb kórházaktól távol eső helyiségekben müködnek, de nagy segítségére lesz majd a szigorlatra készülő orvostanhallgatóknak is. A minden tekintetben sikerültnek mondható kis munka értékét fokozzák a szöveg közé nyomott, s a megértést elősegítő ábrák is.

Milkó dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület január 18-i ülése.

Bemutatások:

Bach E.: *A Wolf—Schindler-féle flexibilis gastroscopról.* Ezen gastroskop a régebbi typusuaktól lényegben különbözik. Két részből áll: egy merev (okularis) és egy flexibilis részből. A flexibilis rész egy rövid-gyujtótávolságú lencserendszert tartalmaz, mely lehetővé teszi azt, hogy 34 fokos elhajlás dacára is éles képet kapjunk. Flexibilitása folytán a hiatus oesophageuson veszélytelenül halad át. A legnagyobb jelentősége a gastritisek diagnostikájában van (haemorrhagiák, erosiók felismerése), fontos szerepe van azonban bizonytalan ulcuscarcinoma-esetek tisztázásában. Tekintve, hogy a flexibilis gastroskop teljesen veszélytelen, a gastroskopiát be kell iktanunk a gyomorvizsgáló eljárásaink közé.

Rosenthal J : A bemutatott gastroskop kétségkívül nagy haladást jelent az eddigi merev eszközökkel szemben, mai formájában azonban még nem alkalmas arra, hogy minden kétes esetben használjuk. A gyomor nyálkahártyájának gastroskop utján történő megtekintése két görbületnek, ill. hajlatnak kiegyenlítését teszi szükségessé, melyek közül az egyik a száj és nyelőcső között, a másik pedig a gyomorban van. Kedvező esetben ez utóbbi hajlatnak kiegyenlítését teszi lehetővé a bemutatott eszköznek distalis, hajlékony fele. A szájnak s nyelőcsőnek tengelyét egy vonalba hozni sokszor sikerül, de megfelelő érzéstelenítés után is —, főként a 40 éven felüli, rák szempontjából gyanus egyéneken —, oly kínos, s kellemetlen a vizsgálat, hogy e hátrányokkal alig van arányban a vizsgálat eredménye. A gastroskoppal ugyanis nem tekinthető át az egész nyálkahártya-felület, amit azáltal igyekeztek kiküszöbölni, hogy az oldalt tekintő eszközén kívül utóbb egy előrefelé tekintő gastroskopot is levezetnek. E vizsgáló eljárás mai formájában akkor volna létjogosult és életképes, ha annak negativ eredményéből biztosan lehetne következtetni arra, hogy a betegnek ulcusa, s főként carcinomája nincs. — Mivel a nyálkahártya minden részlete nem mindig tekinthető át, e vizsgáló eljárás elsősorban az egész gyomornyálkahártyán elterjedt elváltozásoknak — különböző formájú gastritiseknek — kimutatására alkalmas. A vizsgálattal járó kellemetlenséget nem gondolja arányban állónak azon előnnyel, hogy a gastritis *látható* volt. A distalis felén hajlítható gastroskop a fejlődés egy fokozatának tekintendő, melynek további tökéletesítése után várható csak az eszköz általános alkalmazása.

Friedrich L.: Már 1926-ban próbálkozott a merev gastroskoppal. Veszélyessége miatt azonban elhagyta. Most hónapok óta foglalkozik már a hajlítható gastroskoppal OTI osztályán. Veszélytelen az eljárás, ha a contraindicatiókat betartjuk. A diagnostikai használhatóságát illetően 5 betegségi csoportról emlészik meg: 1. gastritis, ez a fő dominiuma a gastroskopiának, csak ez nyujt exact diagnosist, de sokszor más úton is felismerhető a gastritis. 2. Ulcus, gyógyulását másként exacte megállapitani nem lehet. Sajnos a legtöbb fekély a nyombélben ül s ez ma még nem látható. 3. Carcinoma korai diagnosisa, itt a gastroskopia sem vitt előbbre, mert a betegek panaszaikkal nem jelentkeztek tulkorán. 4. Jóindulatú daganatok elkülönítése. Ez nem nagy fontosságú, mert a legtöbb polypus praecarcinomás (Verebély) és igy operálandó. 5. Postoperativ gyomorpanaszok alkalmával igen nagy jelentőségü a gastroskopia. Főleg gastritiseket találunk. A gastroskopia csak segédeszköz, főleg az egyéb vizsgálatokkor negativoknak talált esetekben fontos. Nézete szerint nagy haladást jelent, veszélytelen; fő dominiuma a tudományos kutatás ma még.

Farkas Gy.: 200 elvégzett gastroskopia alapján állitható, hogy kellő anaesthesia és kiméletes behatolás mellett a flexibilis gastroskoppal történő vizsgálat veszedelmei igen kicsinyek. A röntgen alapján felfedezett ulcusok számát a gastroskop képes 5—6%-kal megtoldani. A carcinomák cardia körül ülő fajtáinak röntgendiagnosisa nehéz és jól kiegészíthetik a gastroskop eredményeivel. Fontos ezenkívül, hogy a corpuson tekvő carcinomák esetében csak a gastroskop képes megállapitani, hogy vajjon a daganatos infiltratió nem közelíti-e meg annyira a cardiát, hogy az operatio lehetetlenné válik.

Bach E A gastroskopiát technikailag uralni kell akkor nem szenved a beteg a vizsgálat alatt. Helyes technika mellett a flexibilis rész nem szenved olymérvü megtöretést, hogy a kerek kép eltorzulna. Carcinoma gyanú esetén different aldiagnosticus értékkel birhat. A pars pylorica 80%-ban beállitható, s ez igen nagy eredmény. A tracheába nem szabad tévedni, kellő figyelem mellett ez elkerülhető. A gastritist komoly megbetegedésnek kell tekintenünk, s főleg ideges gyomorbántalmaktól elkülönítéskor bir nagy fontossággal a gastroskopia.

Előadás:

Dobozy E : *A digitalis- és strophantin therápia időszerü kérdései.* A keringési elégtelenség klinikai typusainak és fogalmának rövid jellemzése után a digitalis-glykosidák kötésének feltételeit vizsgálja. Rámutat arra, hogy a beteg szivizom calcium és phosphatida tartalmának tetemes megfogyatkozásán kívül a szervezet hormon (thyreotoxicosis) és vitamin (beriberi) — anyagcseréjének zavara is oka lehet, a glykosida-kötő szervekben fellépő localis elváltozások révén a digitalis-therapia sikertelenségének. Ezzel kapcsolatosan utal azon néhany év előtt ismertetett megfigyelésére, hogy a thyreotoxikus szív digitalis érzékenységét jódos előkészítéssel lényegesen fokozhatjuk. A digitalis-therápiának csak egy biztos indicatióját ismerjük és ez a szivelégtelenség fennállása. Arrythmia absoluta esetén azonban a kamrafrequentiának 100/min. közelébe emelkedése szivelégtelenség tünetei nélkül is kivánatossá teszi a digitalis alkalmazását.

Schuster Gy,: *A serdüléses elmezavar sejttani elváltozásainak lényegéről.* Már kétizben beszámolt az Orvosegyesületben vizsgálatairól és az első sejtarchitektoniás agytérképét közölte J. r. Psych, u, Neurologie 31, kötetében., Horányi 1931-ben, Miskolczy 1933-ban végzett kimerítő kutatásokat a schizophrenia anatomiai vonatkozásáról igazolva ezen agytérképe helyes voltát. A schizophrenia mellett a paraphrenia eseteiben kimutatta, hogy ez a megbetegedés is a schizophrenia csoportba tartozhatik. Schaffer az endogen, ectodermogen megbetegedések csoportjába helyezi a schizophreniát és mivel Horányi 1931-ben megjelent közleménye még óvatosan, de teljesen helyesen itéli meg a sejtelváltozásokat, azt vizsgálta meg, hogy vajjon virus vagy ectodermotrop iktusok képesek-e schizophreniás természetü elváltozásokat létrehozni, vajjon az Alzheimer fibrillum elváltozások és spasticus heredodegeneratiokor jelenlevő fibrillum elváltozások vontakozásba hozhatók-e? Vizsgálatai arról győzték meg, hogy az abiotrophia fogalma meg kell, hogy maradjon. Az ectodermotrop betegségek esetében a kéreg egészében betegszik meg. Encephalitises megbetegedéskor található elváltozások is ezt igazolják.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztályának nov. 12-i ülése.

Bemutatások:

Zoltán I.: *Próbaexcisio után öt hónap óta tünetmentes hangszalag carcinoma.* A 49. éves nőbeteg 1934. szept. óta rekedt, 1935. januárban a jobb hangszalag dudoros növedékét másutt excindálták. Szövettanilag laphámrák. A klinikai kép nem felelt meg rossz indulatú daganatnak, a beteget megfigyelés alatt tartották. 1935. juniusában a jobb hangszalagon ülő apró egyenetlenséget excindálták; szövettanilag nyugtalan hám, de lefüződött, burjánzott sejtfészkeket nem láttak. Hallgató cura. Azóta 5 nap telt el, a két hangszalag teljesen egyforma, fehér, a hang jó. Ebből azt a tanulságot szürik le, hogy dacára a positiv szövettani leletnek, ha a klinikai kép nem szól rosszindulatúság mellett, a beteg pontos megfigyelése, helyes utasítás (hangkimélés, diaeta), egyelőre elégséges, amig a localis lelet nem indicálja a radicalis műtétet. Elképzelhető, hogy a kezdeti stádiumban lévő carcinoma a próbakimetszés alkalmával teljesen eltávolíttatott.

Lénárt Z,: Kiemelendőnek tartja, hogy a szövettani diagnosisnak döntő jelentősége van a műtéti indicatióra és a bemutatott esetben követett várakozó álláspont csak nagyon kivételesen gyakorolható. A felelőséget ezért csak megfelelő klinikai elváltozások és nagyon pontos ellenőrzés esetén lehet vállalni.

Szekér J.: *Chordoma az orr- garatban.* 3 év óta észlelt eset. A dagnat mindkét oldalt kitölti az orrjáratokat, mind két sinus maxilarist és a garat felső részét, valamint a jobb szemüreg belső részére is átterjed. A szövettani lelet (Entz prof.) alapján a daganat a chorda dorsalis maradványából kiinduló úgynevezett chordoma.

Safranek J.: Az ily daganatok klinice úgy tekintendők, mint a fibrocartilago basilarisból kiinduló koponyaalapi fibromák. Sugárkezelés eredménye kétséges. Műtétre alkalmasnak tartja.

Lénárt Z.: Nem valószinü, hogy a daganat sugárkezeléssel visszafejleszthető lenne és szintén a műtéti eltávolítást tartja szükségesnek.

Wein Z.: *Neurastheniát okozó pajzsporccrepitatio műtéttel gyógyult esete.* Az 1934 március havi ülésen 25 éves tanitót mutatott be, aki a nyakizmainak megfeszítése mellett fejforgatással tapintható és hallható ropogást idézett elő. A betegen valóságos kényszer mozgássá vált a csontjainak ropogása, amely fájdalomhoz és végül hivatása teljesítését gátló súlyos neurastheniához vezetett. A röntgenfelvétel a pajzsporc felső szarvának megnyulását és hátrahajlását mutatta, ami azt valószinüsitette, hogy a fejforgatása közben a rugalmas felső szarvak akadnak fenn, — talán a rögzitett nyelvcsonton —, miért is a porcszarvakat szept. hó elején resecálta. A műtétkor kitünt, hogy a hosszú porcnyulványok a gégefő jobbra, balra tologatásakor a gerincoszlop elülső felszinét surolták. Gyógyulás után a súlyos idegállapot, a ropogás és a fájdalom megszünt.

Lénárt Z.: a) *A sziklacsontból kiinduló nagy aneurysma miatt carotis communis és v. jugularis alákötése.* 60 éves nőn a bal fülkagyló előtt gyermekökölnyi, erősen pulsáló és surrogó daganat van, amely a kitágult, kanyargós és pulsáló v. jugularis externába folytatódik; a vena leszorítására a tumor erősen megduzzad. A külső hallójáratot szintén pulsáló daganat tölti ki. Az epipharinx bal falán szintén pulsáló és surrogó daganat van A daganat fülkagyló előtti és garatba bedomborodó felszinét két ujj közé fogva, a távolság kb. 12 cm-re becsülhető. Röntgen képen a bal sziklacsont és a porc. mastoideus elpusztulása, úgyszintén a scala medián és posterioron, valamint a foramen jugulare tájékán kiterjedt csontdestructio látható. — A betegen 1913-ban radikális műtétet végeztek a fülészeti klinikán; 1929-ben a gégekórtani klinikán epipharyngealis tumort irtottunk ki nála; a szövettani vizsgálat kis gömbsejtes sarkomát állapitott meg. Az aneunysma keletkezése úgy magyarázható, hogy a daganat destructiv növekedése folyamán nagy üreget vájt ki, amely magába foglalt a carotis internat és a v. jugularis externát; az erek arrosiója lassan következett be, ezért nem történt hirtelen elvérzés, hanem csak arterio-venosus közlekedés jött létre a praeformált üregben. Tekintettel az aneurysma nagy kiterjedésére, a beteget a megrepedés és az elvérzés veszélye fenyegeti. Ennek elhárítására a carotis communis és v. jugularis egyidejü ligaturáját végezte. Azóta a tumor pulsálása megszünt és a daganat lényegesen megkisebbedett. A gyógyulás complicatio nélkül folyt le; a beteg most röntgen-besugárzásban részesül. Bemutató ezen eseten kivül még egy carotis communis és egy carotis interna lekötést végzett a klinikáján életveszélyes vérzés és garataneurysma miatt; ezekben sem jelentkeztek az agy részéről szövődmények.

b) *Gyógyult lymphoepithelialis gégecarcinoma.* 29 éves férfibetegen észlelt gesztenyenagyságú, sima felületü daganat fekszik reá a gégebemenetre és vastag kocsánnyal a jobb plica aryepiglotticáról látszik kiindulni. A nyaki mirigyek normalisak. A szövettani vizsgálat lymphoepitheliomát állapitott meg. Ez kevésbbé ismert daganatfajta, amelyet 1921-ben *Schminke* és *Regaud* irtak le elöször, nálunk pedig *Zalka Ö.* ismertetett. Jellemző reá, hogy nagy mértékben sugárérzékeny, amit egy másik esetében is tapasztalt, ahol a sinus pyriformisban lévő tumor röntgen-kezelésre nyomtalanul eltünt. A daganatot endolaryngealis úton kaccsal egy darabban sikerült eltávolitania, számbavehető vérzés nem volt. A beteg azután röntgen-besugárzásban részesült Jelenleg félévvel a beavatkozás után teljesen egészséges; a gége normalis, a hang tiszta, a tumor helyén sima, vonalas heg látható. A beteget tovább is meg kell figyelni, mert a lymphoepithelioma gyakran okoz localis recidivát és a távoli szervekben áttételeket.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Gynäkologiai Szakosztályának november 14-i ülése.

Bemutatások:

v. Sövényházy A.: *Petefészek-tömlő repedése vizsgálat közben.* 3 esetről számol be, melyek egyikében sem járt a tömlo repedés komolyabb tünetekkel. 2 esetben tüszőtömlőről, a harmadik esetben pedig jóindulatú és nem fertözött tartalmú petefészek-tömlőről volt szó. Vékonyfalú tömlők megrepedése nem indokolja az azonnali műtéti beavatkozást, egyedül gyulladásos eredetü, fertözött tartalmú, rosszindulatú, vagy dermoid-jellegü tömlők megrepedésekor szükséges az azonnali mütét.

Batizfalvy J.: Két, vizsgálat közben megrepedt corpus luteumból származó tömlő hasüri vérzést okozott és emiatt mütét vált szükségessé. Az elkülönitő kórisme szempontjából fontosnak tartja az aránylag gyakran előforduló corp. luteum cysták felismerését,

Mannsfeld O.: A Douglason át jól elérhető és nem fertözött tartalmú petefészek-tömlők punctióját alkalmasnak tartja a nagyobb mütéti beavatkozás elkerülésére.

v. Sövényházy A.: Lutein-cysta és folliculus-cysta elkülönítése klinikailag nem lehetséges, ezt csak a szövettani vizsgálat döntheti el. A tapasztalatok szerint gyakrabban előforduló tüszőtömlő jelenlétére gondol az általa ismertetett esetekben. Tömlők punctióját a hüvelyboltozaton keresztül csak nagyon ritkán, a hasfalon keresztül egyáltalában nem látja célszerünek és ajánlatosnak.

Hufnagl K.: *Terhesség megszakítása pyelonephritis miatt.* V. hónapos terhes, jobb vesében kifejlödött pyelonephritis miatt decapsulatio. Mivel a bal vese is megbetegedett és septikus állapot fejlödött ki, burokrepeszés útján megszakitották a terhességet. A beteg meggyógyult. Ismerteti a terhességi fertözéses vese-megbetegedések következményeit és azoknak kezelését.

Ábrahám J.: *Magas egyenesállás fejtetőtartás mellett.* Positio occipitais sacralis mellett a medence-bemenetben rögzitett fej miatt manualis correctio nem jöhet szóba. A magzat érdekében magas üregi Kielland fogómütétet végzett, a fejet a fejtető tartás mechanismusa szerin fejtve ki. A magas egyenes állás okát a fej brachicephal formájában véli megtalálni.

Simkó B.: Hasonló esetet ismertet, ahol a magas egyenes állásból fejtető tartásos positio occipitalis sacralis fejlödött ki és a szülést a magzat érdekében magas fogóval fejezte be. Amennyiben a fej nem rögzült, a korai manualis correctiót ajánlja.

Előadás:

Fekete S.: *A szövődményes petefészekdaganatok mütéteiről.* 2058 hasmütétje közül 310 volt petefészek-daganat. Ezek közül 14.5% malignus. Utóbbiaknál 19 radikális mütét, 26 explorativ hasmetszés és röntgen-besugárzás. Ezek közül 4 betege van, akik 3 éve recidiva-mentesek. Elgennyedt pete-

fészek-daganatot 13 esetben operált. (7 radikalis mütét, 4-ben a megnyitott daganatot drainezte, 2 esetben oncotomia és ezt hónapokkal követöleg radikalis mütét). Meglepő, hogy a drainezett esetekből 3-nál a daganat csaknem teljesen felszivódott, úgy hogy további mütéti beavatkozásra nem volt szükség. Ez utóbbi körülményt azzal magyarázza, hogy genyedésben tönkre megy a daganatok specifikus hámbélése, a secretio megszünik és a kötöszövetes fal felszivódik. Amidön ez nem következik be, indokolt a mütét. 11 esetben torsio volt és mütéti beavatkozás történt. Ilyenkor, jól lehet pár napi észlelés nem okoz bajt, a mütét mielöbb elvégzendő. Necrobiosist 3 betegen talált. A palliativ mütét elkerülendő, mert a gyorsan szétesö, elhaló daganat mérgezi a szervezetet. 12.9%-ban különböző okokból a petefészek-daganat életveszélybe sodorta a beteget. (5 óriás cysta, 2 áttörés malignitás nélkül, 3 bevérzés, 1—1 pseudomyxoma peritoneii, graviditas extrauterina és appendix tályoggal való összenövés).

v. Szathmáry Z.: A II. sz. női klinika 16 évi anyagából 1005 jóindulatú és 193 rosszindulatú, szövettanilag kivizsgált petefészek-daganat szövödményeit ismerteti. 177 petefészek rák statisztikája szerint halálozásuk 5.2%. Ez utóbbiak közül 133 beteget 5 év óta ellenörzött: gyógyult 38.3%, meghalt 39.1%, 5 éven túl recidivált 2.3%, a többi betegek sorsáról pedig nem nyert értesülést. Az absolut gyógyulás, melyben a próbahasmetszések és még nem operált eseteket is beleszámitja, az 5 év óta ellenörzött anyagban 31.6% gyógyulást mutat. Az egyoldali rákos daganatok közül az a csoport, ahol csak az egyik oldali függelékeket távolitották el, kedvezöbb gyógyulást mutat (66%), mint az a csoport, ahol a másik oldali függelékeket, vagy a méhet is kivették. (63%). Ez alapon a fiatal, gyermektelen nökben a helyi lelet alapján szóba jöhet a méh és a másik oldali petefészek visszahagyása, az igy operált betegeknek gondos ellenörzése mellett. A rosszindulatú petefészek daganatok gyógyitásának legfontosabb kérdését a korai felismerésben és a mielöbbi mütéti beavatkozásban látja. Idézi *Tóth* tanár szavait, ki a még mindig gyakran tapasztalható punctio helyett a próba-hasmetszést ajánlja.

Magyar Phonetikai Társaság nov. 22-i ülése.

Előadás.

Pátzayné Liebermann I.: *Mozgásvizsgálatok dadogókon.* Az állami Beszédgyógyitó tanfolyam növendékein végzett mozgásvizsgálatai a dadogók összmozgáskészségével foglalkoznak. A tesztek az egyensúlyozás, a járás, a lélegzés, a beszéd, rhytmusérzék és mozgásemlékezetet vizsgálják. Eredményeik szerint a dadogók mozgása néhány feltünö pathologiai rendellenességet mutat. Rendellenes a dadogók járása, egyensúlyozása testtartása, légzése, beszédoekonómiája szájnyitása. Legsajátságosabb tünet járás közben a féloldali motoros assymetria, amely az egyik láb hosszabb lépésében és nagyobb erökifejtésében nyilvánul meg és a kilélegzés közben fellépő hirtelen egyidejü hasfal s rekesz energisatio, mely a megijedésnél jelentkező levegö visszatartással azonosnak látszik. Jellemzi ezenkivül a dadogók mozgását a testtartásból és a beidegzés szakadozottságából származó inoekonomia.

Deseő D.: Felajánlja az előadott érdekes megfigyelések kisérleti kibövitésére az állotorvosi osztály élettani laboratóriumának tudományos felszerelését.

Némai J.: A dadogás a beszédszerv coordinatiós zavara, melynek leküzdésére különféle izommozgásokkal erölködnek, Ezek csak látszólagosan görcsös állapotok és a szándékos beidegzés körzetébe tartoznak. Ez *Fröschels* megállapitása, aki szerint a látszólagos spazmus azonnal megszünik, ha a beteg nem kiván többet beszélni, ami tudvalevöleg nem tulajdonsága a spazmusnak.

Kelemen Gy.: Felhivja a figyelmet a dadogók beszédjében oly fontos belégző hangképzésre és az ezzel összefüggő rendellenes mozgásokra.

Simonyi B.: *A színészek beszédkészségének tudatos fejlesztése nélkül nincs egységes színpadi nyelv.*

Sürgeti, hogy színészképzöinkben csak olyan színész-pedagógusokat alkalmazzanak, akit a tudatos beszédkészség fejlesztésének vizsgázott szakemberei. A gépies inányzatú színész iskolák ontják a rosszúl lélegző és beszélő, helytelen kiejtésü, hibásan hangsúlyozó, téves hanglejtésü, nyelvrontó színészeket. Végül az előadó az egységes színpadi beszéd kialakitását sürgette.

Pollatschek E.: A szinpadon az ábrázoló müvészetnek csak egy, bár igen fontos részét képezi a beszéd, Más a deklamáló, más a társalgó beszéd. Elismeri, hogy kabarékban nem mindig van meg a helyes beszéd mértéke, azonban nem szabad azt állitanunk, amint azt az előadó úr mondja, hogy pl. a Nemzeti Színház müvészei nem tudnak helyesen és jól magyarúl beszélni. A beszédtanitás a színmüvészeti akadémián kitünö kezekben van és ha vannak is egyeseknél egyéni sajátosságok, azokról nem szabad azt állitani, hogy nem tudnak magyarúl beszélni.

Deseő D.: Kár, hogy az előadó nem maga ad elő, mert akkor meg tudnánk, hogy milyen irányban óhajtja az emberek beszélőképességét befolyásolni.

Némai J.: A tiszta kiejtést csak akusztikai úton példaadással, nem pedig anatómiai alapon lehet tanitani. Nem ért egyet az előadóval, mert akadémiai tanáraink ily tanitásra rátermettek.

Simonyi B.: Fenntartja állitásait.

Lénárt Z.: Az előadó azon indítványa, hogy a Phonetikai Társaság az előadottak értelmében tegyen felterjesztést a Vallás és Közoktatásügyi Miniszter úrhoz, nem alkalmas a tárgyalásra, mert egyéni kritikán kivül nem tartalmaz egyebet.

A Magy. Kir. Természettudományi Társulat mikrobiologiai szakosztályának nov. 26-i ülése.

Előadás:

Gajzágó D.: *Bakteriophag vizsgálatok különös tekintettel a viz egészségügyi megitélésére.*

Az előadó kiterjedt kisérleti berendezés mellett tanulmányozta a régi és a Nyberg által ajánlott bakteriophag kimutatási eljárás közti különbségeket. Továbbá azon kérdések tisztázására végzett vizsgálatokat, hogy vajjon a vízből kimutatható phag specifikus-e és ily módon lehetne-e alkalmazni ezen eljárást a kórokozó bakteriumok kimutatása helyett, vagy pedig, ha a phag nemcsak a homolog bakteriumokra hat, hanem más bakteriumfajtákra is, úgy valamilyen rendszer mutatkozik a phag polyvalentia hatásnál vagy nem. A megejtett sorozatos kisérletekből kitünt, hogy a régi módszer csak némi tájékoztatót nyujt a vízben lévö bakteriophagokról, mig a Nyberg-féle eljárás sokkal jobban megfelelt azon követelményeknek, hogy a vízben jelenlevö gyenge phagokat eröteljes hatásúakká tegyük és ezáltal a kimutatás élességét fokozzuk. Az új eljárás segitségével olyan phagok is kimutathatók lettek, amilyenek a régebbi módszerrel nem. A Nyberg által ajánlott módszer segitségével a vizsgálandó vízben igen kis mennyiségen jelenlevő bakteriophag is könnyen kimutatható. A phag némely vízben csak az előkezelésre használt bakteriumtörzsekre hat, más esetben pedig a homolog törzsekre, sőt sok más fajhoz tartozó bakteriumtörzsre is. A polyvalentia phag-hatásnál semmi rendszer nem mutatkozott. Az ivóvíz vizsgálatkor az eddigelé szokásos bakteriologiai methodusokat hasznos értékekkel támogatná a B. coli- és esetleg a B. dysent. Shiga-phag kimutatása, A bakteriophag jelenlétéből nem lehet biztonsággal következtetni a specifikus kórokozókra, mert a polyvalentia hatás érvényességre jut, csak azt lehet megállapitani, hogy az illető víz fäkálliákkal szennyeződött e vagy nem.

Varga F.: *A gonococcus mutatioja.* 582 különböző férfi és női gonorrhoeás beteget vizsgált mikroszkópos és tenyésztési eljárással föként abból a szempontból, hogy a chronicus go.-nál található Gram-positiv diplococcusoknak milyen szerep jut a megbetegedésekben. A Gramm-festést módosított eljárással végezte. E Gram-pozitiv diplococcusok megjelölésére az eddig használt különböző nevek helyett, mint: para-gonococcus, pseudo-gonoc, synococcus, duplococcus commensalis egységesen *„P" typusu gonococcus*, a Gram-negativ helyett pedig *„N" typusú gonococcus* elnevezést ajánja. Táptalajul az „N" ty. számára nyúlhúsból készült Timochina féle ascites agart használt (pH 7,4), a „P" ty. számára ugyanezt ascites nélkül, 1% nádcukorral (pH 6.8). Vizsgált eseteiben a „P" typust acut go.-nál 51,3%-ban, choronicus go.-nál pedig 97,2%-ban tudta kimutatni. Mutotios kisérleteiben azt találta, hogy az „N" ty. savanyú ascites agaron tenyésztve néhány generatio után „P" typus lett. A „P" typust ellenben in vitro csak élő leukocytákkal való együttenyésztéssel sikerült „N" ty-

pussá mutálni. Erre a célra myeloid lekémiás betegből vett túlélő leukocytákat használt. Állatokon az „N" typussal megbetegedést előidézni nem sikerült, a „P" typussal azonban hím nyulakon és kutyákon urethralis fertőzéssel olyan folyamat volt provokálható, amelynek gennyéből a fertőzés után négy nap múlva mikroszkoposan is, tenyésztéssel is „N" typust lehetett kimutatni. A közölt eredmények és folyamatban levő serologia vizsgálatai alapján a két typusnak egymásba való mutálása az emberi szervezetben is lehetségesnek tételezhető fel s mint ilyen a fertőzés terjesztésében bírhat jelentőséggel. A „P" typusnak chronicus esetekben való nagyszámú előfordulása (97,2%) pedig arra enged következtetni, hogy ez volna gyakoribb forrása a betegségnek ami természetesen nem zárja ki az „N" typussal való önálló fertőzés lehetőségét.

A Szegedi Egyetem Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának november 13-i ülése.

Varga T.: *Mi a diagnostikai jelentősége a lábclonusnak a csecsemő és gyermekkorban?* (Kézirat nem érkezett.)

Dobszay L.: *További vizsgálatok a nemiszervek élettani viszonyainak kialakulásáról.* Korábbi vizsgálatai kapcsán sikerült a Doederlein flora megtapadását és kifejlődését 100.000—150.000 E. tüszőhormon adagolásával mesterségesen létrehozni olyan idősebb csecsemőkön, akiknek hüvelyében megelőzőleg már a gyermekkorra jellemző vegyes coccus flora és alkalikus vagy neutralis hüvelyreactio volt található. A továbbiakban e módszerrel vizsgálta a physiologiás genitalis milieu kialakulásának szövetchemiai feltételeit. Megállapította, hogy a milieu szabályozásának középpontjában a tüszőhormon áll. Ennek hatására a hüvelyhámban — mely megelőzőleg glycogen mentes volt — nagy mennyiségű glycogen halmozódik fel. Egyidejüleg mélyreható szöveti változás is indul meg, melynek eredményeként a hám desquammalodik. Az ily módon lelökődött hámsejtek autolysisekor nagymennyiségű glycolitikus ferment szabadul fel. A glycolysist elsősorban ez a ferment végzi s csak ha a hüvelyváladék egy bizonyos, a Doederlein flora létezéséhez mulhatatlanul szükséges savanyúságot már elért, fejlődik ki flora és folytatja a savképzést a glycolysis közbülső termékeként keletkező alacsonyabb molekulája szénhydratokból

Bános A.: *A strychnin hatása az alapanyagcserére.* (Kézirat nem érkezett.)

A Debreceni Orvosegyesület november 11-i ülése.

Bemutatások:

Benedek L. és Thurzó I.: *Porencephaliára valló encephalogram csecsemőkori encephalitis után.* Agyi defectusokat okozhatnak gyulladások, vascularis folyamatok után beálló zsugorodások, avagy az agy valamely részletének fejlődési visszamaradása. Az agy sajátos tölcsér, vagy hasadékszerű hiányait *Heschel* porencephaliának nevezte. A porencephalia kórismézését legtöbbször csak kórbonctani alapon állapították meg. Az encephalographia útján már élőben megállapíthatjuk. Az agy állományába elég mélyen behatoló tölcsérszerű defectust tüntet fel a bemutatott encephalogramm. Az irodalomban alig közölnek encephalogrammokat porencephaliás esetekben.

Ökrös S.: A vizsgálat később kiderítette, hogy az alsó clivamagvak közepében búzaszem nagyságú, rozsdabarna színű, idült encephalitises góc van, melyben a dúcsejtek elhaltak, a dúc alapszövete itt felritkult, szemcsesejtektől áthatott. A gyermeken sürün követték egymást epilepsiás rohamok. Az oliva-magvak körülírt gócait okozati összefüggésbe lehet hozni az epilepsiás rohamokkal. Feltehető ugyanis, hogy az oliva-magvak centralis részének laesiója, működési kiesése folytán olyan mozgászavar keletkezik, mely végső kihatásában epilepsiás rohamban nyilvánul. Amennyiben az oliva dúcsejtjeinek pusztulása a genuin epilepsiában elhalt egyénekben is megállapítható lesz, úgy az oliva-magvakat az epilepsia keletkezésében fontos centrumnak kell tekinteni.

Benedek L. és Thurzó I.: *A Dercum-féle betegségről.* A Dercum-féle betegséget először thyreogen eredetűnek tartották. A mai felfogás szerint polyglandularis kóreredetű. Az adipositás és a különböző lipomatosisok és lipodystrophiákkal szemben való elkülönítő kórismézéséről szólanak. A Roux és Vitout-féle felosztásnak megfelelő II. typusú Dercum-féle betegség esetét mutatják be és elemzik a klinikai tüneteket és azoknak endokrin-vegetativ hátterét.

Előadás:

Hüttl T.: *A tüdőemboliák keletkezéséről,* II. rész.

Ökrös S.: A pulmonalis embolia kérdését előadó többek között azért hozta felszinre, mert a apos klinikai megfigyelések alapján arra lehet következtetni, hogy a tüdő-verőereket elzáró rög nem a venás rendszer egy bizonyos részében, hanem elsődlegesen a tüdőverőerekben keletkezik. A rögképződés helybeli okának kiderítése végett vizsgálni fogjuk a tüdőverőér ágait. Amenyiben érfal-laesio ezekben tényleg kimutatható lesz, úgy a tüdőbeli elsődleges rögképződés, illetve beékelődés problémája egy új oldalról lesz megvilágitva.

Hüttl T.: Nem hiszi, hogy az érzéstelenitő szerekkel kapcsolatos vizsgálatok az emboliák keletkezésére vonatkozólag értékesíthető adatokat szolgáltatnának. A meteorologiai vizsgálatok számára ugyanis azok a gyorsan ölő emboliák a legértékesebbek, amelyek asepticus sebgyógyulások mellett lépnek fel akkor, amikor az érzéstelenitő szer, amely a mütét alkalmával igénybe vétetett, már szerepet nem játszik. Az emboliák keletkezésének thrombosisos magyarázatával a kórboncnokok figyelmét akarta felhivni arra, hogy ezirányban vizsgálatokat végezzenek, mert ez a magyarázat a klinikai igényeket sokal inkább képes kielégiteni.

November 21-i ülés.

Bemutatások:

Kudász J.: *A szív kettős viszeres szájadékai.* 1, eset, M, G. 8 éves. A szív megnagyobbodott, súlya 400 gr. A bal viszeres szájadék kettős. A rendes szájadek mellett, mely két ujjpereo számára átjárható, egy másik szájadék is van, mely az elülső vitorlának közepén fekszik. E szájadek ovális alakú, 10x8 mm, átmérőtű, egy vitorlája van csak, mely a fővitorla bázisa felől helyezkedik el és szelepesen tökéletesen zárja a nyilást. E billentyű szabad széleitől öt rövid kü ön inhúr indul el, melyek három kicsi rendellenes szemölcsizom csúcsi részével függnek össze. — 2, eset. F. G. 69 éves. A szív megnagyobbodott, súlya 510 gr. A jobb viszeres szájadék hátsó billentyűjének két rendellenes nyilása van. A nagyobb (12x12 mm.) átmérőjü rendellenes szájadék szélein néhány finom másodlagos vitorla ered, melyek legnagyobbika hátul fekszik. E szájadék széleitől több igen finom inhúr vonul két szemölcsizamhoz és egy izomgerendához. A kisebbik szájadék (1,5x2 mm,) hátsó billentyüszerüen lehajtott szélétől egy a főbillentyüvel közös szemölcsizomhoz lépő, több ágra oszló inhúr ered.

Skutta A.: *Lupus vulgaris faciei esete plasztikai beavatkozás előtt.* Betegének subtotalis orrhiánya és mikrostomiája van. Az orr és száj környékén fennálló lupusos folyamat, mely 14 éve tart. A megkezdett sómentes diaetás-, Rtg.- és helyi chemiai therápia befejeztével a beteg orrprothesist kap, majd a teljes gyógyulás beálltával sebészi szájnyilás képzésben részesül, melyek elvégzése után újból bemutatásra kerül.

Kovács F.: *A vese Röntgen-besugárzása útján gyógyult ureter-fistula.* Carcinoma colli miatt végzett kiterjesztett hüvelyi méhkiirtás után 8 nappal keletkezett jobboldali inkomplett fistula, mely 8 hónapig tartott. Miután a bal vese ép volt, a jobb vese Röntgen roncsolását végezték, melyre a fistula 10 napon belül meggyógyult. Az ezután egy hónappal végzett urologia és urographiai vizsgálat a jobb vese teljes kiesését mutatta, noha a Röntgen-besugárzás előtti urographiai felvételnél még a jobb vese is teljesen kirajzolódott. Bemutató az irodalomban eddig kétségbe vont ilyen kezelési sikert a részben alkalmazott igen erélyes Röntgen-dosisnak tudja be. Hangsúlyozza, hogy 3 hónap előtt ureter-fistula gyógyitás céljából sem sebészi mütétet, sem veseroncsolást végezni nem szabad. Másrészt a sebészi mütét előtt mindig megkisérlendőnek tartja a különben veszélytelen Röntgen-kezelést, amely eredménytelenségnél 6 hét múlva megismételhető.

Weninger A.: Ismerteti a veseroncsolás azon eljárását, melyet a debreceni női klinikán követnek.

Kovács F.: A besugárzás előtti urologiai vizsgálat kétségtelenül igazolta, hogy a fistula nem spontán gyógyult, hanem a Rtg. sugár által előidézett veseparenchyma-pusztulás szüntette meg a vizeletcsurgást. Az álla'kisérletek, amelyek a veseparenchyma nagyfokú Rtg. ellenálló képességét mutatják, nem

vihetők át az emberre; de ettől eltekintve is elképzelhető, hogy hogy az uereter-fistuláknál legtöbbször fennálló lappangó vesemedence- és veseinfectio a vesét sugárérzékenyebbé teszik.

Előadás:

Kovács F.: *A házi és intézeti szüleszet teljesítőképessége az új magyar szülészeti rendtartás adatai alapján.* Időszerű ismét a vita arról, hogy a házi vagy intézeti szüleszet nyújtja-e a jobb eredményeket. Az új magyar szülészeti rendtartás olyan statisztikai alapot nyújt ezen összehasonlítás céljaira, amilyen más kultúrállamokban megközelítőleg sem áll rendelkezésre. Ezekből kiderül, hogy az intézeti szülészet a koraszülött magzatok mortalitásában csaknem 50%-kal kedvezőbb értékeket mutat; de az összes, a magzat világrahozatalát szolgáló műtéteknél megállapítható az intézeti szülészet fölénye a magánházival szemben. Ugyanez vonatkozik a septicus anyai megbetegedésekre is. A statisztikából különben megállapítható a magyar szülészeti iskola erősen konservatív volta, amelyet azonban teljes mértékben igazol a 247,808 magzatnál a 3,1% összes magzati szülési halandóság, amely világviszonylatban is kitünő eredmény.

Zempléni V., Gy.: Hosszú ideig számolni kell még avval, hogy a szülések többsége magánházakban történik. — Szülészeti osztályaink egyik csoportja *közkórház* jellegü. Másik csoport a tanító intézetek, bábaiskolák és klinikák. A klinikák feladata az általános orvosképzésen felül a *szakorvosnevelés.* Kívánatos, hogy a magánházakban lezajló szülések orvosi ellátása hovatovább a szakorvosi névsorba felvett *szülészek* munkakörébe tereltessék.

Kovács F.: A statisztikai összehasonlítás nem a magánorvosok eredményeit kritizálja, mert hiszen azok sokkal nehezebb körülmények között dolgoznak, mint az intézetek. A fejlődés iránya és népességpolitikai szempontok kétségtelenül azt kívánják, hogy az intézeti szülések számát minden rendelkezésre álló módon és eszközökkel elő kell mozdítani.

A magyar magaslati üdülőtelepek szükséges voltáról.

Irta: *Kollarits Jenő dr.,* egyet. c. rk. tanár.

Lapjaink elsírták: 10.000 magyar kért és kapott az utolsó húsvéti ünnepeken üdülő útra külföldi devizát, de nem tudnának megfelelni a kérdésre: hol üdülhetne 10.000 magyar a trianoni határon belül és hol tölthetné el még ennél a számnál is több honfitársunk kellemesen a nyarat, anélkül, hogy Hazánkat elhagyná. Magyarország ma még csakugyan nincs kellőképen berendezve erre, mert a békeidőben megszoktuk a külföldi hegyeket és elhanyagoltuk a Tátrán kivül az otthoniakat. Ezen segíteni kell, mert az *üdülés és nyaralás nem luxus, hanem fontos egészségügyi szükséglete* minden szellemi és testi munkásnak, a házában örökké fel s alá tipegő családanyának, valamint a szobasápadt városi gyermekhadnak.

Azok, akik a békében a külföldi hegyvidéket keresték fel és a nyár forróságát nehezen tűrik, különösen hiányát érzik a magyar magaslati üdülőhelyeknek. A Kékes szállója, Mátraháza, a galyatetői menedékház kevés embert tud csak magába fogadni. A fejlődés mindig a legkönnyebb utakat keresi meg a kisebb ellenállás, illetve ami ugyanaz, a kisebb erőfeszítés törvénye, „*Hamilton* elve" szerint. Igy alakult ki igen örvendetesen a Mátrában és a Bükkben Mátrafüred és Lillafüred 300—400 m. magasságban, mert e helyek kezdete már meg volt adva a háború előtt is.

A Bükkbe, a Felső-Mátrába és a Dobogókőre vivő és a részben még készülő parád—pásztói és börzsönyi autóutakon most már kényelmesen eljuthatunk, illetve el fogunk juthatni magasabb hegyvidékeinkbe, de ez csak az első lépés az ottani magaslati üdülő és lakótelepek megalkotása felé. Ezek a telepek azonban nem állhatnak pusztán szállókból. Szükség van arra, hogy az elszegényedett középosztály ott magának olcsó nyaraló otthont is épithessen kerttel, gyümölcsössel. Aki a saját házában fog nyaralni, télen sportolni, vikendezni, az le van kötve a hazai röghöz és nem fogja pénzét egy kis friss levegőért a külföldre vinni, még akkor sem, mikor a határok valamikor ujra megnyilnak. Ezért helyezek súlyt arra, hogy nemcsak szállókra, hanem magánnyaralók épitésére alkalmas parcellázásokra is van szükség és hogy ezek a később jövő fejlődésre éppen a határok megnyilása miatt talán még a szállóknál is fontosabbak.

Ha ilyen magaslati telepek megalkotása egészségi szükségesség, akkor ezt a munkát nem lehet csupán egyesek kezdő lépéseire bizni. Ahhoz hozzá sem tudnának fogni, hiszen közműveket, villamos világítást, vízvezetéket, csatornázást, útakat kell létesíteni. Ez elsősorban állami és városi feladat. Arra, hogy a város mit tehet ezen a téren, példa Gyöngyös. Ott a hazafias és találékony vezetőség, élén *Puky Árpád dr.* polgármesterrel, néhány év alatt igen kis kezdetből, majdnem semmiből nagyügyesen hozna létre Mátrafüredet azáltal, hogy 50 évre 20 pengő évi bérért telkeket osztogatott, kötelezve a bérlőt házépitésre, kert megteremtésére és gondozására. Evvel jól járt a bérlő, de jól járt Gyöngyös városa is, mert majdnem értéktelen erdőterületeket varázsolt át villatelekértékre, amelyen a bérlő előbb-utóbb meg is váltja parcelláját. Azonkivül a város jól kigondolt módszerével adóalanyokban is sokat nyert.

A Felső-Mátrában a vízszűke megakaszt ma minden fejlődési lehetőséget, amig a vízkérdés megoldva nincs. Erre a tervek megvannak: ahogyan a Dobogókőn épülő szálló *a vizet a 100 m. magasan folyó Dunából 600 méterrel 700-ra hozza fel* és avval az ott eladó telkek vezetékét is ellátja, úgy a 170 m. magasan fekvő Gyöngyös artézi kútjának kitűnő vizét is fel lehet emelni a Kékesre. Sürgős kormányfeladat erre a fedezetet megtalálni.

A Felső-Mátra, a Felső-Bükk, a Börzsönyi és Pilisi hegyek nyaraló, sportoló hellyé kifejlesztése azért is kiválóan fontos, mert csak ezek a magas helyek fognak tudni versenyezni a külfölddel. Minél magasabb a hely, annál inkább és az év annál hosszabb idejéig alkalmas az üdülésre. Magasabb hegyen több a hó és hosszabb ideig marad fekve. Ott tehát téli sportra több ideig van lehetőség. Ezért az alacsonyabb hegyvidék a magasabbal szemben jövedelem szempontjából sem versenyképes. Nem versenyképes az alacsonyabb hely a magassal szemben sok betegség gyógyitásában sem. Semmiféle helyi érdek sem adhat előnyt az alacsonyabb hegyvidéknek, mert éppen a helyi érdek bánná meg, ha a fejlődés más hegycsoportra húzódnék, ahol hamarabb találja meg a lehetőségeit, mert a fejlődés az előbb említett okoknál fogva föltétlenül a magasabb vidéket fogja felkeresni és nem a lejjebb fekvőt és a négy megnevezett hegycsoport közül leginkább azt, amelyik leghamarabb és legmagasabban ad törekvéseinek hajlékot.

Van, aki a mai hazai terület legmagasabb hegységét, a Mátrát a Tátrától félti. Ezt a félelmet alaptalannak tartom akár a parcellás telepek, akár a szállók szempontjából. Még pedig mind két szempontból azért, mert 2 óra alatt auón elérhető helynek már is sok az előnye, a parcellás telepek tulajdonosai pedig nem hagyják el házaikat a Tátra kedvéért sem. Mellékesen említem meg, kerülni kell magaslati helyeinken azt, hogy egy szálló egyeduralmat kapjon. A szabadversenyt kizárni hiba és mert itt közegészségügyről van szó, ebbe a belügyminisztériumnak is kell hogy legyen beleszólása.

Parcellás üdülőtelepek megalkotására van erdeje Budapestnek, Sopronnak, Gyöngyösnek a Mátrában és az államnak a Bükkben, a 300 m. magas Ujhután és attól nyugatra fel a 956 m. magas Bálványig. A mátrafüredi jó példát évi 20 pengős, de megváltható örökbérletekkel mind e helyeken lehet utánozni. Magánbirtokosokkal szemben ilyen követeléseket nem támaszthatunk, de az erdőbirtokos egyházak nem járnának rosszul, ha parcellázás útján ők is villaértékekre váltanák át kisértékű erdőrészeiket. Az egri érsekségnek például a Mátrában a 965 m. magas Galyatetőn, a Bükkben a 950 m. magas Tarkőn és Egerhez közel a 668 m. magas Várhegy déli lejtőjén vannak ilyen célra alkalmas erdei, amelyek közül az utóbbiak Eger városét is nagyon emelnék.

A „helyet a fiatalságnak" mai életünkben el nem kerülhető elve korai nyugdijba juttatott sok érdemes és még munkaképes embert. Károsodásukért érdemelnének kárpótlásként ilyen telkeket öregkori pihenő helyük megépitésére a városokhoz közel fekvő állami vagy városi erdők helyén, amelyek különösen alkalmasak nyugdíjas telepek megalkotására.

VEGYES HIREK

A Felsőoktatásügyi Tanács orvostudományi és biologiai szakosztályának elnökévé *Verebély Tibor* professzort nevezte ki a kultuszminiszter. Mindannyian közmegnyugvással vesszük tudomásul e kinevezést, mely oly embert ért, aki a rábizott feladatainak, bölcsesége és gyakorlati tapasztalatai révén bizonyára kitünően fog megfelelni. Ugyancsak örömmel vettük tudomásul, hogy a kultuszminiszter az *Országos Ösztöndij Tanács* elnökévé *Bakay Lajos* professzort nevezte ki. Ez a kinevezés annál is inkább örömmel tölti el az orvosi kart, mert *Bakay* professzor személyében most először foglalja el orvos a Tanács elnöki székét.

A felső oktatásügyi egyesület orvosi szakosztálya *Grósz Emil dr.* egyetemi tanár elnöklésével folyó évi január hó 10-én a gyógyszerészképzés reformja ügyében értekezletet tartott, melyen a Vallás- s Közoktatásügyi Minisztérium és a Belügyminisztérium képviselőin kivül a gyógyszerészek oktatásával foglalkozó budapesti és szegedi egyetemi tanárok vettek részt. Az értekezlet egyhangúan elfogadta *Mozsonyi Sándor dr.* miniszteri tanácsos előterjesztését, e szerint az értekezlet a következőket javasolja az egyetemi fakultásoknak és a Vallás- és Közoktatásügyi Minisztériumnak: az egyetemi tanfolyam közvetlenül az érettségi után négy évig tart, ezt követi két évi gyógyszertári gyakorlat, a doctorátushoz legalább további egy évi tudományos buvárkodás.

A nyugati államokban sőt a szomszéd államokban is már rég megtörtént a tanulmányi idő meghosszabbitása.

A budapesti kir. Orvosegyesület Rákbizottsága, mely az O. K. E. Országos Rákellenes Szövetsége keretén belül működik, kéri a hazai kutatókat, hogy nyilvántartás végett legyenek szivesek bejelenteni a Kir. O. E. Rákbizottsága ügyvezető titkárának (dr. Putnoky Gyula magántanár, Üllői út 26, Kisérleti Rákkutató Intézet,) a birtokukban lévő átoltható állati daganat-törzseket. Utóbbi helyre érkező daganattörzsigénylések készséggel közvetittetnek a megfelelő anyaggal rendelkező laboratóriumokhoz. Ezáltal a Kir. O. E. Rákbizottsága a hazai rákkutató munkálkodást óhajtja élénkiteni és megkönnyiteni.

Balneologiai tanszék létesitése. A Gyógyhelyi Bizottság legutóbbi ülésén *Kovácsházy Vilmos* tanácsnok azt az indítványt terjesztette elő, hogy a Gyógyhelyi Bizottság irjon át az egytemi tanácshoz, egy balneologiai tanszék felállítása érdekében és bizonyos évi hozzájárulással maga is tegye lehetővé a tanszék dologi kiadásainak a létesitését. A kérdés körül hosszabb vita indult meg, melyben *bilkei Pap* egy. magántanár *Sarbó Artur* egy. tanár, az Orvosszövetség képviselője is résztvettek. A balneologiát ezidőszerint *Benczur* Gyula egy. c. rk. tanár adja elő, de ez a studium nem kötelező és igy csak azok hallgatják, akik épen a balneologia iránt érdeklődnek. A balneologiai kutatóintézet volna hivatva ezt a kérdést is előbbre vinni, mert kétségtelen nagy fontossága van — különösen manapság — a fürdők tudományos ismertetésének és a fiatal orvosgeneráció körében való népszerüsitésének.

Fürdőkiállitás készül a nyáron Budapesten. *Manninger Vilmos* egy. tanár és *Rausch Zoltán* egy. magántanár azzal a gondolattal foglalkoznak, hogy Magyarország fürdői és ásványvizeinek a kiállitását fogják a nyáron megrendezni a városligeti Iparcsarnokban. Legutóbb 1930-ban volt ilyen irányú kiállitás, amelynek anyaga a Népegészségügyi Muzeumban van és a fürdők érdekeit mindenesetre szolgálná egy gondosan és mindenre kiterjedő figyelemmel megrendezett fürdőkiállitás, amely azonban kiterjeszkedne a balneologiának gyakorlati vonatkozásaira és a fürdőiparnak az egész területére. Küldöttség fogja felkeresni Johan Béla államtitkárt, hogy őt a kiállitás támogatására megnyerje.

A klinikák ágyainak kihasználása Budapesten. A reductionknak súlyos következménye, hogy a klinikák betegágyai nem használhatók ki. A klinikák ágyszáma 1884 (a Pasteur kórház nélkül). Ezek teljes kihasználása körülbelül 700,000 ápolási napot adna. Ilyen mérvü kihasználás természetesen nem indokolt s nem is volna lehetséges, de az ország közegészsége s a tanitás érdeke azt kivánja, hogy legalább 600.000 ápolási nap lehető legyen. A fedezet azonban 500,000 ápolási napra sem elégséges. A korlátozás pénzben nem jelent megtakarítást, mert a klinikán fel nem vehető betegek egy része kórházakban helyezkedik el, hol, vagy ő maga vagy a társadalombizositók fizetnek vagy ápolásuk az államkincstár terhét képezi. E helyzet a mi brutto kölségvetésünk következménye, s módot kell találnunk, hogy annak hátrányait eliminájuk. Az ápolási napok száma 1930/31 költségvetési év óta, 5 év alatt 468.368-ról 423.074-re csökkent. Ez annyit jelent, hogy a klinikákon kényszerből, állandóan naponta több száz ágy áll üresen, holott a jelentkezők és reászorulók száma sokkal nagyobb. A klinikákon évente körülbelül 140.000 beteg jelentkezik a járó beteg rendeléseken, kik közül csak 25,722 nyer felvételt, holott a felvételre szoruló száma sokkal nagyobb.

A klinikák betegeinek ápolási dija fejében az 1934/35. költségvetési évben a különböző pénztáraktól körülbelül 400,000 pengő folyt be, magánosok készpénzfizetése 600,000 pengőnél több, úgy hogy a bevétel meghaladja az egy millió pengőt. A szegény betegek ápolási dija fejében a betegápolási alap terhére majdnem egy millió pengő nyert elszámolást. Hogy a klinikákon magánosoktól aránylag nagy összeg (600.000 pengőnél több) folyt be, annak nagy részben az az oka, hogy az ápolási dijak behajtását az egyetem gazdasági igazgatóság betegfelvételi osztálya felsőbb utasitásra, nagy búzgósággal szorgalmazza. Ez általában sok panaszra ad alkalmat ,melyek jogosságát a Belügyminiszter úr is elismerte. A klinika közös kórtermében ápolt beteg egyszersmind az oktatás céljaira is szolgál. Ebből a betegre- hátrány ugyan nem számazik, de kétségtelen, hogy bizonyos kellemetlenségekkel jár s ilyen körülmények között az ápolási dijak szigorú behajtása igazságtalan. A feladat az, hogy az ápolási dijat azok megfizessék, kik arra képesek de azoktól ne hajtsák be, kiknek existenciáját a ápolási költség kockáztatja.

A klinikák az által, hogy évente 13,000 budapesti és 14,000 vidéki beteget gyógyitanak, úgy a főváros, mint a vidék egészségügynek hatalmas tényezői. A 140,000 járóbeteg között a fővárosi lakósság még nagyobb számmal van képviselve. Ennek ellenére a főváros eddig a klinikák érdekében áldozatot nem hozott. Örvendetes, hogy *Balogh Ernő* egyetemi tanár fáradozásával sikerült az egyetem jubileuma alkalmával elérni, hogy a főváros felerészben hozzájárul egy tuberculosispavillon építéséhez. Nagyon kivánatos, hogy a főváros a klinikákért, melyek egyrészt a főváros lakóssága egészségének és életének gondozói s emellett az idegenforgalom jelentékeny tényezői, további áldozatot hozzon. Addig is, míg financiális helyzete megengedi, hogy nagyobb összeget fordítson e célra; *legalább a klinikák viz- és villanydijának* mérséklésével járulhatna helyzetünknek javitásához.

Helyreigazitás. Vettük a következő nyilatkozatot: „Az Orvosi Hetilap 1936. évi 3. számában megjelent, „Meggondolatlan szónoki frázisok" cim alatt személyemmel foglalkozó cikk kapcsán a sajtótörvény idevonatkozó szakaszaira való hivatkozással kijelentem a következőket:

Valótlan a cikk azon állitása, hogy a Nemzeti Egység Pártjában 1936. január 9-én tartott előadásomban a következőket mondottam volna: „ez a magyar orvosi rend nem lehetett tisztában a nemzetével szemben való kötelesség teljesitésével".

Valótlan a nekem tulajdonított másik állitás is: „tévelygő vezetői alatt küzd a collectivizmus ellen".

Valótlan a cikk harmadik állitása is hogy „a hamis individualizmus kora lejárt."

Valótlan végül „a napisajtó révén köz'smert" másik állitás is, hogy a „kezén el tudná számolni a magyar orvostudósokat."

Az idézett cikk e valótlan tételeiből folyó következtetések mindegyikét, — mint valótlanokat — magamtól elutasítom.

Való az, hogy 1936. január 9-én este 6 órakor a Nemzeti Egyég Pártjában nem szónoklatot, hanem előre gondosan megállapított szöveggel felolvasást tartottam, mely felolvasás ez állítások egyikét sem tartalmazta. Való az, hogy felolvasásom szövegét hivatalos gyorsiró jegyezte, való az, hogy felolvasásom teljes szövegével az Egészségpolitikai Szemle 1936. évi 1. számában jelenik meg és a kritika számára mindenkinek rendelkezésére áll. Dr. Antal Lajos, az Egészségpolitikai Társaság elnöke".

Állításainkat fenntartjuk.

Pályadíjak Budapest ivókuráira és Budapest gyógyvizeinek tudományos ismertetésére. A Gyógyhelyi Bizottság elhatározta, hogy a budapesti gyógyfürdőknek orvosi körökben való ismertetése céljából pályadíjat fog kitüzni az orvostanhallgatók számára. Egyik páyadíj arra fog vonatkozni, hogy milyen gyógymódok folytathatók Budapest forrásaival, míg a másik kérdés a budapesti thermálvizeknek a rheumás megbetegedésekben elért gyógyhatására vonatkozik.

Medikus bál. Mint mult heti számunkban már előre jeleztük, az eddiginél is fényesebb keretek között rendezik jan 25-én a Medikus bált a Szt. Gellért szálló termeiben. Tekintettel arra, hogy a bál tiszta jövedelme az Ovostanhallgatók Segitő és Önképző Egyesületének jótékony alapját növeli, melyből szegénysorsú orvostanhallgatók részesülnek segélyben, ezuton is kérjük kartásainkat, hogy azt támogatni és a bálon lehetőséghez képest megjelenni szíveskedjenek.

Helyreigazítás: Az Orvosi Hetilap 3. számában Kiss Pál dr, és Fényes István dr. dolgozatában az 59, oldal 7, bekezdésében Langerhans helyett Langhans olvasandó.

Orvosi Hetilap bekötési táblák erös vászon borítással kaphatók Mentsik Ferenc könyvkötészete Bp. IV., Váci-u. 51, Tel.: 84—0—02,

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 előirások III. bővített kiadás — — — 5.— P helyett 4.— P

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

Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal — — 6.50 P helyett 5.50 P
Vászonba kötve (8 P h. 7.— P)

Rigler Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve — 25.— P helyett 5.70 P

Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal — — — 2.50 P helyett 2.— P

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

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

Kimutatás 1936. január 12—18-ig. Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) s halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomielitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.411	—	1	1	—	1		1	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	—	2	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	30	—	—	—	—
3. Baranya	251.620	3	6	1	—	4	—	5	—	—	—	—	—	14	—	—	—	—
4. Békés	335.874	4	3	1	—	5	—	6	—	—	—	—	—	29	—	—	—	—
5. Bihar	180.415	5	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	6	—	1	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	8	1	4	1	6	1	4	—	—	—	—	—	19	1	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	4	9	1	—	3	1	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
8. Csongrád	148.353	9	—	—	—	5	—	7	—	—	—	—	—	9	1	—	—	—
9. Fejér	231.165	3	—	—	—	8	1	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	1	—	—	—	1	—	7	—	—	—	—	—	58	—	—	—	—
11. Hajdu	182.047	4	3	—	—	3	1	4	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—
12. Heves	322.207	7	2	—	—	4	1	4	—	—	—	1	—	45	1	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	8	1	—	1	2	—	17	1	—	—	—	—	27	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	4	2	1	—	3	—	11	—	1	—	—	—	4	—	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	4	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	26	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	19	1	3	1	28	1	36	1	—	—	3	—	87	1	—	—	—
17. Somogy	389.792	5	—	—	—	4	1	9	—	—	—	—	—	41	—	—	—	—
18. Sopron	143.128	1	—	—	—	4	—	3	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	5	2	—	—	11	—	20	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	3	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	17	—	—	—	—
21. Tolna	267.133	1	—	—	—	10	1	15	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—
22. Vas	273.776	2	—	—	—	7	—	13	1	—	—	—	—	13	—	—	—	—
23. Veszprém	246.551	—	1	—	—	11	—	4	—	—	—	—	—	39	—	—	—	—
24. Zala	368.371	1	—	—	—	6	1	19	—	—	1	—	—	6	—	—	—	—
25. Zemplén	149.043	8	1	1	—	6	—	19	—	—	—	—	—	34	2	—	—	—
I. Baja	29.791	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	28	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	7	—	7	—	37	—	63	—	—	—	—	—	27	4	—	—	—
III. Debrecen	122.825	—	—	—	—	2	—	25	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
IV. Győr	50.828	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	1	—	—	—	5	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	2	1	—	—	8	—	3	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	120	29	20	2	195	9	333	5	1	1	4	—	628	10	1	—	—
Előző évben:		121	16	10	2	265	21	289	2	2	—	—	—	690	23	—	1	—

HETIREND

A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 25-én délután 6 órakor tartandó ülésének napirendje. Bemutatás. *Rejtő Sándor:* Gyógyult otogen meningitis esete. — Előadások: 1. *Kisfaludy Pál:* Szájüri rákok rádiumkezelése, (filmbemutatással). — 2. *Lénárt György* és *Lajtha Alfréd:* A N. és M. vértypustulajdonságok megoszlása Magyarországon, Jelentőségük az elméleti és gyakorlati orvostudományban.

A Magyar Röntgentársaság jan. 27-én este 7 órakor az Apponyi Poliklinika üléstermében tartandó ülésének tárgysorozata: *A csipőtáj röntgendiagnostikája köréből.* Bemutatások: 1. *Haas Lajos* és *Hajós László:* Trochanter-tbc. hideg tályoggal, 2, *Haas Lajos:* Trochanter-tumorok, *a)* Kicsiny sarcoma periost, *b)* Cc-metastasis, besugázásra gyógyult, *c)* Tumor távlocalisatióval. — 3. *Farkas Aladár* és *Rojkó Antal:* Coxitis tbd-val kapcsolatos luxatio, — 4. *Fischer Ernő:* Arthritis deformans coxae? — 5. *Polgár Ferenc:* Adatok az acetabulum anatómiájához.

A Budapesti Orvosi Kör előadássorozatának jan. 27-i előadását este ¾7 órakor *Kertész Tivadar dr.* tartja: „Az enterococcus fertözés kérdése" címmel.

Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete január 29-én, délután 6 órakor az Egyetemi Röntgenintézet tantermében tartandó ülésének tárgysorozata. Bemutatás: *Ehmann Jenő:* A máj helyzetváltozása. Előadás: *Herman János:* A normalis pyelogramm.

A Gróf Apponyi Poliklinika orvosai tudományos társulása január 29-én szerdán ½ 7 órakor az Apponyi Poliklinika előadótermében tartandó ülésének tárgysorozata: *Domány Endre:* Tüdölues esete. *Hollós Lajos:* Állatvérkezelés súlyos szövődménye Basedowkórban. *Hajós Károly:* A kryptorchismus hormonalis kezelése. *Petényi Géza:* Pubertas praecox. *Faragó Pál:* Az allergiás betegségek histaminkezeléséről. *Grósz Vilmos:* Myalgiák kezelése intracután befecskendezésekkel.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orthopaediai Szakosztálya, január 30-án 6 órakor az Egyetemi Gyermek-Klinika tantermében megtartandó ülésének tárgysorozata: Előadások: *Hainiss Elemér:* A Heine-Medin-kór aetiologiája és korai tünetei. *Kiss Pál:* A Heine-Medin-kór bénulásos szaka. *Kopits Imre:* Az izomzat pathológiája Heine-Medin-kórnál. *Kopits Jenő:* A bénulásból származott izületi zsugorodások és deformitások gyógykezelése. Felkért hozzászóló: *Fényes István.*

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologiai Szakosztálya január 31-én, délután fél 7 órakor a II. számú sebészeti klinika tantermében tartandó ülésének napirendje: Bemutatások: 1. *Fleischmann István:* Otitis haemorhagica és purpura, 2. *Alföldy Jenő:* Szokatlan nagyságú praeauricularis extra duralis tályog. 3. *vitéz Fialovszky Béla:* Basedow-eredetű hallászcsökkenés.

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Jelen számunkhoz dr. Egger Leó és Egger I. gyógyszervegyészeti gyár rt. Budapest, *Eggocatgut* és *Eggoplast*-ról szóló ismertetését csatoltuk.

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

„DERMASEPT" kenőcs

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

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

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

Magas hatóanyagtartalmu, erélyesen ható.

Kistérfogatu, teljesen fájdalmatlan, szövetkimélő

bismuth-antilueticum:

MEDOBIS-CHINOIN

heptadiencarbonsavas bismuth szintelen, higanfolyó olajos oldata.

Adagja: felnötteknek mindössze 0·5 ccm.

10 ampullás eredeti doboz,
12 és 25 cm^3-es eredeti üvegek.

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

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

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

AZ ORVOSI HETILAP MELLÉKLETE

SZERKESZTI:
MILKÓ VILMOS
EGYETEMI C. RK. TANÁR

1936.
KILENCEDIK ÉVFOLYAM

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT R.-T. BUDAPEST

TARTALOM

KÖZLEMÉNYEK

oldal

Belorvostan

Anaemiák vastherapiája . . . 156
Aranylerakódás a bőrben . . 157
Ascaris az epeutakban . . . 178
Asthma bronchiale lázkezelése . 191

Bélpolypusok 46
Belvérzések elkülönítő kórisméje 103
Biologiai leukocytagörbe . . . 186

C-vitamin therapiás alkalmazása 80
Colitis kezelése 3

Digitalis „nagy" és „kis" adagjai 15
Dijodthyrosin a hizlaló kúra szolgálatában 40

Enterococcusok által okozott megbetegedések 130
Epehólyag dyskinesiás betegségei 124
Extrasystolia 140
Étrendi előírások rheumás betegek részére 67

Germicid a typhus lázellenes therapiájában 27
Gümőkór elleni activ immunizálás 132
Gümőkórosok gyomornanaszai . 62
Gyomorvérzések diaetetikája . 125
lésének alapja és főbb irányelvei 173
Gyomorvérzés diaetetikája . . 125

Halálos nitrosus gázmérgezés . 182
Hasi hagymáz kórisméje . . . 61
Heine—Medin-kór kezelése . . 8
Hypertonia gyógykezelése . . 37

Idegentestek a gyomor-bélcsatornában 153

Kell-e lázkeltő therapia a gümőkór Karion-kezelésében? . . 118
Kétoldali sympathiás pleuritis pankreas cysta mellett . . 85

Májkezelés jelenlegi állása . . 137
Meghüléses betegségek gyógyítása 211
Mesterséges légmell művi megszüntetésének érdekes esete . 32
Méhcsípés okozta anaphylaxiás shok 121
Miliaria infectiosa 11

Normalis elektrokardiogramm és a fontosabb rhythmuszavarok 159

oldal

Nyári hasmenések kórisméje és kezelése 124

Piócákkal végzett gyógykezelés 45
Primaer chronikus polyarthritis 127

Raynaud-féle betegség . . . 66
Rövidhullámú kezelés a belgyógyászatban 54

Septol gyógyértéke influensában 47
Serumbetegség kezelése . . . 6
Subcutan morphinmérgezés . . 200
Székrekedés gyógyítása rectalis hőkezeléssel 2
Szívinfarktus 133
Szívizombántalom elektrokardiographiai képe 172

Trichinosis 144
Tuberculosis diaetetikája . . 5
Tüdőplomba-kérdés mai állása . 138
Tudőtuberculosis actualis kérdései:
Összetéveszthető kórképekről 12
24, 48, 67
Rejtett kóképekről 86, 106 129
Typhus ismétlődése 144

Venaesectio alkalmazása szívbajok esetén 41
Vesekövek balneotherapiája . . 188
Végbélcsomók injectiós kezelése 89
Vérmennyiségről 213
Vörösvérűség 58

Bőr- és nemikórtan

Akrosklerosis és Raynaud-féle betegség elkülönítése . . . 21
Aranykészítmények alkalmazása a bőrgyógyászatban . . . 168

C-vitamin follicularis hyperkeratosis kelezésében . . . 150
Condyloma acuminata kezelése 111

Erytrocytosis 96

Gonorrhoea aspecifikus immunkezelése 91

Hajhullás hormonalis therapiája 177

Leukaemiás bőrbajok 117

Narancshámozó üzemben előforduló foglalkozási bőrgyulladások 192

Salvarsan resistens lues . . . 207
Syphilis fertőzőképességéről . 13

Tenyéri-talpi hyperkeratosisok . 165
Trychophytia profunda . . . 107

oldal

Vérbaj gyógykezelése 151
Vitaminok jelentősége a bőrgyógyászatban 196

Elme- és idegkórtan

Agyvelőgyulladás 52

Cyklothymia 49

Erectio zavarai 16

Hypnosis javallatai 1

Liquorcsurgás 181

Myasthenia gravis pseudoparalytica 126

„Paralysis-jelölt" liquorképe . 17
Sklerosis multiplex kezelése . . 115

Tabes dorsalis lázkezelése . . 148

Elméleti tudományok

Gruber—Widal-féle vizsgálómódszer értékelése gyakorló orvosi szempontból . . . 51
Gyakorló orvos laboratóriumi faladatai 9, 30, 39, 84 97
113, 122, 141, 164, 171 188
202, 205 210

Nerium Oleander hatása . . 170

Orvosi bizonyítvány 87

Takata reactio 179

Vérsejt-süllyedési próba alkalmazása a biztosítás orvosi gyakorlatban 14
Vizsgálati anyagok beküldése az O. K. I.-be 34

Gyermekgyógyászat

Csecsemőkori heveny megbetegedések elkülönítő kórismézése 175
Diphtheriával összetéveszthető torokgyulladások 204

Gyermekek hypochloraemiája . 163
Gyermekkori hasi hagymáz . . 92
Gyermekkori heveny gégestenosisok 185
Gyermekkori narkolepsia . . . 19

Herter—Heubner-féle betegség . 136

Idegentest gyermeki hüvelyben . 53

Kisgyermek végbélpolypusai . 142
Korai sondázás fontossága gyermekkori lúgmérgezések esetén 10

Transfusio a gyermekkorban . 53

oldal

Orr-, gége- és fülgyógyászat

Anara, egy új náthaszer . . . 35
Angina acuta infectiósa . . . 180
Beszédhibák gyógyítása . . . 195
Directoskopia 91
Fülzúgás és therapiája . . . 211
Idegen testek a fülben 145
Nyelőcsőszükületek retrograd kezelése 133
Phoniatria 96
Sziklacsontba terjedő középfülgyulladás 120
Tejrekedtség 57 68

Röntgenologia

Chaoul-féle röntgensugaras kezelés 131
Cholecystographia ellenjavallatai 8
Szájüregi daganatok rádiumkezelése 190
Terhességi röntgenártalmak . . 100
Tomographia 33
Tüdőlebenyek röntgenologiai elhatárolásának kórjelző értéke 108

Sebészet. urologia, orthopaedia és fogászat

Arthritis deformans coxae. Malum coxae senile 60
Bakteriuria 29
Csigolyák praesenilis osteoporosisa és összeroppanása . . . 184
Csonttömlők elkülönítő kórisméje és gyógyítása . . . 212
Epehólyag átfuródása gyermekkori hasihagymázban . . . 209
Evipan-natrium altatás . . . 26
Ewing sarkoma 139
Extraduralis daganat operált esete 128
Fertőzött sebek kezelése zsírmentes kenőccsel 55
Functiós vesepróbák 57
Gazdasági sérülések 64
Gyomoroperáltak késői panaszai 167
Gyűjtőeres-fekélyes tünetek kórjelzése és gyógyítása 31
Hólyag diverticulumok . . . 119
Hólyagnyak megbetegedése . . 25
Intravenás pyelographia . . . 79
Kankós izületi gyulladás kezelése 158
Lágyszájpadhasadék prothetikus javítása 43

oldal

Mellkascsapolás kivitele . . . 41
Műtéti érzéstelenítés a gyakorlatban 116
Penis fractura esete 35
Poliomyelitises bénulások prognosisa 155
Postoperativ acidosis 107
Postoperativ parotitis 104
Postoperativ szívgyengeség megelőzése és kezelése . . 42
Prostata hypertrophia kezelése transuretralis resectióval . . 135
Sarokcsonttövis 198
Sípcsonttöréssel okozati összefüggésbe hozott bénulás . . 169
Subcutan bélrepedés 194
Talma műtét 21
Telefonkönyök 203
Ureterkövek az orvosi gyakorlatban 204
Ureterszájadék cystikus tágulata 147

Esetek a baleseti szakvéleményezés köréből:
Izületi egér és baleset . . . 38
Arteficialis sérülések 89, 94 161
Könyökficam utáni tüdőgyulladás baleseti eredetű volt-e? 102
Tévedések és hibák a balesetszakértői gyakorlatban 189 201

Szemészet

Alkat és szembetegségek . . 193
Bőrbajok okozta szemelváltozások 98
Elsődleges glaukoma korai felismerése 95
Gócos ferőzés a szemészetben . 83
Heveny kötőhártyagyulladás és a kankós szemgyulladás . . 160
Katarakta diabetica 112
Szakképzettség nélküli szakértői véleményezés 208
Szem feszülésének csökkenése . 50
Téves kórjelzések a szemészetben 152

Szülészet és nőgyógyászat

Akne sexualis hormonalis gyógyítása 105
Chinin és combinatioi a szülészetben 114
Emmenagogumok alkalmazása . 81
Mastitis és szoptatás 195
Menstruatiós zavarok hormonalis kezelése 149

oldal

Metrosalpingographia 23
Női nemzőszervek tuberculosisa 103
Rádiumgyógyítás a nőgyógyászatban 199
Rendellenes burokrepedés . . 176
Szülést megindító és siettető eljárások 183
Táplálkozási irányelvek a terhességben 18
Terhesség és szülés a thorakoplastika után 109
Változás korának kezelése . . 101
Vitaminok jelentősége a szülészet- és nőgyógyászatban . . 45

Kérdés—Felelet

Betegszoba fertőtlenítésére hány formalin pastillát használjunk? 16
Bőr fényérzékenysége mikép szüntethető meg? 110
Fertőzött faecalia trágyázásra alkalmas-e? 52
Friss luesben szenvedő bába, eltiltható-e a gyakorlattól? . . 206
Gyomorcső levezetése folytán létrejött szerencsétlenségért kit terhel felelősség? . . . 146
Hatóságilag kórházba utalt beteg ápolási költségét ki fizeti? 162
Kártérítési kérdés 64
Két körorvos közül ki az előljáróság tagja? 4
Közgyógyszer ellátásra igénnyel bíróktól kérhet-e a hatósági orvos díjazást? 68
Községi jegyző rendelkező formában utasíthat-e orvost egészségügyi dolgok elvégzésére? 142
Községi orvosok irodaszer és nyomtatvány szükségletének ellátása hogy történik? . . 32
Lázas cukorbajos betegnek insulin adható-e s mennyi? . . 182
Natrium bensoicumnak van-e hatása a vesekőre? 194
Neuralgiás fájdalom esetén milyen %-u alkoholból mennyi adható inpjectióban? . . . 142
Scarlatina és gyógysavó . . . 214
Tisztiorvosok magánpraxisa . . 134
Typhus abdominalissal kapcsolatos óvintézkedések . . . 118
Urticaria és Quinke oedemáról . 214

SZERZŐK NÉVMUTATÓJA

	oldal
Alföldy Jenő	146
v. Ambrus József	133
Ambrus Matild	43
Atzél Elemér	4 32 68, 82, 134 142 162
Bartók Imre	51 153
Bíró Sándor	92
Bodnár Tíbor	210
Bodon Károly	134
Both Béla	182
Bősze Lajos	54 114
Buday László	67 128
Büchler Pál	50 126 149
Czirer László	21
Dániel Gábor	41
Detre László	60 157 186 213
Doctor Károly	15
Dollinger Gyula	57
Dudás Pál	53
Erdélyi Gyula	162
Fabinyi Géza	91
Faludi Géza	11
Faragó Sándor	100
Fekete Sándor	103 176
Fischer Ernő	60 185
Fischer István	44
Follmann Jenő	178 189
Frankl Samú	16 181
Friedrich László	47
Fritz Gusztáv	170
Gáli Géza	64
Gergely Jenő	138
Guszman József	14
György Erzsébet	150
Hainiss Elemér	214
Hajnal Tíbor	32
Hajós Károly	68 191 214
Hajós Sándor	52
Hammer Dezső	16
Haranghy László	10 31, 40, 82 85 98, 113, 122 142 165, 172, 189 202 206 210
Hazay Lajos	102
Herczog Imre	132
Horay Gusztáv	84
Ify Imre	161
Joós Ilona	52
Kerpel-Fronius Ödön	164
Kertész Tivadar	130
Kisfaludy Pál	190
Kukán Ferenc	112
Laczay Antal	64
Laub László	133
Láng Imre	107
Lányik István	110
László György	98
Lederer Emil	20
Lehner Imre	97
Lehoczky Tíbor	2
Lesskó Jenő	108
Liebmann István sz. Lieberman Leo	150 209
Lőrincz Ferenc	35
Lumniczer Sándor	27
Markovits Imre	8 34
Marx József	105 198
Matits Lajos	40
Matolcsy Tamás	212
Melly Béla	158
Menyhárd Irén	32
Mező Béla	25 136
Mihálkovics Szilárd	48
Milkó Vilmos	39 64 89, 94 102 117 190, 194 202
Minder Gyula	30 58 120, 148 194
Mosonyi Albert	122
Neuber Ede	206
Nékám Lajos	110
Némai József	96 196
Németh Lajos	194
Noszkay Aurél	80 205
Okolicsányi Kúthy Dezső	118
Oláh Gábor	52
Páll Gábor	19 82
Peleskei Lajos	7 12 62, 93, 145 181
Pogány Ödön	211
Polgár Ferenc	109
Pólya Jenő	203
Preininger Tamás	112
Probstner Artur	200
Puhr Lajos	140
Puky Pál	156
Puder Sándor	12 24 48, 68, 86 106 130
Radnai Ernő	193
Rausch Zoltán	66 126
Rósa László	55
Rothman István	208
Rötth András	95
Sarbó Artur	116
Sántha Kálmán	142
Schaffler József	38 124, 182, 211
Schill Imre	86
Schranz Dénes	88 170
Sellei József	23
Sumicska Gábor	188
Skutta Árpád	118
Somogyi István	129
Soós Aladár	56
vitéz Sövényházy Ágost	184
Steiner Iván	28
Szarka Sándor	46
Szász Tíbor	121
Szegedi Sándor	90
Szemző György	174
Szentkirályi Zsigmond	169
Székely László	3 35 56 178
Szirmai Frigyes	176 185 204
Tállyai Róth Miklós	6
Thurzó Jenő	17
Torday Árpád	81 180
Udvardy László	125
Varga Aladár	106 166
v. Varga Lajos	4
Varga Péter	144 154 158 201
Vass J. Jenő	142 195
Vámossy Zoltán	8 146
Vándorfy József	45 104, 138 168
Wollek Béla	137
Zárday Imre	15 42 141, 160 173
Zemplényi Imre	152

oldal

Teljes A-V blockban hallható harmadik szívhang phonokardiographikus felvétele . 1024
Testi fogyatékosok Magyarországon 600
Tetracor és cormotyl klinikai alkalmazása és összehasonlítása 1090
Thrombopeniához társult idült fekélyes colitis 513
Thyreotoxicosis folytán jelentkező symmetrikus allergiás bőrelváltozások 492
Tokograph és tokographiás tapasztalatok 711
Tonogen (1%-os) szemészeti alkalmazása 373
Tonsillectomia evipan-natrium bódításban 41
Transsudatio szerepe az álló véroszlop elvén alapuló vérnyomásmérésben 338
Tropikus malária esetek Debrecenben 535
Trychomonas okozta fluor vitamin-kezelése 1094
Tuberculotoxikus exanthema meningitises betegen . . 220
Tüdőverőér thrombosisa terhesség alatt 176
Tüdővérrög-embóliáknak az időjárással összefüggéséről és azok keletkezéséről 3

oldal

Tükörírás agykérgi localisatiójához 503
Tüszőhormon kiválasztása . . 962
Typhus terjesztők-e a legyek? . 584
Urobilinuria klinikai jelentősége 699
Urologiai vizsgálatok sterilitásáról 706
Újfajta karleszorító eszköz . 788
Újszülöttek halála szivsövény hiánya miatt 769
Újszülöttek nemének téves meghatározása és következményei 928
Uterus aspirator alkalmazása a nőgyógyászatban . . . 799
Üregi osteomákról 264
Vagus reflexingerlékenységének jelentősége angina pectorisban 1021
Vakok irányhallásáról . . . 447
Vasektomia értékéről prostata túltengésben 361
Veleszületett bőrhiány a koponyán 272
Veleszületett kétoldali atypikus szivárványhártya-rés . . . 511
Veleszületett repülőhártya sebészi kezelése 1159
Venás légembolia keringés-kórtani kérdései 822
Veseállomány genyedése 1103 1127
Vérátömlesztés hatása a vörösvérsejt képzésre 1011
Vérátömlesztés utáni haemolytikus shok esete 494
Vércukor agyi szabályozásáról a gyermekkorban 1139
Vércukorvizsgálatok hypoglykaemiás shokban . . . 1043
Vérfehérje „kolloidképeim" diagnostikai értékéről . . 51
Vérjódszint és jódforgalom pajzsmirigy betegségekben . 1183
Vérnyomás és belső secretio kapcsolatai gyermekkorban . 996
Vérraktárak kiürülésének befolyása a vértestszámra neuropathiás egyénekben . . . 1019
Videa a rachitis gyógyításában 902
Világrahozott facialis és abducens bénulás 423
Villamos áramcsapás későbbi következményei 21
Megjegyzés a cikkre . . . 68
Vitaminok haszna a sebészetben 486
Vizsgálatok a porphyriák köréből 994
Vörhenyesek diphtheria-fogékonysága 1065
Wilson pseudosklerosis szokatlan tünetcsoporttal . . . 917
Zsíranyagforgalom cerebralis szabályozásáról 336

RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL

oldal

Hólyagképződés akasztás esetén 588
Két holttest feldarabolásának érdekesebb esete 24

oldal

Öngyilkosság gyanus esete . . 614
Rekeszizomsérv által okozott hirtelen halál 588
Rohamos szülés árnyékszéken 374
Salak gázok okozta halálesetek 537

oldal

Szokatlanul elágazó akasztási barázda 1143
Tréfából okozott halálos végű villanyáram baleset . . . 587

KLINIKAI ELŐADÁSOK, ÖSSZEFOGLALÓ SZEMLÉK, ORVOSTÖRTÉNELEM

oldal

Agydaganatok korai felismerése 551
Aulus Cornelius Celsus az ókor urologusa 787
Az ember az ismeretlen . . . 353
Billroth és Johannes Brahms barátsága 304
Bolyai János idegvilágáról 911 938
Cerebralis tünetek endarteriitis obliteransban a thorotrast angiographia és az enkephalographia combinatiójának diagnostikai jelentősége 575
Chronaxiáról újabb ismereteink 691

oldal

Csecsemőkori pylorus passagezavar műtéti indicatiója . . 184
Daganatok kórfejlődése . . 623
Debreceni m. kir. Tisza István Tud Egyetem I. éves hallgatóinak átvizsgálásáról egészségügyi szempontból . 159 187
Egyetemi gyógyszertár felállításának tervezete 1813-ban 156
Gyógyszertan haladása Balassa óta 1055 1081 1107
Házi és intézeti szülészeti eredmények az új Szülészeti Rendtartás gyüjtőkimutatásai alapján 71

oldal

Kaloriás nystagmus felfedezése 836
Válasz a cikkre 885
Kisérleti adatok a colitis serumkezeléséhez 259
Leiter Jakab 327
Megemlékezés Jendrassik Ernőről 955
Mussolini megmenti az emberiség legszerencsétlenebbjeit 1148
Nyelvfekélyekről 1200
Olasz gyarmati háború egészségügye 253 278
Olasz gyarmati háború egészségügyi mérlege 1050
Orvosok az igazságszolgáltatásban 743

	oldal
Rák kétszázéves leírása . . .	522
Sárgaság sebészetének kérdéseiről	331
Stahly Ignác szerepe a pesti kolerazavargásokban (1831)	522
Szívburok lobja	791
XVI. századbeli syphilis-kézirat a budapesti bőr- és nemikórtani klinika könyv- és kézirat-kincseiből	545
Tuberculosis és rákkérdés . .	763
Vízellátás Buda ostroma alatt .	859

ÉLETRAJZOK, NEKROLOGOK, UTILEVELEK, CONGRESSUSI JELENTÉSEK

	oldal
Atheni nemzetközi diákegészségügyi congressus . . .	1123
† Bárány Róbert	382
† Charles Nicolle	405
Egy orvos benyomásai 7 éves iráni tartózkodás után . .	570
Hóman Bálint diszdoktorrá avatása Berlinben	549
† báró Kétly László	863
Korányi Sándor 70 éves . . .	621
Krepuska Géza 75 éves . . .	1049
Londoni II. mikrobiologiai congressus	838
Magyar Orvosi Nagyhét megnyitó ülése	550
MON hatodik ü'ésszaka . . .	573
Nobel dijas orvosok	1077
Nyomorékügyi Világcongressus Budapesten	693
† Pavlov Iván	231
† Poór Ferenc	407
Rákkutatás és a rákelleni küzdelem második nagygyülése	980
Spemann, az orvosi Nóbel-dij nyertese	65
Üdvözlet Itáliából a magyar orvosoknak	1198
Welcome-féle orvosi múzeumok	813

ORVOSI ÉS KÖZEGÉSZSÉGI KÉRDÉSEK

	oldal
Aktualitások 356 765 862 . . . . . 933 1005	1029
Az 50 éves Országos Közegészségügyi Egyesület	1219
Belügyminiszter és közegészségügy	571
Budapest fürdőpolitikája . .	741
Egy érdekes könyv. (Magyarország népesedési viszonyai-1920—32-ig).	256
Eötvös Loránd rádium- és röntgenintézet	521
Faluegészségügy	1099
Klinikák collaborálása . . .	1053
Köszöntő	599
Közegészségügyi kormányprogramm	66
Magyar magaslati üdülőtelepek szükséges voltáról . . .	89
Mátra fejlesztésének kérdései .	884
Mezőgazdasági népbiztosítás .	1221
Nyelvművelés	1226
Országos Közegészségügyi Intézet 1934. évi jelentése 108	131
Orvosi Kamara feladatai . .	28
Orvosi Kamarák megalakulása	692
Orvosi mesterszavak orthographiájához	306
Önkéntes könnyű-halál . . .	29
Rákelleni küzdelem szervezése Franciaországban . . .	762
Törvényjavaslat a hatósági orvosi szolgálatról és a közegészségügyi törvények módosításáról	227
Tünődések „Az ismeretlen ember" felett	404
Typhus abdominalis elleni indirect immunisálás terve .	1196
Typhus ellen indirect immunisálás kiegészítése	1225
Új egyetemi klinikák . . .	1147
Verebélÿ Tibor, az orvosi kamara elnöke	1048
Vörös-Kereszt és a vérátömlesztés	1100

SZERZŐK NÉVMUTATÓJA

oldal

v. Ambrus József 896
Angyal Lajos . 31
359, 386, 555, 863
Aradszky György 1063
Armentánó Lajos 383
935
Aschoff Lajos . 111
136
Augustin Vince 439
Ángyán János . 1151
1175

Babits Antal . . 267
Balassa Kálmán . 754
Balázs Gyula . . 630
Bak Mihály . . 924
Bakács György . 99
825
Bálint Sándor . 423
Bárdossy István 529
670
Beck Henrik . . 207
Belák Sándor . 623
Benedek László . 455
575 839
Benkovich Géza . 457
Bensáth Aladár . 935
v. Berde Károly . 407
Berencsy Gábor . 465
Bernovits Mária . 447
Beznák Aladár . 232
Béres Tíbor . . 935
Binder László . 632
Bíró Imre . . . 627
Bíró Sándor . . 863
Bobory Béla . . 533
Boér László . . 170
Bodon György . 845
934, 941 969
Bodon Károly . 792
Bokrétás András 1164
v. Borsos László 209
1161
Böhm István . . 1086
Bródy Sándor . 878
Bud György . . 683
733 1163
Bugyi István . . 671

v. Czabafy András 513
Csajághy Márta . 503
Csapó József . . 284
Csekey László . . 21
214
Csépai Károly . 812
Csillag Sándor . 120
Csinády Jenő . . 1133
Csomay Imre . 561
Csont László . . 900
Csőke László . . 685

oldal

Dapsy Endre . . 1136
Darányi Gyula . 405
839
v. Dániel Elemér 147
948
Deák Lajos . . 571
Dick Endre . . 494
Dobos Ferenc . . 922
Dollinger Gyula 500
Donhoffer Szilárd 1151
Dubóczky Béla . 51
Dzsinich Antal . 508
1092 1211

Egedy Elemér . 659
Elischer Ernő . 197
Endersz Frigyes 1208
Erdélyi Gyula . 922
1101
Erdélyi Mihály . 211
Erdős József . . 877

Faragó Ferenc . 479
Faragó Pál . . 239
Faragó Sándor . 713
Fauszt Imre . . 439
Fazakas Sándor . 511
532 576
Fekete Sándor . 235
Fejes Katalin . 996
1093
Feledy Kálmán . 612
Fényes István . 58
189, 261 1151
Flesch Ármin . 806
Flesch István . 420
Fiessinger Noël . 314
Frank László . . 778
Frankl József . . 990
Friedrich László . 199
Friesz Jenő . . 853
Fornet Béla . . 259

Gajdos Alfréd . 314
Gajzágó Dezső . 815
842
Gárdonyi József . 789
Gáspárdy Géza . 712
1067
Germán Tíbor . 914
Gidró László . . 415
Gondos Miklós . 729
Göczy Lajos . . 610
670
Gömöry Pál . . 804
Görög Dénes . . 587
Greiner Irén . . 59
Grósz István 557 893
Guszich Aurél . 435
György Ede . . 100
139 919
Győry Tíbor . . 156

oldal

Hady Antal . . 167
Hainiss Elemér . 184
1201
Haintz Ödön . . 122
Hajós Károly 239 646
Hajós Sándor . . 319
Haranghy László 24
K. Haspel Lujza 219
Haszler Károly . 174
Heinrich Emil . 1226
Herein Edith . . 663
Herman János . 971
Herman Károly . 397
v. Herczeg Árpád 545
814
Herczfeld L. Erzsébet . . . 272
Herzóg Ferenc . 91
482 955
Heténvi Géza . . 1053
Héjja Pál . 253 278
522, 859 1050
Hidassy Dezső . 537
588 614
Hofhauser János 987
Hollósi Károly . 34
78, 313, 469 776
864
Horányi Béla . 608
945 1043
Horn Zoltán . . 582
Horváth Mihály . 600
Huzella Tivadar . 66
356
Hüttl Tivadar 3 839

Illényi András . 1189
Illyés Géza . . 1103
1127

Jakob Mihály . . 675
Jankovich László 1143
Jáki Gyula . 361 418
Jenő Andor . . 1215
Johan Béla . . 599
Joós Ilona . . . 584
Jósa László 217 271
297 973
Julesz Miklós . 369
460
Jung Géza . 441 525

Kacsmár Sándor . 321
Kalapos Imre . 307
Kassay Dezső . 41
Kasztriner Iván . 786
Kálnoki Kis Jenő 734
Keleti József . . 1221
Keller Kálmán . 93
Kemény Ernő . . 1066
Kemény István . 244

oldal

Kenyeres Balász . 743
Kerekes György . 493
Kerpel Fronius Ödön . . 367 431
Kinczler Mihály . 714
Kiss Pál . . 58 198
652, 808, 898 1141
1188
Klamartsik Antal 1088
Kleiner György . 295
Kollarits Béla . 23
Kollarits Jenő . 89
v. Kolta Ervin . 613
Kopits Imre . . 709
Korányi András . 579
Kotra Ferenc . . 662
Kovács Ferenc . 71
Krompaszky Tíbor 56
Krompecher István 14
Kubányi Endre . 951
Kulcsár Margit . 145
344
Kulitzy Géza . . 904
Kup Gyula . . . 492

Lajos Sándor . . 471
Laubái István . 827
László Géza . . 1090
László Tíbor . . 214
1043
Lehoczky Tíbor . 917
Léránth Géza . 778
Lévai Mihály . . 232
Loránd (Lőwi) Sándor . . . 771
Lorenz Hugó . . 1116
Lőrincz Béla . . 739
Lőrincz Ferenc . 695
723
Ludo van Bogeart 551
Lusztig Józsa . 297

Magyar Imre . . 1041
Magyary Kossa Gyula . 328 525
Maio Mario . . 338
Makara György . 695
723
Manninger Vilmos 573, 647 763
982
Marcinkievics Andor . 815 842
Margitay Bech Endre . . . 804
Markó Viktor . . 1111
Markos György . 585
Markovics Dezső . 634
Marno Sári . . 853

oldal

ifj. Marsovszky Pál 336
Matolcsy Tamás . 194
264 1159
Melczer Miklós . 606
Melly Béla 411 706
941 969
Mester Endre . . 117
Mező Béla . 767 959
Mészáros Károly 827
887
Milkó Vilmos . . 331
598
Mittag Margit . 1151
Molnár István . 336

Molnár Vilmos . 422
Móra Sándor . . 101
Moritz Dénes 19 220
344
Mosonyi Albert . 306
Mosonyi János . 81
465
Mosonyi László . 796
822, 1014 1021
Müller Ferenc . 247
926
Müller Vilmos . 678
1149
Nagy Mihály . 997
1023 1114
kaáli Nagy Sándor 1198
Nánásy László . 560
Nemecskay Tivadar 445
Nemes J. György 1213
Neuber Ede 159 187
1125
v. Novák Ernő . 1060

Okolicsányi-Kúthy Dezső . 763
Oppe Sándor . . 214
Őrffy Lajos . . 868

Palcsó Bálint . . 731
Pap Zoltán . . . 75
Papolczy Ferenc . 975
Patat Pál . . . 557
Paul Benő . 408 527
890 1211
Páll Gábor . . . 1007
Pásztor Mihály . 142
Perényi Gábor . 691
Pernyész Sándor . 622
Petrányi Győző . 1133
Petrilla Aladár . 288
Pollák Lili . 200 877
Pólya Jenő . . 38
Possaghi Ubaldo 1186

oldal

Puky Pál . . . 1044
Radnai Pál 655 680 718, 796, 822 998 1021
Radványi Géza . 1024
Rakonitz Jenő . 1179
Rausnitz Erzsébet 1139
Razgha András . 307 338 727
Rácz Benő . . . 756
Recht István . . 97
Reichenfeld László . . . 1204
Rejtő Kálmán . 871
Rejtő Sándor 382 886
Remete Tíbor . 371 295
Réthy Aladár . 896
Roboz Pál . . . 1139
Róna Zoltán . . 68
Roth Imre . . . 994
Rusznyák István . 935
Rutich Jenő . . 291
Ruzicska Gyula . 310 340
Sakel Manfred . 359 386
Sarbó Artur 749 983
Sas Loránt . . 909
Sándor István . 505 657
Schaffer Károly 404 911 938
Schaffler József 603 863
Scheffer László . 1183
Schmidt Albin . 719
Schmidt Lajos . 928
Schranz Dénes . 374
Schürger Sándor 148
ifj. Scipiades Elemér . . . 1176
Sellei József . . 851
Sereghy Emil 815 842
Simon Lajos . . 174
Sipos Károly . . 757
Sivó Rudolf 659 699
Somló Ernő . . 694
Somogyi István . 31 608
Spiera Márta . . 307
Steiner Pál . . 794
Stief Sándor . . 503
Straub János . . 1114
Sugár K. Márton 836
Surányi Gyula . 996
Szabó Károly . . 317
Szabó Tíbor . . 1166
Szappanos Gy. . 723
Szarka Sándor . 962
Szatmári Sándor 1043
v. Szathmáry Zoltán 54
Szauter Béla 535 622
Szántó Géza . . 967
Szekér Jenő . . 147
Szendey András . 636
Szendi Balázs . 364 389, 769 818
Szent-Györgyi Albert . . . 935
Szent-Györgyi Nándor . . . 508
Szentkirályi Zsigmond . . 510
Szerb György . 711
Széky Antal . . 483
Szép Jenő 752 873
Szold Endre . . 80
Szolnoki (Szüsz) Ferenc . 950 1037
Sztehlo István 40 391
Tamási Gyula . 16
Takáts László . 1095
Tátrallyay (Wein) Zoltán 123
Teschler László . 1175
Teveli Zoltán . 16 1065 1093
Tiszamarti Antal 1227 637
Thurzó Jenő . . 455
Torday Árpád . 470
Tóth Sándor . . 176
Tóth Zoltán 373 586 637
Ujsághy Pál 443 489
Vahl Vera . . 902
Valkányi Rezső . 876
Varga Aladár . 345
v. Varga Lajos . 702 1031
Váll László . . 727
Vámossy Zoltán . 108 133, 231, 257 522 550, 573, 621 742 1049, 1050, 1054 1055 1077, 1081, 1107 1148 1198, 1221 1228
Vásárhelyi Béla . 849
Verebélÿ Tíbor . 1200
ifj. Verebélÿ Tíbor 1035
Veress János 536 669
Vetter Ambrus . 293
Végh József . . 241
Végh Pál 408 527
Vitályos András 170
Wallner Emil . . 561
Weinstein Pál . 829
Winkler Erzsébet . . 369 460
Wirth József . . 466
Wollek Béla . . 145
Zágon András . 269
Zárday Imre 82 1016 1079 1157
Zemplén Béla . 488
Zemplényi Imre . 29 68, 357, 589 693 766, 862, 884 934 1006, 1029 1100
Zich Sándor . . 1019
Zoltán László 114 486 750

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, közkórházi főorvos

A hypnosis javallatai.

A hypnosis hatalmas fegyver az idegbetegségek psychés kezelésében. De mint minden orvosi beavatkozásnak, ennek is körülhatárolt az indicatiós területe, amit a hypnosist végző orvosnak pontosan, a gyakorló orvosnak pedig főbb vonalaiban ismernie kell. Enélkül a hypnotisáló műhibát követhet el, a gyakorló orvos pedig nem tudja, hogy milyen beteget irányítson a szakorvoshoz.

Felesleges hangsúlyoznom, hogy a hypnotisálásban nem érvényesül semmiféle »delejes« vagy természetfölötti erő és nem kell hozzá idegenszerű vagy félelmes, ijesztő külső, stb., aminek a laikus közönség olyan nagy jelentőséget tulajdonít. A helyes hypnotisáláshoz, mint minden más gyógykezeléshez kizárólag orvosi tudás és gyakorlat szükséges. Természetes, hogy szakszerű orvosi psychologiával bonyolultabb esetekben is könnyebben találja meg az orvos a lelki kapcsolatot a betegével, nagyobb suggestiv erővel hat azokra és könnyebben ér el tartósabb eredményt. Amint kitűnő sebész sem lehet valaki csak azért, mert megfelelő kézügyességgel rendelkezik, úgy jó hypnotisáló orvos sem lehet az, aki csupán a hypnosis technikáját alkalmazva, csak a mindenáron való elaltatást tűzi ki célul, hanem a gyakorlati tudáson kívül alaposan kell ismernie az ideg- és elmebetegségek minden árnyalatát, működési lehetőségeinek határát és ebből következőleg a hypnosis javallatait és ellenjavallatait.

Schaffer professor a hypnosisról 1895-ben írt érdekes könyvében alapvető elvként mondja: »A hypnosisos suggestiónak egyetlen indicatiója van s ez a functiós idegbaj jelenléte.« A javallatok finomabb részleteire vonatkozó tapasztalataimat a következőkben foglalom össze:

A mono- vagy oligosymptomás hysteriában gyors, sokszor azonnali eredményt érhetünk el. Pl. valamely psychogen okból eredő csuklást, reszketést, astasiát, abasiát, némaságot, rángatódzást, ticet, görcsöt, ájulásszerű rosszullétet stb. gyakran 1—2, vagy egynehány hypnosissal meg tudunk szüntetni.

A tünetgazdag hysteria kevésbbé alkalmas hypnosisos kezelésre, illetve kevesebb eredménnyel kecsegtet a suggestiós gyógymód. Hogy a tünetek végtelen sorából csak néhányat említsek: fejnyomás (clavus), belső remegés, »szívgörcs«, ájulás, hányás-rohamok, egyes izomcsoportra, vagy az egész testre terjedő rángás, remegés, zsibbadás, érzéstelenség, psychés depressio, nagy hysteriás roham esetén bármilyen összetételben csoportosuljanak, indicált a hypnosisos kezelés.

Kevés eredményt várhatunk olyan betegen, ahol a »betegségbe menekülés« törekvése tisztán constitutiós és nem exogen hatásra jelentkezik. Nem várhatunk eredményt olyan betegeken sem, akik makacs ellenszegülést tanusítanak, vagy akik a hypnosissal szemben olyanfokú félelmet mutatnak, amit nem tudunk leküzdeni.

Mindebből következik, hogy ha nem tisztán mechanikusan akarjuk végezni a hypnosisos kezelést, úgy nem elég, hogy az orvos csak a hypnosis gyakorlati fogásaihoz értsen, hanem ismernie kell a psychotherapia minden fegyverét és sok esetben együttesen kell azokat alkalmaznia. Éppen ezért a legtöbb esetben a kezelés megkezdése előtt a beteget testileg-lelkileg alaposan meg kell vizsgálnunk, ki kell kérdeznünk minden irányban, meg kell hallgatnunk panaszait, hogy teljesen tisztában legyünk a lelki világával, tehát ebben az értelemben analysáló munkát kell végeznünk. Intelligens betegen arra törekszünk, hogy őt panaszai eredetéről felvilágosítsuk, hogy meggyőzzük, miszerint bármilyen formában jelentkező tüneteinek nincs szervi alapja, hogy testi panaszai kellemetlen lelki élményeinek testi tünetekben convertálódását jelentik. Ezt az előzetes persuasiót követheti a tulajdonképpeni hypnosis, amelyben megadjuk a suggestiókat az egyes tünetek és a baj forrásának megszüntetésére és egyben bizonyos általános nevelő hatást is igyekszünk elérni.

Ha az eredmény tartósságát akarjuk biztosítani ilyen polysymptomás hysteriás megbetegedésben, 10—15 kezelésre is van szükség és még ezután is számolnunk kell azzal, hogy újabb lelki traumák újabb kezelési sorozatot tesznek szükségessé.

A *neurastheniáról* általában az a felfogás, hogy kevésbbé alkalmas hypnotikus kezelésre. De sok esetben olyan szép eredményt értem el, hogy helyesnek tartom kipróbálását. Eredményesen használható a hypnosis különböző ideges, gátlásos tünetek megszüntetésére, mint pl. lámpaláz, a beszéd articulatiós zavara (ideges hebegés, functiós dysarthria), sőt sokszor phobiás, kényszerképzetes betegeken is.

A *sexualis neurosis*, főleg ha nem nagyon régi keletű, meglepő gyorsan gyógyítható hypnosissal (psychikus impotentia, vaginismus, ejaculatio praecox, stb.). A többi neurastheniás tünet közül főleg a fejfájást, álmatlanságot, kóros fáradékonyságot és ingerlékenységet lehet jól befolyásolni. Megjegyzem azonban, hogy ezekben a hypnosist többnyire inkább kiegészítésképpen alkalmazom és nem mulasztom el a megfelelő gyógyszeres therapiát (sedativumot, hypnoticumot stb.). Ugyanez áll a különböző neurastheniás tünetekre, mint paraesthesiára, paralgesiára, a »kifáradási fájdalom«-ra, ideges szédülésre, szívszorongásra (pseudoangina pectoris), dyspepsia nervosára, foglalkozási görcsökre, valamint a szellemi tünetek közül az akaratgyengeségre, a határozatlanságra és a constitutiós lehangoltságnak nevezett tünetcsoportra.

Igen alkalmasak hypnotikus kezelésre a különböző *szenvedélyek* okozta betegségek: így alkoholismus, morphinismus, cocainismus, stb. Azonban hangsúlyozom, hogy a hypnosist nem az elvonásra kell felhasználni, mert ezzel egymagában nem érnénk el célt, hanem *az elvonás utáni abstinentiális* állapot szilárdítására. Igen szép eredményt értem el dipsomaniában, míg a nikotinismusban, bár a hatás azonnal bekövetkezett, gyakori visszaesést tapasztaltam.

Alkalmas hypnotherapiára a *homosexualitás* is, különösen, ha lelki konfliktust okozott, vagy ha többé-kevésbbé jelzett heterosexualitással jár együtt. Első esetben a conflictus megoldása és a beteg helyes irányba terelése, a másodikban a homosexualis hajlamosságnak a másik componens javára való tompítása vezethet eredményhez. Tiszta homosexualitás esetén is el lehet érni, legalább is bizonyos ideig, a teljes passivitást és a saját nemmel szembeni közömbösséget, azonban a másik nem iránti sexualis érdeklődés felkeltése nem szokott sikerülni.

Asthma nervosumnak különösen azok a fajtái befolyásolhatók hypnosissal, amelyekben a rohamokat külső behatások, izgalmak váltják ki. E betegségekben különös

figyelemmel kell lennünk a különböző igen bonyolult oki tényezőkre. Igy egyik esetemben az egyes rohamokat jól lehetett szüntetni vagy csökkenteni hypnosissal és mégis a teljes gyógyulást csak az allergiás vizsgálatok után alkalmazott desensibilisálás hozta meg.

A *migraent* sokan alkalmasnak tartják hypnotikus kezelésre. Nekem egy-egy kedvező eredménytől eltekintve nincsenek jó tapasztalataim, bár az is kétségtelen, hogy többnyire makacs, minden kezeléssel dacoló, idült esetekkel volt dolgom.

Jó eredményt észleltem és minden esetben helyesnek tartom a hypnosis alkalmazását *hyperemesis gravidarumban*, amelyben már többnyire az első ülés alatt sikerül a beteggel a táplálékot fogyasztatni, minden hányás nélkül. Elősegíti a gyógyítást a gravidák könnyű hypnotisálhatósága is.

Ugyancsak szép eredmény mutatkozik *chorea minorban*, ahol a nagyagyi kéreg felől a striatumra gyakorolt indirekt hatás szerepel a hyperkinesis megszüntetésében. A hypnosist choreás megbetegedésekben *Eszenyi* Margit dr. kezdeményezésére alkalmazzuk a budapesti elme- és idegkórtani klinikán.

Nagyon természetes, hogy *kisebb műtétek* (foghúzás, panaritium vagy furunculus megnyitása, tonsillektomia, stb.) szintén jól végezhetők a hypnosis által előidézett érzéstelenségben. Különös előny, hogy a műtétet adrenalin vagy novocain érzékeny betegeken, e szerek nélkül is el lehet végezni. A hypnosis kellő mélységét a műtét előtti próbaaltatással kell elérni.

Végül javalható a hypnosis *súlyos szervi megbetegedésekben is*, az alapbajhoz esetleg csatlakozó, súlyosbító »functiós« tünetek megszüntetésére és a beteg psychés állapotának javítására. Igy különösen izgékony és szorongó, halálfélelemtől kínzott betegek megnyugtatására és bizonyos euphoriás, bizakodó érzés felkeltésére.

A *hypnosis ellenjavallataival* röviden végezhetek. Nem alkalmas hypnosisra az elmebetegségek nagy csoportja, aminthogy elmebetegek általában nem is ejthetők hypnosisba. Tekintve azonban a gyakori határ-, vagy kezdeti eseteket, újra nyomatékkal utalok arra, hogy a hypnotisáló orvosnak alapos psychiatriai ismeretekkel kell birnia, nehogy kezelésével esetleg siettesse a beteg téveszméinek kibontakozását s igy ügyetlen beavatkozásával kirobbantsa a szunnyadó psychosist.

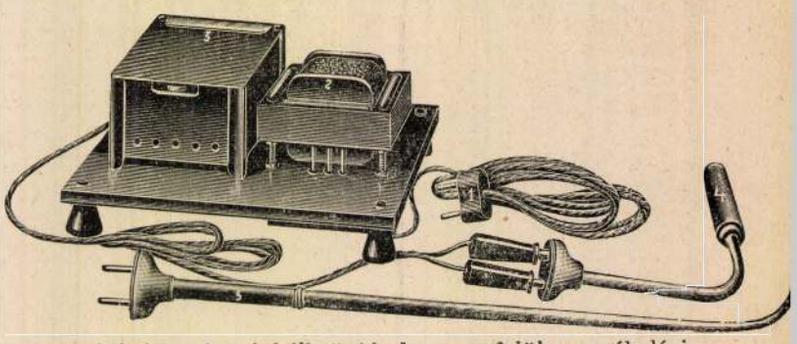
Lehóczky Tibor dr.,
egyetemi magántanár.

Szokványos székrekedés gyógyítása rectalis hőkezeléssel.

Székrekedésről, mint önálló megbetegedésről akkor beszélünk, ha a székrekedés a kórkép uralkodó és jellegzetes tünete. Nem soroljuk tehát ide a daganatok, heges szűkületek okozta székrekedést, valamint a székrekedésnek azt a formáját, mely a gyomor és a bélfekélyt, savtúltengést, vagy a hasüreg többi szerveinek gyulladásos és gennyes megbetegedéseit szokta kísérni.

A betegség helye szerint megkülönböztetünk gyomor, vékonybél, vastagbél és végbél eredetű székrekedést. A bélfal működése szempontjából atoniás és spasticus obstipatiót.

A gyomortartalom kiürülését anatomiai elváltozásokon kívül lényegesen hátráltatja a gyomor savtermelésének kóros fokozódása; a pylorusreflex csak akkor vezet a pylorus kinyílásához, ha a nyombélbe ürült gyomortartalom közömbösíttetett; a gyomor és béltartalom tovaáramlásának sebessége függ az izomzat peristaltikus és peristolés működésétől. Az előbbin ingamozgásokat, az utóbbin a bélfal féregszerűen tovahaladó összeszükülését értjük. Ha a bélizomzat tartósan elernyed, akkor a béltartalom tovaáramlása lassúbb lesz, ha egy vagy több helyen spasticusan összehúzódik, a béltartalom elakad. Mindkét esetben bekövetkezik a béltartalom idő előtti besűrűsödése, ami a tovajutásnak újabb akadálya. A széklet kiürítése részben reflektoricus, részben akaratlagos működés. A székelésinger akkor jön létre, amikor a bélsár az ampulla rectibe belép. Ha a beteg érzékenysége a székelési ingerrel szemben csökkent, ha szándékosan elnyomja, a bélsár rendkívül nagyfokú besűrűsödése következhet be, amely székrekedésen kívül különböző kellemetlen kísérő tünetekhez vezet (felfekvés, végbélcsomó, berepedés), ilyenkor szólunk proctalis obstipatióról. A kórképet kísérő egyéb tünetek autointoxicatiósak, reflektoricusak és psychicusok. Fejfájás, szédülés, levertség, munkaképességcsökkenés, étvágytalanság, kólikás fájdalmak, szorongás. A székrekedés kezelésében az előidéző ok kiküszöbölésén kívül a bélfunctiók befolyásolására törekszünk. A különböző növényi hashajtók a bélizomzat elernyedt működését részben helyileg, részben központilag ingerlik, a sós hashajtók vízvisszatartó hatásuk alapján felhigítják a béltartalmat és növelik a



mennyiségét. A végbélbeöntések ezenfelül a székelési ingert fokozzák. Hasonló hatást várunk a különböző hashajtó kupoktól; a paraffin készítmények ugyancsak tömegesebbé, puhává és sikamlóssá teszik a béltartalmat. Végül a hypophisis hátsólebeny kivonatai hormonalis úton késztetik az elernyedt bélizomzatot működésre. Mindezek az eljárások csak esetenként hatnak és egyszeri vagy gyorsan egymásután következő többszöri bélsárürüléshez vezetnek. Olyan eljárásunk, mely a szokványos székrekedést az alkalmazás után következő hosszabb időre is megszüntetné, eddig nem volt. Ezt a célt szolgálja eljárásunk, melyet a következőkben ismertetünk:

A kezelést Székely—Preissler-féle kismedence melegítő készülékkel végezzük, melyet alhasi gyulladásos betegségekben poliklinikánkon 1932 óta alkalmazunk. A fenti rajz a készüléket szemlélteti:

1-el jelölt falidugasz a váltóáramú világítási áramhálózatba való kapcsolásra szolgál.

2-vel jelölt feszültségcsökkentő transzformátor a 110 vagy 220 voltos áramnak, a szervezetre veszélytelen 10 voltra átalakítására szolgál.

3-mal jelölt szabályozó ellenállás a hőfok szabályozását szolgálja.

4-el jelölt szonda fűtőtesttel a végbél melegítésére szolgál.

A szonda behelyezésekor a beteget préseltetjük, ezáltal a megzsírozott fűtőszondát könnyebben lehet a végbélbe helyezni. A záróizomhoz a készüléknek a rajzon is látható vékony, csak az elszigetelt vezetéket tartalmazó csöves része jut, úgyhogy kezelés közben kellemetlen feszítő érzés nem támad. Ha a hasban gyulladásos

gócot sejtünk, az első kezeléskor csak öt percig melegítünk, nehogy a gócot activálja. Ha hőemelkedés vagy gócreactio nem mutatkozik, a további kezeléseket másodnaponként 10—15 percig végezzük, összesen 10—12 ízben. A készüléket a beteg maga szabályozhatja, magasabb, illetőleg alacsonyabb hőfokra. Az elérhető maximális hőfok 55 fok C. Ennélfogva a kezelés veszélytelen. Eddig 50 esetben alkalmaztuk ezt az eljárást, kivétel nélkül eredményesen. A hatás, azaz normalis mennyiségű és minőségű spontán székürülés csak az ötödikhatodik kezelés után mutatkozik. Visszaeséseket másfél év óta, mióta kórházi és poliklinikai betegeket kezelünk, nem tapasztaltunk. Azonban recidiva semmiféle kezelés mellett sem zárható ki. Két betegünk kezelés után három-négy hónap mulva lázas betegség miatt napokig ágyban feküdt s ez alatt az idő alatt is spontán volt széke. Hogy a melegnek van az új kezelési eljárás folyamán hatása, azzal látom bebizonyítva, hogy megkíséreltem kezeléseket végezni ugyanezzel a szondával, anélkül, hogy a fűtőtestet az elektromos árammal összeköttetésbe hoztam volna, teljesen eredménytelenül. Egy ilyen beteg ellenben tíz melegkezelésre meggyógyult.

Eseteim közül néhány kórtörténetet ismertetek.

K. L. 31 éves fogtechnikus 1923-ban laboratóriumban dolgozott, hol annyi dolga volt, hogy nem ért rá székelni. Két évig dolgozott itt és azóta állandó székrekedése van. Több helyen savtúltengést és bélrenyheséget állapítottak meg s emiatt gyógyszereket (savcsökkentő s hashajtó) és étrendet írtak elő. Megkísérelte abbahagyni a gyógyszereket, de széke csak hashajtóra volt. A kezelés előtt, bár különböző hashajtóval élt, négy nap óta nem volt széke. Az első kezelést f. évi január 8-án kapta. A második kezelés után spontán kevés szék, a kezelést követő napon. Ezután naponta rendes szék. A hatodik kezelés után bő híg szék. Tíz kezelést kapott, ellenőrzésre havonta egyszer bejárt. A mai napig teljesen panaszmentes. Gyomorpanaszai teljesen megszüntek.

S. A.-né 48 éves, háztartásbeli, feltűnően sovány, gyenge alkatú, rosszul táplált, testsúlya 43 kg, öt év óta obstipált. Hashajtóra ingert érez de akárhogy erőlködik, nem székel. Négy hét óta görcsös hasifájdalmak, különösen baloldalt, a léptájék alatt. Hányingere van, étvágytalan, püffedt, hasa érzékeny. Nőgyógyászati lelet: cystorectocele. Wassermann: negativ. Egyéb belgyógyászati elváltozás nincs. Röntgenlelet: ptosisos gyomor, caudalis polusa 1½ tenyérnyivel a crista ilei alatt. A has átvilágításakor feltűnik a colom transversum igen nagy gáztartalma. Három óra alatt a gyomor kiürül, 24 óra mulva colon transv. közepéig telődött. A colon feltűnően ptoticus, a ceocum medial felé hajlik, a kismedence közepének vetületében helyezkedik el. Appendix nem telődik, helye nem nyomásérzékeny. 48 óra mulva a contrastanyag ugyanott van, csak kevés jutott el a flexura linealisig. Hat kezelés után kétnaponként spontán szék, még négy kezelés után naponta szék. Fájdalmai megszűntek, két hét alatt 2 kg-ot hízott, menstruatio alatti görcsei a kezelés óta megszűntek. 1935 január óta panaszmentes.

L. G.-né 41 éves, évek óta hashajtót használ. Ismeretlen összetételű hashajtót szedett, de nincs széke. Utóbbi időben rendszeresen vesz ricinust, ha nincs széke, szédül, feje fáj, szívdobogása van. Gyakran fordul elő, hogy beöntést kell adni. Vérnyomás 230/110 mm Hg. Első kezelés 1934 december 15-én. Öt kezelésig eredmény nem mutatkozik. Ezen idő alatt hashajtó és beöntés. Ötödik kezelés után másodnaponkint szék, tíz kezelés után naponta rendes mennyiségű és consistentiájú szék. 1935 június 5-én előadja, hogy naponta van rendesen széke, közérzete jó, gyógyszert nem szed. Vérnyomás 185/120 mm Hg.

R. K. 31 éves, tisztviselő, gyermekkora óta székrekedésben szenved, soványsága miatt többízben tartott injectiós hízókúrát, de eredmény nélkül. Nagyobb étkezések után kb. 10 óra mulva gyomornyomást érez, gyakran böfög, gyomorégése van és állandóan éhesnek érzi magát. Próbareggeli: 36—56. Gyomortáj nyomásra érzékeny, gyomor-, bél- röntgenlelet normális. Appendix telődés nem látható. Rectalis vizsgálatkor kemény bélsárrögök, tapintható spasticus sigma. Tíz kezelés után naponta rendes szék, hat hónap mulva újból jelentkezik, előadja, hogy 7 kilót hízott, közérzete mai napig jó volt, most azonban gyomorégései vannak. Széke naponta van.

P. J.-né 55 éves, tanítónő. Hét év óta obstipált. Hashajtóra szorulása fokozódik. Beöntésre naponként bogyószerű, kemény széke van. Feje fáj, hasa puffadt, étvágytalan. Harmadik kezelés után kevés szék, ötödik után normális szék, tizenhárom kezelés után másodnaponként szék, teljesen panaszmentes a mai napig.

F. A. vasöntő, 36 éves, tíz év óta van székrekedése, azóta rossz a közérzete. Hasa puffadt, fájdalmai vannak, gyomorégést érez. Próbareggeli: 16/44. Wassermann: negatív. Röntgenlelet: 3 ujjnyi ptosisos gyomor. A duodenum és vékonybelek igen gyorsan ürülnek. A colon descendens spasticus, megkeskenyedett. Öt kezelés után elutazott. Egy hónap mulva visszatért és előadja, hogy hetenként egyszer hashajtót szed és akkor egy hétig van naponta széke. Újabb 13 kezelésre másodnaponként van rendes széke. Közérzete igen jó, gyomorégése megszűnt, erőbeli állapota javult. A kezelés óta három hónap telt el, a beteg panaszmentes.

Az itt ismertetett kezelés rendkívül egyszerű, a betegre nézve semmiféle kellemetlenséggel nem jár, teljesen veszélytelen. A készülék bekapcsolása és szabályozása egyszerű és pontos. A beteg a szabályozást önmaga is elvégezheti, úgyhogy a kezelés alatt semmiféle felügyeletre nem szorul. A szonda sterilisálható. Áramfogyasztása pár fillér kezelésenként. A készülék a Magyar Elektermax Művek r. t. gyártmánya.

Székely László dr.,
volt poliklinikai assistens.

A colitis kezeléséről.

A colitis kezelésének fontos feltétele, hogy az orvos a székletben feltalálható pathologiás részek jelentőségével, localisatiójával tisztában legyen.

Bár lehet a laboratoriumból is irányítani a kezelést és a górcső alatt látható emésztetlen részek, nyálka, vér, genysejtek tájékoztatnak arról, hogy gyulladás, vagy hurut van-e jelen, mégis a helyzet komolyságának a localisatió kérdésének megítélésére és a therapia irányítása miatt nem lehet a székletnek naponkénti megtekintését mellőzni. Mindenik széktypus más és más pathobiologiai folyamat eredménye és pedig:

A hasmenéses, vizes-nyákos szék általános enterocolitisre vall, az alsó bélrészek hurutját is elárulja.

A formált széklet harmatcseppszerű fényléssel a magasabb bélrészek gyulladásának eredménye, ahonnan a nyák már csak egyenletesen elkeveredve és nagyjában megemésztve jut a rectumba, annak a széklet fénylő, harmatos, esetleg itt-ott nyákcsíkokkal tarkított külsejét köszönheti.

Sárgás zöldes, genyes széklet, nyákkal, nyálkahártyacafatokkal fekélyes folyamatra mutat az alsó bélszakaszban, a vastagbél legalsó részében.

Formált széklet, véres nyákos csíkkal, vagy üvegszerű nyákkal, esetleg tiszta nyákos székürítés, bélsár nélkül, a vastagbél alsó szakaszára utal. A bélsárnak volt ideje és módja megformálódni, azonban a legalsó részben nyák került reá.

Bélféregszerű nagy, hosszú nyálkahártya-szalagok, a béltractus levált burkolata súlyos, a nyálkahártya mélyebb rétegeire terjedő folyamatra vallanak és igen súlyos béldefectusokat árulnak el.

A kezelésnek kettősnek kell lennie: diaetásnak és gyógyszeresnek.

Igen természetes, hogy ismert aetiologiájú colitis esetén az oki therapia a döntő. Az ok kiderítésére azonban a legritkább esetben van alkalom.

Előidézhetnek colitist: dysenteria, coli, diplococcus, tuberculosis, gonococcus, lues, myelitis, Basedow, uraemia, minden fertöző betegség, bélféreg stb. nem is

beszélve a drastikus gyógyszerekről és a különböző fémsókkal kapcsolatos mérgezésekről.

A legelső teendő a gyomor és belek teljes kiürítése, a béltractusnak toxintól, bakteriumtól megszabadítása, aminek megtörténtével aznap a beteg nem kaphat mást, csak folyadékot; ú. m. tea, feketekávé, üres húsleves, cacao, vörösbor stb., amelyet mind melegen kell nyujtani. A diaeta ezután óvatosan, lassanként jut el a nyákos, pépes, salakmentes diaetán keresztül a rendes étrendhez, amely esetleg csak hónapok múlva következik be. Közben szükségszerint újabb és újabb hashajtást rendelünk el újabb diaetamegszorításokkal.

Az acut hurut tünetei alatt kitűnő szolgálatot tesz az almareszelék, (naponta akár kilónyi mennyiségben), amely adstringens és sajátságos hurutcsökkentő hatásával sokszor minden egyéb beavatkozás nélkül is a hasmenés és hurut tüneteinek csökkenését vagy megszünését hozza létre.

A hashajtást olajjal (ricinus), paraffinum album puris. (nujol. cristolax) kell végezni. Ezek az olajok egyfelől felpuhítják a bérsarat, másfelől bevonják olajos réteggel a beleket és sem újabb toxinhatásnak, sem újabb mechanikai ingernek nem engedik a beleket kitenni.

Igen lényeges a diaeta mellett a fájdalmak, görcsök csökkentése, csillapítása, valamint a gyulladás csökkentésére irányuló törekvés, a peristaltika csökkentése. Ezt leginkább opium készítményekkel érjük el, de igen jó eredményeket érhetünk el az atropin készítményekkel is. A legkiválóbb szer az opium mellett az uzara, amely mint összehúzó és sympathikus izgató járul hozzá a tünetek megszüntetéséhez.

Az opiumot (domopon, tinct. opii, laudanum purum, ext. opii stb.) leghelyesebb bismuthum subnitrieummal, esetleg a nyálkahártyával érintkezéskor salicylsavat felszabadító bismuthum subsalicylicummal együtt adni, amely egyfelől jól ismert az ulcus kezelésében mint fekély bevonó és erősen tapadó szer, másrészt enyhe adstringens és igen jó védelmet nyújt a nyálkahártyának mechanikai és chemiai ingerekkel szemben. Adható 1·0—5·0 gr-os adagban.

Ugyancsak helyén van az adrenalinnak adagolása is cseppben vagy klysmában (20—40 csepp ½ liter vízre) részben gyulladástcsökkentő, részben nyálkaproductiót csökkentő hatása miatt.

Erősen toxikus esetben, de erősen nyákos széklet mellett, valamint meteorismus esetén bolus alba és carbo animalis adandó per os és beöntések alakjában, amelyeknek adsorbeáló, toxinkötő hatása elsőrendű. Obstipatiót okoznak, emiatt ezeknek a megkötött anyaggal együtt eltávolításukról beöntéssel gondoskodni kell.

A per os adandó adstringenseknek sok értelme nincs, mivel fehérje affinitásukat a gyomorban és a belek felső szakaszában kielégítvén távoli, éppen az alsó szakaszokra kifejtendő hatást ezektől nem várhatunk, néha pedig felszívódva mérgezést hoznak létre.

Gyüjtőérbe vagy izomba adva a calcium is hatásos szernek látszik gyulladást csökkentő tulajdonsága miatt, ugyanilyen hatású a gelatina, vérplasma és pepton is.

Igen lényeges a fenti gyógyszereken kívül a beöntések alkalmazása. Ezekkel rendesen túlságba mennek azt gondolva, hogy a gyakrabban alkalmazott tisztító vagy desinficiáló beöntések jobb eredményt adnak. Ezzel szemben a gyakran adott beöntések izgató, gyulladást, fájdalom fokozó hatása sokkal több kellemetlenséget okoz, mint amennyi eredmény tőle várható. Teljesen elég naponta egy beöntés, hogy az egy nap alatt felhalmozódó székletet a benne levő gyógyszer, toxin rothadási termékeivel együtt eltávolítsa és egyben enyhe desinficiáló hatását kifejtse ugyancsak kisfokú adstringens hatással együtt.

Ennek elérésére legalkalmasabb a legenyhébb desinficiens, az acidum boricum vagy natrium salicylicum 2—3 ezrelékes oldatban. csersavas theák. esetleg medveszőlő thea, amely per os adva hydrochinon lehasadása révén desinficiens hatást fejt ki s ez talán a csöréktől is várható a csersav hatás mellett.

Ujabban serummal értek el jó eredményt, beöntéssel és intramuscularis injectiókkal. Forneth ugyancsak serumtól látott jó eredményt acut dysenteriaszerű bélhurutokban (20 cm norm. lóserum 2—300 cm vízre beöntéshez.)

Megemlítendő az autovaccina ugyancsak beöntésszerű alkalmazása, amelytől saját eseteinkben is jó eredményeket látunk.

Serumbeöntéskor vigyázni kell az anaphylaxia kifejlődési idejére, s ezért nyolc napon túl ne adjuk.

Bergmann keményítőbeöntést ajánl, mint kitűnő bevonó és csillapítószert.

Mindezek mellett teljes nyugalmat, fekvést, a vastagbelekre állandó thermophor alkalmazását kell elrendelni.

Végül mindennel dacoló esetben a saját vér intravenás, vagy intramuscularis befecskendése, még súlyosabb esetben vértransfusio a leghatásosabb fegyver a kezünkben, amikor a vér immunanyagai és bactericidiája gyors hurut és gyulladást csökkentő hatásukat kifejthetik.

vitéz Varga Lajos dr.,
törzsorvos, egyet. magántanár.

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés: Egy községnek két községi orvosa van. Mindkettő tagja-e az elöljáróságnak s így a képviselőtestületnek hivatalból? Vagy csak az ügyvezető? Melyek az idevonatkozó törvények? *P. Gy. dr.*

Felelet: A községi orvos községe elöljáróságának hivatalból tagja. Ezt részint az 1886:XXII. tc. 63. §-a, részint az 1908:XXXVIII. tc. 25. §-a mondja ki. Ez utóbbi törvény 4. §-a intézkedik aziránt, hogy a közegészségügyi szolgálat ellátása miképpen történjék az esetben, ha a községnek (városnak) egynél több orvosa van. Erre vonatkozólag a törvény elrendeli, hogy a község képviselőtestületének az egyik községi orvost *ügyvezető orvosként* kell kijelölnie, aki a szolgálat egységes teljesítéséért felelős; továbbá az ügyvezető és a többi községi orvos teendőit, valamint egymáshoz való viszonyát szabályrendeletileg kell megállapítania.

A községi orvosnak elöljárósági tagsága szoros összefüggésben van azzal a közérdekű céllal, hogy a közegészségügyi közigazgatás helyi képviselője a községet érdeklő közigazgatási teendők ellátásában aktíve közreműködjék és ezzel a község vezetésében az egészségügyi kérdéseknek megfelelő hely és keret biztosíttassék. Továbbá azzal a céllal, hogy a községet érdeklő összes közigazgatási teendők ellátása, illetőleg végrehajtása egységes irányelvek szerint történjék.

Ebből a szempontból rendeli el a törvény az ügyvezető orvos kijelölését. Ilyképen a törvényhely grammatikai és logikus értelmezéséből következik, hogy az elöljáróságnak mindig *csak egy községi orvos*, több községi orvos alkalmaztatása esetében pedig *csak az ügyvezető orvos tagja hivatalból*. Ezt bizonyítja az a körülmény is, hogy nincs olyan generalis tételes jogszabály (törvény, kormányhatósági rendelet), amely ezzel az állítással ellentétes rendelkezést tartalmazna.

Atzél Elemér.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

A tuberculosis diaetetikája.

Hogy a tuberculosis és táplálkozás mennyire összefüggenek azt legkifejezetebben a háború mutatta meg. *Kirchner* statistikája szerint a háborúval kapcsolatos kedvezőtlen táplálkozási viszonyok hatása alatt a tuberculosis morbiditása és mortalitása lényegesen emelkedett. Ez megegyezett Umber azon észleletével, hogy a Pirquet próba a háború utáni gyermekeken nagyobb százalékos arányban volt positiv, mint háború előtt. A tuberculotikus betegek táplálásának alapelve, hogy az oxidatiós folyamatok fokozódására tekintettel az energia bevitel túlhaladja az energia elhasználódásának mértékét. (Különösen vonatkozik ez a súlyosabb, rosszabb oekonomiájú anyagcserével biró folyamatokra, amelyekben a rossz oekonomiát éppen diaetetikánkkal kell kiegyenlíteni).

Mig a normalis felnőtt ember fokozódott fehérjevitelre sem apponál fehérjét, hanem a túlzott fehérjebevitel specifikus dynamikus hatása a fehérjének kiválasztását csak fokozza, a fehérjedeficitben lévő organismus tud fehérjét apponálni. Azok a megállapítások, amelyeket a fehérje, zsír és szénhydrat bevitelt illetőleg *Rubner* és iskolája megállapitott, változatlanul fennállanak, mert fokozódott fehérje hiány mellett is a táplaléknak vegyesnek kell lennie, mert úgy a zsír, mint a szénhydrat kiméli a testfehérjét saját energiahatásának számlájára.

A tuberculosis diaetetikája tehát vegyes táplálkozás. Hogy ez mennyi összcaloriát tegyen ki, afelett nagyon eltérőek voltak a vélemények. *Rubner* szerint a fehérje, zsír és szénhydrátok közti arány 2.7:1:7.1. A caloriákban történő megállapítás nyugodtan mondhatjuk azonban, hogy idejét multa, legfeljebb megállapíthatjuk azt, hogy tuberculotikus betegeknek caloria értékben is kifejezetten többet kell adnunk, kb. annyit, mint amennyit *Löwy* és *Abderhalden* nehéz munkát végző munkások részére megállapítottak Ez megfelel 3500—4000 caloriának.

Ezen caloria értéken belül a fehérje zsír és szénhydrátok elosztását különbözőképpen itélik meg. *Selnek* az a nézete, hogy tuberculosis esetén kerüljük a nagy mennyiségű fehérjét, annak specifikus dynamikus hatására tekintettel, hiszen a fehérje feldolgozása sok energiába kerül, amely a szervezetre nézve veszendőbe megy. Ha azonban számbavesszük, hogy a súlyos tuberculosisban fehérje deficit áll fenn, úgy természetes, hogy ezt csak fokozott fehérjebevitellel pótolhatjuk és a betegnek sorsa attól is függ, mennyire alkalmas szervezete a fehérje appositióra.

Azt az energiát, amely szükséges, hogy a táplálék fehérjéje a szervezet fehérjéjévé váljék, szénhydrátok és zsírok szolgáltatják. És itt a növényi fehérjéknek és szénhydrátoknak a húsfehérjével és zsírral szemben háttérbe kell szorulniok, mert ezek sokkal nagyobb térfogatúak és a tuberculotikusok túltáplálásában különösen akkor, ha a beteg gyomra és bélrendszere gyenge, nem nyújthatók a kellő mennyiségben. Zsír és hús, a szükséges energia mennyiségeket concentráltabban tartalmazzák, mint a növényi fehérjék és szénhydrátok. Kimutatták, hogy tuberculosissal inficiált állatok, ha fehérjével tápláltattak, tovább éltek mint azok, amelyeknek csak szénhydrátokat adtak. A csak zsírral táplált állatok a középen állanak. *Weigert* szerint ellenállóképességük nagyobb mint azoké, amelyeket szénhydráttal tápláltak. *Vogt* és *Czerny* ugyanezt állapítják meg gyermekeken és *Störtner* azt hiszi, hogy a háború következtében létrejött nagyobb tuberculosis morbiditás összefügg az egyoldali szénhydráttáplálással.

Az újabb idők anyagcsere kutatásai megmutatták, hgy a diaetetikai kérdéseket mathematikai formulák alapján megoldani nem lehet. A caloria szükséglet megállapítása egyedül nem elegendő, az isodynamia törvénye a gyakorlatban nem állja meg a helyét, mert az élő organismust nem lehet gőzkazánhoz hasonlítani, amelyben a fehérje, zsír és szénhydrátok egyszerűen caloria értékük szerint helyettesíthetik egymást. Legjobban mutatja ezt a vitaminok fontossága. De még más nem egészen világos tényező is fontosnak látszik. Patkányok szárított tej, keményítő és disznózsír keverékével jól fenntarthatók. Az állatok azonban tönkremennek, ha a szárított tejet megvonják tőlük. *Aron* mutatta ki, hogy fiatal patkányok, melyeket plasmonnal, buzakenyérrel és 2½%-ban vajjal tápláltak elpusztulnak, ha a vajat megvonják tőlük. Iyen módon hatásos és hatástalan zsírokat lehet elkülöníteni. Hatásos a csukamájolaj, tojássárgája, állati margarin; hatástalan a disznózsír, a mandula és olivaolaj. A hatástalan zsírok hiányzó anyagait pótolják a zöldfőzelékek, tehát úgy látszik a vitaminanyagok teszik a különbséget.

Miután úgy látszik, hogy a calciumforgalomnak a tuberculosis anyagcsere folyamatokban jelentősége van s a calcium, valamint a silicat therápiának jó eredményeit nem lehet kétségbevonni olyan esetekben, ahol ezen anyagokból a tuberculotikus szervezet sokat veszít, célszerű ezen sóknak bevitele is, melyek legnagyobb mennyiségben a növényi tápanyagokban vannak. Általános hiba e szempontból, hogy a növényi tápanyagok főzésekor a főzővizet el szokták önteni. Ezért célszerű *Lahmann* előirása, amely szerint a növényi tápszereket kevés vizben kell gőzben megfőzni, hogy az említett anyagok kárba ne vesszenek.

A tuberculotikusok diaetájáról tehát általánosságban azt mondhatjuk, hogy annak bőségesebbnek, táplálóbbnak, nagyobb fehérjetartalmúnak kell lenni, ha alkalmazkodni akar azon megváltozott viszonyokhoz, amelyeket a fokozott fehérjeszétesés és oxydatio jelentenek. Hogy ez miképen vihető keresztül, azt a bölcs empiria nélkül, a konyhaművészet negligálásával, merev formulák szerint megvalósítani nem lehet. Csak individualis megitélés, a finnyásságra különben is hajlamos betegek egyéni kívánságainak figyelembevétele vezethet eredményre. Ha a tuberculosisban szenvedő beteg megfelelő táplálás mellett hízik, ez általánosságban véve kedvező jel, de egymagában nem jelenti a folyamat gyógyulását. Mindenki ismeri azokat a pastosus, felfujt exsudativ betegeket, kiken gyarapodó testsúly mellett feltartózhatatlanul progrediál a betegség. Ez a gyarapodó testsúly nagyrészt vizretentio, plus zsírlerakódás sokszor fehérje deficit mellett. Erre a diaetetika nem törekszik, sőt ilyenfajta felhizlalás csak káros, mert keringési nehézségeket támaszt. Hogy különböző stadiumok, complicatiók a diaetát módosítják, az természetes. Magas lázak, achlorhydria, hyperaciditas, gastroenteroptosis, enteritis tuberculosa, dysphagiák, a táplálkozás menetét más és másképen irányítják. Ezekkel külön foglalkozni nem akarok, lévén mindegyik a diaetetikának külön-külön önálló fejezete.

A kérdés azonban, amire meg kell felelnem az, hogy van-e a tuberculosisnak specifikus diaetája.

1926-ban *Sauerbruch* klinikája feltűnő észleleteket közölt egy, a tuberculosisban beváló diaetáról. Ez a diae-

ta empirikus alapon *Gersontól* származik, tudományos megalapozását pedig Sauerbruch ösztönzésére *Hermannsdorfer* vállalta magára.

Ezen diaetának alapja sok vitamin, sok zsír, bőven ásványi só, semmi konyhasó. Fehérjében és szénhydrátban aránylag szegény. Kerülendők a füstölt hús és halfélék, conservek és leves-extractum. A konyhasó teljes mellőzése folytán csak a nyersanyagok nativ NaCl-ja kerül bevitelre, ami Gerson szerint 1.6—2.6 gr. Izesítésre borsot, paprikát, mustárt, köménymagot, ecetet, citromot, tejfelt lehet használni, s ezekkel egész jól ki is lehet jönni.

A diaetával kapcsolatban a zsír- és vitamin-bevitel fokozására naponta kétszer phosphoros csukamájolajat adunk s Hermannsdorfer előírása szerint egy Mineralogen nevű ásványi sókból álló keveréket, amelynek az feladata, hogy konyhasó helyett könnyebben felszívódó sókkal árassza el a szervezetet. Ezen Mineralogen alumen, calcium phosphoricum, Na silicicum, Mg sulf., Na sulf., Bi subnitr., calc. lact. strontium lact., Na bisulfuric., Na brom. és albumin keveréke, s napjában három kávéskanálnyit veszneb belőle a betegek.

A Gerson-Herrmannsdorfer diaetával bevitt caloriamennyiség 3000—3200, tehát alatta van a sanatoriumi kezelés mellett adott táplálkozás caloria-értékének.

Hogy mikép hathat ez a diaeta gyógyítólag a tbc. lefolyásában, annak feltevése Herrmannsdorfernek a sebgyógyulás diaetás befolyásával foglalkozó vizsgálataival függ össze. Azt találta, ha olyan táplálékot adott betegeinek, amely savanyú irányban befolyásolja a szervezet savbasis egyensúlyát, úgy a sebek kiszáradtak, vérellátásuk javult, bakterium-florájuk lényegesen csökkent, míg alkalisáló tápanyagok mellett a sebszélek lazák, vizenyősek lettek és a bakteriumflora is bőségessé vált.

Savanyú irányt adó tápanyagok: hús, tojás, hal, vaj, zsír, sajt, liszt, rizs, kukorica, kenyér, lencse, dió, cacao.

Alkalikusan befolyásolják a szövetnedv reactióját: tej, burgonya, főzelékek, gyümölcs, tea, kávé.

Ezen az alapon a Gerson-diaetának tudományos alapot adni nem lehet. Még ha a sebgyógyulásra vonatkozó adatok igazak is lennének, pedig e tekintetben is vannak egészen ellentétes megállapítások, a diaeta összeállítása divergáló hatású kell hogy legyen a H-ion concentratio szempontjából. Ne felejtsük el azt sem, hogy a H-ion meghatározások colorimetrikus módszerei a subjectiv megítélésnek tág teret adnak, az így kapott adatok tehát mindennek mondhatók, csak meggyőzőeknek nem.

A másik felfogás szerint Gerson-Herrmannsdorfer diaetája a szervezet ásványtartalmát befolyásolja. Azt régóta tudjuk Binet és Robin vizsgálatai alapján, hogy a tuberculotikus szervezetben demineralisatio következik be; különösen a Ca, Mg és P-re vonatkozóan Herrmannsdorfer vizsgálatai azt mutatták, hogy a kalium és magnesium sók a bevitt mineralogenből a bélcsatornában legnagyobbrészt felszívódnak, fokozódik a chlor-kiválasztás, amely azonban csak tuberculotikusokon észlelhető, míg egészséges embereken sóretentio mutatkozik. Ez tehát azt jelentené, hogy a mineralogen, miután hozzájárul a szervezet sótalanításához, még inkább elősegíti a sótlan étel hatását. A sótalanítás mellett talán a brómsók idegrendszert nyugtató hatása is érvényesül.

Ezen ingadozó elméleti megalapozás mellett a kérdésnek óriási irodalma keletkezett. Sebészek és dermatologusok, csont és bőr tbc.-ban kiváló eredményeket írtak le. Igen sokat nyomott a latban Sauerbruch kedvező állásfoglalása is.

Eltérőbbek voltak a vélemények a tüdőtuberculosis terén. A müncheni és berlini iskola jó eredményekről számol be. Szerintük a diaeta áthangolja a szervezetet, az exsudativ folyamat productivvá válik, a köpet csökken és negativ lesz, a beteg hízik.

Mások, így Ziegler, Westphal, Bacmeister, a francia Monson, és igen sokan mások nem osztják ezt az optimistikus felfogást.

Azok a vizsgálatok, melyekről Barát Irén számolt be az Erzsébet Sanatoriumból és azok a tapasztalatok, melyeket a vezetésem alatt álló intézetben szereztünk, a mi felfogásunkat is skeptikussá teszik. A tüdőgümőkór spontán gyógyulásának kimeríthetetlen lehetőségei vannak. Csak aki nagy tbc.-s anyag felett rendelkezik, látja igazán, miképen lesznek exsudativ esetek jóindulatú productivakká és megfordítva. Az objectiv észlelés amellett szól hogy ezideig nem mondható egy therapia-eljárásról sem, hogy az a tbc-s szervezet milieujét akaratunktól függően tudja kedvezően áthangolni. Csak az általános hygienodiaetás szabályok betartása az, amellyel kétségtelenül elősegíthetjük a szervezet spontán védekezésének lehetőségeit.

Tállyai-Róth Miklós dr.
igazgató-főorvos.

A serumbetegség és kezelése.

Az antitoxinokat tartalmazó lósavónak használata igen kiterjedt a gyakorlatban, nemcsak a heveny fertőző megbetegedések gyógyításában és megelőzésében, hanem más septikus megbetegedésekben is, mint pl. abortus, tonsillaris, stb. sepsisek, gennyes féregnyulvány-gyulladás, coli-fertőzések; a normal lósavó pedig belső vérzések csillapítására használatos. Vannak megbetegedések, melyekben a méreg-ellenes lósavó használata elkerülhetetlen; ezek közé a betegségek közé tartoznak a diphtheria, vörheny, tetanus, vérhas, lépfene, járványos agyhártyagyulladás, orbánc. Amikor emberi savó használata valamely okból keresztül nem vihető, a lósavókhoz fordulunk. A lósavónak bizonyos esetekben kellemetlen, nem fajlagos, anaphylaxiás hatása is van. Ezeket a nem fajlagos hatáson alapuló tüneteket nevezzük serum-betegségeknek. A tünetek legtöbbször oly enyhék, hogy alig lehet betegségről beszélni, máskor oly ijesztőek, hogy a lósavó alkalmazásától elidegenítik a gyakorló orvost. Egyszerű számadatokkal kívánom ismertetni mindazon kellemetlenségeket, melyeket a lósavó okoz, kiemelvén azt, hogy *amikor a lósavó használata tényleg javalt, azt elmulasztani sohasem szabad, mert több kárt okoz a mulasztás, mint a savó alkalmazása melletti kellemetlen tünetek.*

A lófehérje antigenje úgy hangolja át az emberi szervezetet, hogy az antigennel újratalálkozás alkalmával a rendestől eltérőleg fog reagálni. (Anaphylaxiás állapot.). Minthogy ez az állapot nemcsak akkor áll elő, ha a lósavót parenteralisan visszük a szervezetbe, hanem lóhússal táplálkozás után is (Kopacsevszki), szopás útján is másrészt nem ritkán a parenteralisan bevitt lófehérje nem idézi elő az érzékenységet, egy szervezet lófehérje érzékenységéről ajánlatos minden esetben külön meggyőződnünk, mielőtt a lósavó alkalmazására kerül a sor. Lévén a lófehérje iránt a legérzékenyebb szerv a bőr, a rajta végzett próbák gyakorlatilag tájékoztatni fognak a szervezet érzékenységi állapotáról. A bőrpróba végzése a következő: A használható lósavónak 0,20 ccm-t az alkar alsó hajlító oldalának bőrébe fecskendjük (intracutan). *Igen érzékeny egyénen* már 2 perc mulva kb. pengőnyi pír és 20 fillérnyi urtica keletkezik, mely rohamosan növe-

kedve 10—20 perc alatt tenyérnyivé válhatik. Ez esetekben érbe fecskendezést csak akkor végezzünk, ha javallata megvan (toxicus scarlatina, malignus tons., dipht. gravis dipht. laryngis, toxicus dysenteria korai szaka, anthrax malignus alakja, súlyos tetanus, mening. cerebrosp. epid.). Prophylacticusan érbe lósavót fecskendezni felesleges. Ha a próba csak 10—20 percre a szúrás után lesz positiv, *az érzékenység kisebb*, azonban az érbefecskendés javallatai megfelelnek az előbb mondottaknak. Ha 20 perc mulva sincs reactio, a lósavó bátran fecskendhető érbe. *Izomba fecskendést, akár érzékeny az egyén, akár nem, shok-veszély nélkül végezhetünk.*

Mik a lósavó okozta „serum betegség" tünetei? Gyakorlatilag három csoportot állíthatunk fel:

I. *Csak serumexanthema jelentkezik.* (11.000 lósavóval oltott közül 835, ami 7.6%-nak felel meg.). A serum-betegségnek ez az alakja legenyhébb. Jelentkezhet bőrérzékeny egyénen éppenúgy, mint nem érzékeny, mégis újraoltottnál, bőrérzékenyen kb. minden 2.-on, nem érzékenyen minden tizenhetediken. A kiütés jelentkezhetik a beszúrás pillanatától tizennyolc napig bezárólag. Sajátsága a serumkiütésnek, hogy hol eltűnik, hol újra megjelenik, valamint az, hogy helyét előszeretettel változtatja. Leggyakrabban a befecskendés helyén jelentkezik, legtöbbször erősen viszket. A megjelenés formája lehet vérzéses 0.3%, rubeolaszerű 2.3%, guirlande-szerű 2.9%, morbilliform 13%, urtica 15%, scarlatiniform 2.9%, az előbbiekből combinált 61.9%. Leggyakrabban az urtica és erythema van jelen. A kiütés formája ugyanazon egyénen a nap folyamán változhat. *Általában jellegzetes a serum-exanthemára, hogy a kiütés jön-megy, formája változik, sokszor van jelen urtica és olykor vizenyő is.* A serum-kiütéssel nem mindig jár együtt hőemelkedés, mert 50%-ban láz nincsen, s az összes oltottak 0.2%-ban haladja meg a láz a 39° C-t. A serum-kiütés fennállhat néhány percig s több napon át is.

II. *Serumexanthema és oedema* jelentkeznek. Ritkán fordul elő a laza szövetek oedemája bőrkiütés nélkül. A lósavó okozta kellemetlen tüneteknek ezen csoportja a tulajdonképeni „serumbetegség". Ugyanis a kiütésen kivül meg van az izületek kisebb-nagyobb fokú fájdalma, ritkán duzzanata is. Ezzel egyidejüleg a szemhéjak-, arc-, ajkak-, scrotum-, penis-, vulva-bőrének oedemája jelentkezhetik. A laza kötőszöveteknek e duzzanatai ugyancsak a beszúrás pillanatától tizennyolc napon belül keletkeznek. A gégenyálkahártya oedemája folytán ritkán légzési nehézség is jelentkezhet (11.000 oltott közül 1 esetben). Az izületi panaszok olykor hónapokig is eltarthatnak. A II. csoportbeli serum kellemetlenségek előfordulása 0.6%. A hőmérsék az esetek felében nem haladja meg a 38 C°-t. Hányás, émelygés, szédülés az ily betegek ¼ részén jelentkezik. A betegség tartama 69%-ban három nap alatt van, igen ritkán 8—10 napig is megvannak a tünetek.

III. csoportba tartozik az ijesztő tünetekkel járó serumshok. Minthogy az ujraoltás állatokon végezve az esetek többségében halálos kimenetelű shokkal jár, e tapasztalatoknak átvitele az emberre, oka a lósavó iránti nagyfokú idegenkedésnek. Pedig a shok előfordulása csak 0.018% (tizenegyezer oltottra) s ez a két egyénen kifejlődött három shok eset is érbefecskendésre jött létre, de egyik sem végződött halállal. A shok tünetei eszméletvesztés, cyanosis, alig számolható szapora érverés, vérnyomás süllyedés, fényre nem reagáló, tág pupillák, bőr- és inreflexek kimaradása, a beteg székletét, vizeletét maga alá bocsáthatja. Ha eltekintünk a tonico-clonikus görcsöktől, a lósavó okozta shok állapota leginkább az epilepsiás rohamhoz hasonlitható. Oka minden valószinűség szerint agy-oedema. Tartama 2—15 perc közt ingadozik. A hányás oka nem minden esetben a gyomor nyálkahártya enanthemája, hanem agyi-oedema, mikor szédülés, ájulás érzete jelentkezhetik. *A shok csak az érbefecskendés után kb. 20 percig várható, csak bőrérzékenyeken láttuk kifejlődni,* leggyakrabban serum-kiütés is kiséri. *Roessle* nyomán az érzékeny szervezet a következőképen védekezik a bevitt antigennel szemben. A bevitel helyén a jelentkező *Arthus-jelenség* igyekszik az antigent visszatartani, ha ez nem sikerül, az antigen a vérbe kerül. Most a máj és lép mint szűrő-szerkezet iparkodik az antigennek a szervezetre gyakorolt hatását megakadályozni. Ha ez sem sikerül, úgy az erek belhártyáján keletkező gyulladásos jelenségek mutatják, hogy itt is folyik a harc az antigen-behatolás meggátlására, mi, ha nem jár eredménnyel, az antigen a szervezetbe hatol s kiváltja a reactiókat.

A serumbetegség megelőzésére biztos eljárással nem rendelkezünk. Ha tekintetbe vesszük, hogy a bőrérzékeny egyének egyenesen érbe oltva is csak 50%-ban szenvednek anaphylaxiás hatást (nem shokot), — bár e szempontból érbefecskendés a leghatásosabb, — s más oldalról azt látjuk, hogy dacára különböző praeventiv eljárásoknak, mégis jelentkezhetik a serum-betegség, úgy azt kell mondanunk, hogy a prophylaxis eredményt nem ad. Állatokon *Galambos*, adrenalinnal, *Hajós* mellékpajzsmirigy adagolással, *Róth* és *Paul* a májműködés kiiktatásával, *Pelláthy* és *Haintz* a szervezet lugosításával, *Surányi* cholesterin adagolással akadályozták meg a shok kifejlődését az ujraoltással kapcsolatban. Emberre e kisérleti megállapítások gyakorlati jelentőséggel egyelőre még nem birnak. *Besredka* úgy iparkodott megelőzni a shok kitörését, hogy fokozatosan próbálta érzéktelenné tenni (desensibilisatio) a szervezetet, úgy hogy elsőnt híg lósavót fecskendezett be, majd emelkedett a concentratióval. *Stolle* szakaszos oltást ajánl, apró adagokkal indul s fokozatosan emelkedik a kivánt mennyiségig; *Heger* az érbeoltás előtt ½ ccm lósavó bőr alá fecskendezését ajánlja. Eseteinkben mindezen eljárások csődöt mondottak, szerencsére azonban nélkülük is igen ritka a shok, innen a jó eredmények. Az I—II csoportba osztott serum-betegségek megelőzése sem sikerült semmiféle eljárással sem.

A már kifejlődött serumbetegség esetén, amikor csak exanthema van jelen, csak a viszketés ellen kell fellépnünk 1% menthol-alkohol bedörzsölésekkel, közömbös hintőporokkal. Izületi panaszok esetén borogatások, salicyl-készítmények célirányosak, míg az oedemákra egyszerű borogatások jók. Shok esetére már előre készenlétben tartunk 20%-os NaCl-t, vagy 20—40%-os szőlőcukoroldatot, 0.20—0.40 gr. coffein. natr. benz.-al, s ezt érbe fecskendezzük. Tonogennek bőr alá fecskendése, calciumnak érbe fecskendése olykor gyors hatású. Használatuk után azonban újra jelentkezhetnek a tünetek. Legtöbbször spontán és hirtelen javulás jön létre. A fenti szereket alkalmazhatjuk, de szívizom károsodásban szenvedőknek inkább ne adjuk, mert hirtelen collapsust idézhetünk elő. *Legfontosabbnak tartom a beteget vagy hozzátartozóit felvilágositani a bőrpróba végzése után arról, hogy mily százalékban, mily veszedelemmel jár az oltás, s mi a következménye adott esetben annak, ha nem oltunk.* Éppen úgy kell eljárnunk, mint a sebészek bizonyos műtétek előtt, amikor jóváhagyást kérnek, a műtétbe egyező nyilatkozatot. Amikor pedig kételyeink vannak akár a betegség természete, akár az oltás következményei felől, tanácskozunk szakorvossal.

Peleskei Lajos dr.
v. közkórházi adjunctus.

A cholecystographia ellenjavallatai.

Az epehólyagot röntgenképen azáltal tehetjük láthatóvá, ha a szervezetbe per os, vagy intravenásan olyan — a szervezetre nem káros — contrastfestékanyagot juttatunk, mely az epe útján választódik ki s így röntgenfilmen intensiv árnyékot ad.

Hogy az epehólyag cholecystographiában a röntgenképen láthatóvá váljék, annak több előfeltétele van:

1. Első feltétele ennek az, hogy a májfunctio normalis legyen. Beteg máj esetén az epehólyagtelődés elmarad.

2. Ha a májfunctio sértetlen s a contrastanyagtartalmú epe kiválasztása szabályosan halad előre, ahhoz, hogy az epehólyag telődhessen, az epeutaknak nyitva kell lenni.

3. A normalis epehólyagtelődés harmadik előfeltétele, hogy az epehólyag nyálkahártyája ép legyen. Az epe besűrűsödése, a concentratio, az epehólyag nyálkahártyájában megy végbe. Ha a nyálkahártya beteg, a concentrálódás gyengébb lesz, vagy egészen elmarad.

4. Ha a contrast-festék tartalmú epe már az epehólyagba jutott, az epehólyagnak röntgenképen megjelenése még mindig csak akkor válik lehetővé, ha az epehólyag ürege elég nagy, elég tágas ahhoz, hogy elegendő mennyiségű contrast-festék tartalmú (tehát árnyékot adó) epe foglalhasson benne helyet.

Cholecystographiás felvételen gyenge árnyékot kapni, pl. cholecystitis esetén, mikor az epehólyag fala megvastagodott, heges, vagy az epehólyag lumene kisebb, szűk. Cholelithiasisban az epehólyag telve lehet kövekkel, melyek között a festékanyagtartalmú epe nem tud oly mértékben, olyan mennyiségben concentrálódni, hogy a röntgenfilmen árnyékot adhasson. Empyema, hydrops vesicae felleae esetében az epehólyag nyálkahártyája egyrészt gyengébben választ ki, másrészt az epe contrastfesték-tartalma relative kicsi (hígabb). Ezért az epehólyag gyenge telődést mutat, vagy egyáltalán nem telődik.

Az epehólyag különböző anyagok elfogyasztása után (zsíros étel, vaj, tojássárga, magnesiumsulfat, Witte-pepton stb.) eredeti térfogatának kb. harmadára-negyedére húzódik össze. Ha az epehólyag lumene a normalisnál tágabb vagy a concentratio gyengébb, akkor az epehólyag árnyéka csak a contractio után válik élesebbé, sötétebbé, mert a besűrűsödött epe vagy nem volt elég mennyiségben az epehólyagban jelen, vagy pedig azért, mert a besűrűsödött epe nem tartalmazott (nem concentrált) elég contrastfesték-tartalmú epét.

Végül természetesnek kell vennünk azt, hogy a beteg előkészítése s a contrastanyag alkalmazása és adagolása gondosan, az előírt módon történt meg.

Mindezeket egybevetve a cholecystographia ellenjavallt elsősorban olyan esetekben, melyekben már eleve feltételezhető, hogy a vizsgálattól eredményt nem várhatunk; tehát súlyos májfunctiós zavarokban (májatrophia, zsírmáj, hepatitis, ikterus). Ha pl. egy ikterus nem nagyfokú s feltételezhető, hogy mechanikus akadály idézi elő, a vizsgálat esetleg elvégezhető, ha tőle a diagnosis biztosságát s a therapia valószínűbbé tételét remélhetjük.

Per os vizsgálat kerülendő, ha émelygés, hányinger, hányás vagy diarrhoea van (a contrastanyag phenolphtaleint tartalmaz s maga is okoz kisebb hasmenést). Ilyenkor az intravenás methodust alkalmazzuk, feltéve, hogy annak ellenjavallatai nem állanak fenn (l. alább).

Intravenás cholecystographia nem alkalmazható alacsony vérnyomás mellett (a vérnyomás az injectio után lecsökken), ha a venák rosszak, magas életkorban lévő betegen és ha thrombosis vagy embolia veszélyének lehetősége forog fenn. Ilyen esetekben per os végzendő a vizsgálat, ha viszont ennek ellenjavallatai nem állanak fenn.

Bizonyos esetekben a contrastanyag felét per os, másik felét intravenásan adagoljuk.

Szabályként tartsuk be azt, hogy alapos béltisztítás után, még cholecystographia *előtt, üres felvételt* készítsünk a máj- és epehólyagtájékról, mert esetleg ez az üres felvétel már felvilágosítást adhat s a cholecystographiás vizsgálatot feleslegessé teheti.

Ha a cholecystographia nem vihető sem peroralisan, sem intravenásan keresztül, az epehólyag üres felvételén kivül a gyomor-bélpassage contrastos-vizsgálata is felvilágosítást adhat úgy direct, mint indirect jelek alapján. Direct jeleknek tekinthető: pl. pylorusdextropositio, összenövések a cholecysta bulbus-tájon, impressio a bulbus duodenin, a duodenum genu superior-részének elhúzódása stb. Indirect jelek: a gyomron mutatkozó részleges vagy totalis spasmusok (antrum-spasmus, pylorospasmus, totalis gastrospasmus), valamint a bulbus duodenin jelentkező spasmusok. Vékonybélhypermotilitás — a lehetőségeket mérlegelve — gyakran inkább szól epehólyag, mint gyomormegbetegedés mellett.

Markovits Imre dr.
a székesfőv. Erzsébet Szeretetotthon-kórház röntgenlaboratoriumának vezetője.

Heine-Medin kór kezelése.

A szerzői feledékenység csodálatos és ritka esetéről szerezhettünk tudomást *Barla Szabó Jenő* kartárs úr mult évi 52. számunk gyakorlati mellékletében e cimen megjelent közleményéből, melyben a szerző a maga által elsőként ajánlott lyssa-kurának lapunk 1933-ik évfolyamában megjelent (465. l.), s a világon bizonyára első leírásáról teljesen megfeledkezik és csak két évvel később, a Wiener Klinische Wochenschrift 1935-iki 3. számában megjelent közleményre utal, melyben a kezelés módjának részletes leírása olvasható Ennyiből a dolog rendben is volna, mert a sorozatos injectiók korszerinti táblázatba foglalása a magyar közvéleményben csakugyan nem olvasható. De minden egyéb meg van adva abban, ami a kezelés iránt érdeklődőt kielégítheti ugyanazon 10 acut és 17 subacut eset kapcsán, amelyekről a német közlemény is szól. Sőt az 1933-iki magyar közlés azon mondatával: „A kúrát a Hőgyes-féle eljárás szerint végeztem, teljesen olyan adagolásban és módon, mint az a lyssa elleni praeventiv oltásokkal a budapesti Pasteur-intézetben is szokásos" — a kezelési mód táblázat nélkül is éppen úgy meg volt adva, mint a német lapra utalással, mert sokaknak aligha okoz nagyobb nehézséget, s talán biztonságosabb is, esetükben *az anyagot szolgáltató Pasteur-intézethez fordulni* utasításért, mint a Wiener Klinische Wochenschriftot kikeresni egy könyvtárban és arra bízni magukat.

De nem vitatva, hogy így vagy úgy volt-e jobb a kezelés módját ismertetni, mi csak azt sajnáljuk, hogy így még saját értékeinkről, azok helyénvaló emlegetéséről is megfeledkezünk. Sajnáljuk pedig annál inkább, mert *Barla Szabó* kartárs úr akkori első közleményéhez sok reményt fűztünk, melytől még ma sem tágítunk és lessük az eljárásnak nagyobb epidemikus anyagon komoly kipróbálását.

Városy.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

A gyakorló orvos laboratoriumi feladatai.

I. közlemény.

Bizonyos orvoslaboratoriumi ismeretek ma már minden gyakorló orvos számára nélkülözhetetlenek. Bakteriologiai vizsgálatok nélkül a fertőző betegségek elleni küzdelem ma már elképzelhetetlen. Azonban a bakteriologiai laboratoriumok munkájának eredményessége sok tekintetben a vizsgálatra kerülő anyag helyes megválasztásától és beküldési módjától függ. Hasonló a helyzet a klinikai orvosi laboratoriumokban is, ahol nemcsak a vizsgálatra kerülő anyag előkezelése, hanem a vizsgálati eredmények értékelése is orvoslaboratoriumi alapismereteket tételez fel. Ezenkívül sok olyan egyszerű laboratoriumi eljárásunk van, melyek nemcsak jól felszerelt vizsgáló állomásokon, hanem a gyakorló orvos rendelőjében is elvégezhetők. Ezek a vizsgálati módok éppen a gyógyintézetektől távoleső falusi orvosok számára jelentenek igen nagy előnyt, akik a kórjelzés felállításában, a gyógyító tevékenység ellenőrzésében rendszerint csupán saját megfigyeléseikre vannak utalva, s az időveszteséggel járó, olykor jelentékeny költséget okozó klinikai laboratoriumi vizsgálatok igénybevételére nem gondolhatnak. Tehát a laboratoriumi alapismeretek elsajátítása a gyakorló orvosra nézve úgy a szaklaboratoriumokkal történő együttműködés mint az orvosgyakorlat szempontjából egyaránt nagy jelentőségű.

Az elmondottak tekintetbe vételével a gyakorló orvos laboratoriumi ismeretei két csoportba oszthatók: a szaklaboratoriumokkal érintkezéshez szükséges tudnivalókra és a saját maga által végezhető egyszerű vizsgálati eljárásokban jártasságra. Az „Orvosi Gyakorlat Kérdései"-ben megjelenő cikksorozat ezen ismereteket óhajtja röviden áttekinteni, s a fentiekhez képest elsősorban a különböző vizsgálati anyagok vételének, csomagolásának módját, a vizsgálati anyagok megválasztásának, s a vizsgálati eredmények értékelésének fő irányelveit tárgyalja, majd a gyakorló orvos szempontjából szóbajöhető egyszerű vizsgálati módok leírásával foglalkozik.

A száj-, garat- és orrváladék vizsgálata különböző kórokozók kimutatását célozza. Amennyiben a M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézethez (O. K. I.), vagy fiókállomásaihoz irányítandó anyagról van szó, a vizsgálati anyag beküldéséhez úgynevezett „D" tartályokat, ha nem, hasonló módon felszerelt üvegcsöveket, vagy tárgylemezre kikent készítményeket használunk. Az O. K. I. tulajdonát képező „D" jelzésű tartály keménypapír burkolatú fatokban elhelyezett vastagfalú üvegcsőből áll, melynek dugójába befelé irányuló, vattás végű fémpálcika van erősítve. A fatok fedőlemezére ragasztott papírszalagot felszakítani, s az üvegcső steril pálcikáját kiemelni csak a használat alkalmával szabad. A vizsgálati anyag vétele előtt legalább 3 órával tilos mindenféle torokecsetelés, vagy torokdesinficiensekkel eszközölt öblögetés. A váladékvétel olyan módon történik, hogy a dugónál megfogott pálcika vattás végével a mandulákat és a garatfalakat vagy az orrüreget, különösen a lepedékes területeken, jól végigtöröljük, s a pálcikát az üvegcső szélének érintése nélkül, a dugóval együtt óvatosan, azonnal visszahelyezzük. Az üvegcső cimkéjét jelzéssel ellátva, a csövet újra a fatokba tesszük, s miután a tartály mellett lévő kisérő iratot pontosan kitöltöttük, a fatokkal együtt a keménypapír tartóba helyezzük, s ennek fedőlapját lezárva, azonnal postára adjuk, vagy küldönc által továbbítjuk. Az O. K. I.-hez és a fiókállomásaihoz küldött tartályokért (500 g-ig), a feladás alkalmával postadijat fizetni nem kell. Az O. K. I. tartályai minden gyógyszertárban dijtalanul állanak rendelkezésre. Miután az említett tartályok csak az O. K. I.-be irányított vizsgálatokra használhatók, ha más helyre akarunk torokváladékot küldeni, vagy ha a „D" tartályok véletlenül nem volnának rövid idő alatt beszerezhetők, magunk készítünk hasonló tartályokat a következő módon: „jól kimosott és kiszárított kémcső nyilásába olyan vattadugót kell dugni, amelyiken drótszál vagy vékony fapálcika van keresztülszúrva. A drótnak vagy a pálcikának a kémcsőben lévő végére kis vattát kell csavarni, azután az igy felszerelt kémcsövet addig kell melegíteni (csipesszel megfogva, borszesz vagy gázláng fölött), amíg a drótra vagy pálcára csavart vatta megsárgul (anélkül, hogy barnára pörkölődnék). A kémcsövet ezután csak kihülés után szabad használni." A kémcsövet vatta közé csomagolva, jól lezárt faládában adjuk postára, megjegyezve a cimzésen, hogy fertőző vizsgálati anyagot tartalmaz. Ha száj- és garatüri váladékból kikent készítményt akarunk vizsgáltatni, alkohollal és aetherrel gondosan megtisztított tárgylemezt használunk. Hogy a különböző festési eljárások alkalmazását lehetővé tegyük, 3, de minden esetre legalább 2 lemezt készítünk. A lepedékrészletet legjobb kiégetett és lehűtött platinkaccsal leemelni, s a tárgylemezen szétdörzsölni. Platinkacs hiányában vékony sonda végére csavart steril vattával vesszük a váladékot, s erős dörzsöléssel a tárgylemezre kenjük. A kikent készítményeket lángon, vagy egyéb módon fixálni nem szabad. A levegőn megszárított, fixálatlan tárgylemezek cimkével ellátva, fehér, puha papírba takarva, s vatta közé csomagolva keménypapír vagy fadobozban adhatók postára.

A száj- és garatüri, illetve orrváladék vizsgálata főleg diphtheria, Plaut-Vincent és egyéb anginák, scarlatina, meningitis epidemica és soor, ritkábban tuberculosis, lepra, syphilis esetén szükséges. A diphtheriás torok-, illetve orrváladék vizsgálatát a 40.700/1930. N. M. M. számú rendelet kötelezőleg irja elő, mégpedig úgy a megbetegedés kórjelzésének felállítására, mint a betegség gyógyulásának ellenőrzésére és a bacillusgazda kutatásokra. A vizsgálati anyag vidéken kizárólag az O. K. I.-be vagy fiókállomásaihoz, Budapesten a Budapesti Székesfővárosi Közegészségügyi és Bakteriologiai Intézetbe küldendő, s az anyag vételéhez az ismertetett „D" tartály használandó. Ha bacillusgazda vizsgálatokkal kapcsolatban tömeges vizsgálat szükségessége merül fel, a O. K. I.-től vagy fiókállomásaitól, csoportos tartályt kell kérni, pontosan megjelölve, hogy hány vizsgálatra lesz szükség. A csoportos „D" tartály faládikába helyezett, 20, vattás pálcikával felszerelt üvegcsövet tartalmaz. A tartály beküldésekor a vizsgálati anyagokról pontos kimutatás melléklendő, s a ládikába függőleges helyzetben berakott csövek közötti hézagok vattával töltendők ki. Minden egyes cső pontos jelzése, a kisérő iratok hiánytalan kitöltése, soha eléggé nem hangoztatható követelmény, melynek pontos keresztülvitele a vizsgáló állomást sok hiábavaló munkától mentesíti, s az anyagok elcserélését lehetetlenné teszi. Az anyag vételekor a lepedékes, gyógyulásos területek, mélyebb orrjáratok felkeresése szükséges. Csupán a nyelvgyököt, vagy orrbemenetet végig-

simító vétel, gyakran ad negativ eredményt. A vastag, necrotikus lepedék felszinén a diphtheria bacillusok gyakran hiányoznak; ilyenkor a felszines rétegek eltávolitása után, a mélyebb rostonya lepedékből veszünk anyagot. Negativ bakteriologiai lelet mellett fennálló klinikai tünetek esetén a vizsgálat megismétlésével mindig meg kell próbálkozni. Az orrváladék vizsgálatát ne csak orrdiphtheria gyanuja esetén kérjük, hanem a külön vett orrváladék beküldését, különösen becillusgazdákon sohase mellőzzük, kétes vagy sürgős esetekben a torokváladék levételével egyidejüleg kikent készítményt is csináljunk. Diphtheria bacillusok kikent készítményben keresésére gyakorló orvos soha ne vállalkozzon. A szórványos bacillusok feltalálása, s pseudodiphtheria bacillusoktól elkülönitése kizárólag szakember feladata. A laboratoriumba küldött kikent készítmény kedvező esetben a diphtheria gyors diagnosisát teszi lehetővé, s egyszersmind Plaut Vincent angina egyidejű megállapítására is alkalmas.

A bakteriologiai vizsgálat eredményének értékelésében mindig szem előtt kell tartani azt az elvet, hogy a negativ bakteriologiai lelet a klinikai kórjelzést meg nem döntheti. Különösen croupban, többször fordul elő negativ eredmény, de a vizsgálat vételének, az elkülönítésnek körülményei stb., torokdiphtheriában is megakadályozhatják a bacillusok kimutatását. Viszont nem diphtheriás torokfolyamat mellett észlelt positivitás esetén a beküldő orvosnak kell mérlegelnie, hogy atypusos megbetegedés, diphtheriás társfertőzés, vagy bacillushordozás forog-e fenn? Az elmondottak tekintetbe vételével a beteg védoltását a bakteriologiai lelettől soha sem tehetjük függővé. A néhány órán belüli bakteriologiai diagnosis csak a laboratoriumi székhelyek közelében lehetséges, de ott is csak a positiv eredmény értékesithető. A tenyésztési eljárás, s az eredmény kiküldése legalább 24 órát, de rendesen ennél jóval több időt vesz igénybe, s ezért egyetlen beteget sem szabad a serum késedelmes beadásából származó veszedelemnek kitenni. Ha a bacillusürítés 6 hétnél hosszabb ideig tart, a vizsgáló állomásnak torokváladékot küldünk, s virulentia vizsgálatot kérünk. Ha negativ eredményt kapunk, a zárlat feloldható.

Noma, stomatitis ulcerosa, Plaut-Vincent angina esetén kikent készitmények beküldése szükséges, az utóbbiban azonban diphtheriás fertőzés kizárása céljából ajánlatos torokváladékot is venni. *Scarlatinában* viszont csak a torokváladék vizsgálata jöhet szóba, miután a streptococcus haemolyticus a rokon bakteriumoktól tenyésztés nélkül nem különíthető el. A streptococcus haemolyticus jelentőségére nézve a mai napig sem alakult ki egységes nézet. Sokan a bakteriumoknak diagnostikai fontosságot tulajdonítanak és a betegség fertőzőképességét jelenlétüktől teszik függővé. Ilyen irányú biztos ismereteink hiányában a scarlatinában végzett torokvizsgálatok jelentősége ma elsősorban abban áll, hogy ilyen módon, rejtett diphtheriás társfertőzés fedhető fel. *Meningitis epidemicában* a torokváladékvizsgálat a bacillusgazdák kimutatásának fontos eszköze. Miután a szájban a meningococcusokkal alakilag teljesen megegyező egyéb bakteriumok is vannak, kikent praeparatumok készítése teljesen céltalan. A vizsgálat rendszerint csak akkor eredményes, ha mélyen a garatüregből veszünk váladékot, s az inyvitorla mögött eszközünket magasan, a garatmandulához vezetjük, s orrváladék vételekor orrtükör segítségével mélyen az orrüregbe igyekszünk behatolni. Ezért legjobb az egyszerű „D" csövek helyett, a vége felé mérsékelten meghajlított, kb. 20 cm hosszú, vattás drótpálcikákat használni. A váladékvételhez alkalmas ilyen tartályok a vizsgáló állomás útján is beszerezhetők. A vizsgálatok eredményességét a váladék beszáradása nagymértékben befolyásolja, s ezért ha a tartályok szállítása hosszabb időt vesz igénybe, mindenik váladékvételi cső aljára kifőzött recordfecskendővel, kb. ½ ccm kiforralt physiologiás konyhasóoldatot juttatunk. A folyadékot tartalmazó csövet vattával bedugni nem szabad, hanem kifőzött parafa vagy gummidugóval zárjuk el. A vizsgálati anyag gyorsan, lehetőleg küldönc által továbbitandó, s a vizsgálatok, különösen beküldött anyagon, legalább egyszer megismétlendők. *Soor* esetén vattatamponos pálcikával emelünk le minél nagyobb lepedékrészletet, s a diphtheria tartályhoz hasonló csőben küldjük be. A váladék vétele előtt mindenféle helyi kezelést mellőzünk. *Tuberculosisban,* ha bőséges vizsgálati anyag áll rendelkezésünkre, a köpetnél használt eljárás szerint küldünk váladékot, ellenkező esetben kikent praeparatumokat készítünk. *Lepra* gyanuja esetén igen fontos az orrváladék kikent készítményeken végzett vizsgálata, mert itt a lepra bacillusok többnyire nagy tömegben találhatók fel. Az orrváladék tenyésztésre beküldése teljesen céltalan. *Syphilis* esetén, ha szájban fekvő elsődleges fekély gyanuja merül fel, a nemi szervek fekélyein alkalmazott eljárás szerint veszünk savót, s a vérpraeparatumok módjára készítünk tárgylemez praeparatumokat. *Rhinoscleroma és ozaena* esetén a kórjelzést a jellegzetes klinikai kép után állitjuk fel. A nevezett betegségben található, s a Friedländer-féle bacillusokkal alakilag megegyező bakteriumok kikent készítményben végzett vizsgálatának nincs gyakorlati jelentősége.

Haranghy László dr. egyetemi magántanár, főorvos.

A korai sondázás fontossága gyermekkori lúgmérgezések eseteiben.

Az utóbbi években feltűnően szaporodnak osztályom anyagában azok a súlyos nyelőcsőszűkületek, melyeknek létrejöttében a súlyos mérgezés mellett bizonyára oroszlánrésze van a szakszerű korai tágítás mellőzésének. Pedig kitünő magyar közlemények egész sorozata ajánlotta meggyőző adatokkal alátámasztva *gyermekeken* a korai tágítást, úgy látszik ennek jelentősége nem ment át a köztudatba. Ez indított arra, hogy a korai szondázás fontosságára „Az Orvosi Gyakorlat Kérdései"-nek lapjain újra felhívjam kartársaim figyelmét.

Nem lehet feladatom e helyen az idevágó irodalom részletes ismertetése. A régebbi közlemények körül *Salzer* alapvető dolgozatán kívül (1920) csupán *Erdélyinek* (1921), *Bókay János* professornak (1923) és *Treernek* (1927) cikkeire hivatkozom. Az újabbak közül *Zorkóczynak* (1933) és *Fritznek* (1935) dolgozatait emelem ki. Mindezen szerzők egyértelműleg hangsúlyozzák gyermeken a korai sondázás meglepő jó eredményeit. *Bókay* 90, *Zorkóczy* 71 százalék gyógyulásról számol be. *Salzer* pedig 1934. évi cikkében az utolsó három év adatai alapján 100 százalék gyógyulást jegyez fel. Saját tapasztalataink, melyeket *Zorkóczy* 1932. évi cikke óta a Szt. István kórház gyermekosztályának nagy anyagán szereztünk, megerősítettek abban a meggyőződésünkben, hogy a korai sondázás a gyermekkorban aránylagos veszélytelensége mellett kitűnő eredményeket mutat fel. Ezen közlemények jó eredményeivel élesen szembehelyezkedik *Bélinoff* szófiai gégész-professor 1935. évben megjelent cikke. A korai tágítást nem tartja veszélytelen eljárásnak s az esetek jelentékeny százalékában feleslegesnek minősíti. Ő a sondázás megkezdése előtt oesophagoskoppal győződik meg

a nyelőcső állapotáról s csupán akkor kezdi meg a tágítást, ha a vizsgálat a nyelőcsőben marás jeleit igazolja. *Bélinoff* ellenvetései azonban nem meggyőzőek; eredményei tényleg rosszak (41.7% halálozás), de anyagában kevés a gyermek, felnőtteken pedig a korai sondázástól mások sem láttak megnyugtató eredményeket. Azonkívül *Bélinoff* még az eredeti Bass-féle söréttel töltött súlyos sondákkal dolgozik, másrészt elfogulatlan szakember előtt nem lehet kétséges ,hogy a nyelőcső sérült állapota mellett az oesophagoskop merev fémcsövének levezetése még a leggyakorlottabb ember kezében sem tekinthető veszélytelenebb eljárásnak, mint a puha gyomorcsövek letolása.

Osztályunkon alkalmazott eljárások alapelvei, melyeket többszáz esetben szerzett tapasztalataink alapján dolgoztunk ki, a következők. A korai tágításhoz a *Salzer* által eredetileg ajánlott Bass-féle sondák helyett, *Treer* tapasztalataival egyező megfigyeléseink alapján a rendes puha gyomormosócsöveket használjuk. A friss lúgmérgezettek nyelőcsövének kezelését lehetőleg már a második napon kezdjük meg, mégpedig 1—3 éves korig 9—10 mm, 4—7 évig 10—11 mm, 8 éves koron túl 12—13 mm átmérőjű gyomorcsővel. Ha ezek nem volnának levezethetők, vékonyabb átmérőjűvel kezdjük meg a kezelést s hat hét letelte után a rendes kemény sondákkal tágítunk. A korai kezelés megkezdésének további ellenjavallatai: reménytelen súlyos állapot, nyelőcső- vagy gyomorvérzés, gégevizenyő, mediastinitis és súlyos pneumonia. A sondázást az első *négy héten* át minden nap elvégezzük, azután egy nap szünetet tartva győződünk meg arról, vajjon mutatkoznak-e szűkülés jelei. Ha nem, úgy fokozatosan emelve a pihenőnapok számát, a heti egyszeri kezeléshez jutunk el. Ha a kezelés ezen szakában sem észlelünk szűkületet, havonkét 1—2-szer ellenőrizzük a beteget. Az ellenőrzést legalább félévig folytassuk. Mindig üres gyomor esetén sondázzunk. A sonda ovalis végére csomót kötünk (hogy a gyomortartalom kiürülését megakadályozzuk) s jól megolajozva gyengéden, minden erőszakot kerülve, türelmes kitartással győzve le a nyelőcső reflexgörcseit, a nyelőmozgásokat kilesve csúsztatjuk le a gyomorba. A sonda félóráig marad fekve. Ha a tágítás időszaka alatt oly tüneteket észlelünk, melyek a nyelőcsőnek és környékének vagy a gyomornak szövődményes megbetegedésére gyanusak, a további sondázást mellőzzük. Enyhébb intercurrens betegség esetén, még ha lázzal járnak is, nem szakítjuk meg a korai kezelés sorozatát. Ha eljárásunk dacára mégis szűkület fejlődnék ki, s a puha sondát levezetni nem tudjuk, a korai kezelést abbahagyjuk, a tágítást már csak 6 hét után kezdjük meg a kemény sondákkal .

Néhány szóval kívánok megemlékezni kezeltjeink *táplálásáról*. Friss esetek első napjaiban, mikor a száj és nyelőcső felmaródásai a tápfelvételt és nyelést fájdalmassá teszik, erősen cukrozott hideg tejet, kávét, madártejet s gyümölcsnedveket nyujtunk. A tápfelvétel könnyebbülésével híg, pépes táplálékokra (pürék, híg tejbefőtt), majd pedig felaprózott s folyadékban felpuhított tömöttebb ételekre térünk át. A kórházból távozás előtt meggyőződünk arról, hogy a gyermek a korának megfelelő normáltáplálékot akadálytalanul nyeli-e le. Ezt kiegészíti a nyelés ellenőrzése a röntgen-ernyő előtt.

Ezen alapelveink szigorú betartásával elért eredményeinkkel megvagyunk elégedve. Eseteink túlnyomórésze gyógyultan, szűkület nélkül hagyta el osztályunkat. A korai kezelés dacára elvétve kifejlődött szűkület sohasem bizonyult oly súlyosnak, hogy gyomorsipoly készítését tette volna szükségessé. Azok a szerencsétlenek, akik csontig-bőrig lesoványodva, kötőtűnyire szűkült nyelőcsővel kerültek osztályunkra, kivétel nélkül azoknak a soraiból kerültek ki, akik nem részesültek szabályszerűen keresztülvitt korai kezelésben. Meggyőződésünk, hogyha ezekben az esetekben a korai kezelést nem mellőzték volna, a gyermekek túlnyomórésze elkerülte volna a késői tágítás veszélyét és a retrograd sondázás érdekében végzett gyomorsipoly készítést. Hogy mennyire nem ment át az orvosi köztudatba a korai sondázás szükséges volta, igazolja az a körülmény, hogy az utolsó években átlagban évente 30 gastrostomiát kell végeznünk a korai kezelésben nem részesült gyermekbetegeinken.

Amíg a lúgmérgezések terén az igazi megelőzés gondolata — a lúgkőnek a háztartásokból kiküszöbölése — nem fog diadalmaskodni, s amíg a szerencsétlen lúgmérgezett gyermekek százai veszik igénybe segítségünket, részesítsük őket legalább a korai kezelésnek áldásaiban, hiszen a nyelőcső szűkülésének megakadályozásával, lényegesen rövidebb idő alatt állíthatjuk helyre egészségüket.

Faludi Géza dr.
közkórházi főorvos.

Miliaria infectiosa.

(Gyermekkori kölesformáju járványos kiütés, Schweiss-Friesel Krankheit.)

A. és *H. Stroé* (Arch. F. Kinderheilk. 95. k. 2.) két járványt észleltek a bukaresti járványkórházban 1923. és 1930.-ban. Szerintük e kiütéssel járó megbetegedés járványos és főleg csecsemőkön és kis gyermekeken észlelhető, felnőttön nem. A betegségnek négy szakát különböztetik meg. Első a *lappangás szaka,* mely 10—15 nap; második a *hurutos szak* 2—4 nap, melyet jellemez a szemkötőhártyák és garatnyálkahártya hurutja, enanthema, magas, ritkábban alacsony láz és erős izzadás; harmadik a *kiütés szaka,* amikor az arcon, nyakon, mellkas-, has, végtagok bőrén gombostűfejnyi zavaros bennékű hólyagocskák jelentkeznek (miliaria); negyedik a *korpázás szaka,* a miliariák helye hámlik, de a tenyér és a talp nem. A betegségre jellemző a vérkép, *eosinophilia és mononucleosis.* Csecsemőkön kanyaró, nagyobb gyermekeken vörhenyszerű lehet a miliaris kiütés elhelyezkedése. A betegség kiújulásra hajlamos, inkább a hidegebb hónapokban fordul elő. Hazánkban e heveny fertőző megbetegedés ugyancsak előfordul, jóllehet egyáltalán nem hallunk róla mint ilyenről említést tenni.

A budapesti székesfővárosi Szt. László közkórházban szórványosan több esetet láttam, melyeket kanyaró, vörheny, rózsás kiütés kórismejével szállítottak be. Ez esetek mindenben megegyeztek a fenti tünetcsoportot magában foglaló megbetegedés lefolyásával. A vörheny, kanyaró, rózsás kiütéstől minden esetben jól elkülöníthetők voltak. A vörhenynek miliaris alakja jöhet elkülönítő-kórisme szempontjából számításba. Amikor a miliaris vörheny mellett pontozott kiütés is van jelen, akkor a kórisme nem nehéz, mert miliaria infectiosában ez nincs meg. A kioltási-jelenség positiv volta a vörhenyt biztossá teszi. Vörhenyben az arcon nincsen kiütés, miliaria sem, s az immunbiológiai reactiók fajlagosak. (Dick-próbák, kioltások sorozata). Vörhenyben ritkák a hurutos tünetek, mandulalob ritkán hiányzik, míg miliaria infectiosa gyakran jár hurutos tünetekkel, de ritka a mandulák elváltozása. A kanyarónak enyhe alakjai jöhetnek szóba elkülönítés szempontjából, éppen azok, ahol nincs miliaria. Kanyaróban miliaris kiütés a legnagyobb ritkaságok közé tartozik, de olykor éppen a legjellegzetesebb kiütések mellett előfordul. Miliaria infectiosában nincsen Koplik-folt, a vérkép jellemző. Rózsás kiütésben nincsen milia-

ria. A sudamina rubra ugyancsak ízzadással jár, de láz nincs, a vérkép nem jellemző s a betegség inkább a nyári hónapokban fordul elő. Az arcon korántsem oly gyakori a miliaria, mint a miliaria infectiosa esetén. A betegség a legritkább esetben jár szövődménnyel, kezelése tüneti. Kórokozója ismeretlen.

Szórványos eseteim közül négy testvér miliaria infectiosa megbetegedését közlöm, melynek érdekessége az, hogy egyszerre fordult elő, igazolva e megbetegedés járványos mivoltát.

F. Irén 4 éves, 1933 *okt. 7-én* lett beteg, amikor is erősen köhögni kezdett, izzadt, náthás volt. Legmagasabb láza 38.5 C°, *Okt, 10-én* az arcán, majd nyakán, mellén, hasán és végtagjain apró viszkető miliariák jelentkeztek. *Okt. 12-én* a miliariák a nyakon és a mellkason nagyszámban vannak jelen, Koplik nincs, tarkómirigyek nem tapinthatók, hurutos tünetek már nincsenek. Hőmérsék 37.3 C° *Vérkép:* V. v. sz. 4,140,000; f. v. sz. 6,200; neut. 38% lymph. 54%. *eosin.* 6%. *mononuc.* 2%. *Okt. 13.* apró pikkelyszerü korpázás a miliariák helyén.

F. Kató 5 éves, *okt. 5.* óta beteg, Betegsége az előzőhöz teljesen hasonló tünetekkel folyt le, de láza nem volt. *Okt. 12.* a nyakon, arcon, mellkason korpázó miliariák mellett nem korpázók is vannak. *Vérkép:* v. v. sz. 4,200,000; f. v. sz. 7,900; neutr. 61%, lymph. 29%, *eosin* 7%, *mono.* 3%,

F, Pál. 7 éves *okt* 7. óta beteg. Legmagasabb láz 37,6 C°. Hasonló tünetek, mint testvérein. *Okt. 12.* vérkép: v ,v. sz. 4,050,000; fvsz. 8,200; neut. 55%, lymph. 34%, *eosin 6%, mono. 5%.* Korpázás itt-ott még miliariák, különösen a nyakon

F. Gizella. 11 éves *okt. 8.* óta beteg, Legmagasabb láza 37.2 C°. Hasonló tünetek, mint három testvérén. *Okt. 12.* Miliariák testszerte, különösen a nyakon és az arc két oldalán. Vérkép: vvst. 3,950,000; fvsz, 6,800; neutr. 50%; lymph. 38%, *eosin 9%, mono. 3%.* Kezdődő korpázás,

A négy testvért kanyaróval utalták a kórházba. Náluk a miliaria infectiosa alacsony lázakkal zajlott le, a kiütés sűrű volt, főleg a nyakon, elhelyezkedése szigetszerű, ez és a hurutos tünetek vezettek a kanyaró kórismézéhez.*)

Ez eseteket azért tartottam közlésre érdemesnek, hogy egyrészt ráirányítsam a figyelmet ez önálló, heveny fertőző megbetegedésre, melyek egyrésze V-ik, VI-ik betegség nevét is viseli, másrészt, hogy ragályos voltát egy családban egyszerre valamennyi gyermeken előfordulásával bizonyítsam, amint azt a fenti szerzők is tapasztalták.

Peleskei Lajos dr.
v. közkórházi adjunctus.

A tüdőtuberculosis actualis kérdései.

Az összetéveszthető kórképekről.

Tüdőlues. E betegség kórismézése teljes biztossággal csak boncolással igazolható. Enélkül csupán valószinűségi kórisme állítható fel. A legújabb irodalomban eseteket közölnek, ahol positiv Wassermann-reactio mellett röntgennel kiterjedt kétoldali folyamatot láttak láztalanul lefolyó haemoptoékkal. Feltűnő, hogy még vérköpés esetén sem mutatható ki a Koch-bacillus, a haemoptoe után a folyamat minden várakozás ellenére stationaer marad és *a tuberculin reactio állandóan negativ,* amire *Frisch* hívta fel a figyelmet. Mindezen tünetek tüdőgümőkór felvétele *ellen* szólnak.

Az újabb kutatások elvetik azt a régi beosztást, amely a tüdőluest gummás, pneumoniás, bronchiektasiás és idült interstitialis csoportba sorozza. Ez a tulajdonképen ritka betegség, többnyire *átmeneti formát* ölthet, amely a különböző csoportok kritériumait foglalja magában és gyógyulás vagy előrehaladás esetén arculatát változtatja. A luessel szövődött tüdő tbc.-ok és a tiszta tüdőlues esetek legfőbb tünete a *haemoptoe* és az eléggé nagyfokú *tuberculinanergia.* A lues anergisáló hatását ismételten állították; 40 eset közül 20-ban teljes és 10-ben majdnem negativ bőrtuberculin-reactiót találtak. *Arton* a lues másodlagos szakában 80%-os negativ *Pirquet*-reactiót észlelt.

Lues esetén 1924-ben a tüdő arteriás rendszerének elektiv lueses megbetegedését írták le. A leginkább szembeötlő tünet a beteg sötét szederjes arcszine, amit „cardiaques noirs"-nak neveznek. Ilyenkor csaknem mindig klinikailag és kórbonctanilag mitralis stenosis található. A kórképet nagyfokú légszomj, főfájás, legyőzhetetlen aluszékonyság jellemzi és ismételt haemoptoe, valamint a jobbszív elégtelenségének tünetei között következik be a halál.

Pneumokoniosisok. A leggyakoribb porbelégzési betegség a *silicosis.* A kórismézéhez manapság a klinikai lelet mellett röntgenkép is szükséges, hiszen ez a jellegzetes; viszont az eset súlyossága csupán a klinikai összképből ítélhető meg. A silicosis csak igen későn, vagy nem is okoz tulajdonképpeni betegséget. Többnyire másodlagos károsodáshoz vezet: emphysema, bronchitis, pneumoniák, a mellkasi szervek helyváltoztatása, a légzés és keringés elégtelensége, továbbá gümőkórral való szövődmény az, amely a silicosisból tulajdonképeni betegséget formál. A tiszta silicosis röntgenologiai elkülönítése az őt komplikáló gümős tüdőfolyamattól szinte kilátástalan. A két betegség összefüggését mutató röntgen-jelek, mint amilyen az árnyékok puhasága, a rekeszhez láncszerűen húzódó kötegek jelenléte, a gümőkórral egyáltalán nem hozhatók oki kapcsolatba. Ott tartunk, hogy ma még azt sem tudják a kórboncnokok, vajjon a heges silicosis tbc. nélkül fennállhat-e vagy sem. Desmolysis folytán silicosisban valódi cavernák jöhetnek létre. A tulajdonképeni szövetelváltozás az *Ickert* által leírt *silicotikus granuloma* a kovasavnak a tüdőszövetre gyakorolt reactiója révén áll elő. A tüdőgümőkórral kapcsolatos összefüggésről a legkülönbözőbb felfogások uralkodnak. *Gutzeit* 17 súlyos silicosis esete közül 11-ben, tehát az esetek ⅔-ad részében a folyamat tbc-al szövődött. Ebből következik, hogy a silicosisok súlyos alakja részben gümőkór nélkül is fennállhat, viszont a súlyos silicosisok nagyrésze gümőkórral szövődött. *Böhme* 2400 silicosis hulla boncolása alapján arra következtet, hogy a legsúlyosabb előrehaladó silicosisok is gümőkórtól függetlenek lehetnek. A súlyos esetekben 65%-ban együttes az előfordulás, mégpedig olyan értelemben, hogy a két folyamat egymástól függetlenül, vagy egymással kapcsolatban fordul elő tuberculo-silicosis, illetve silico-tuberculosis alakjában. Pneumonokoniosissal társult miliaris tuberculosist többen írtak le. Miliaris silicosis, illetve gyógyult miliaris teljességgel el nem döntött esete is ismeretes.

Az újabb irodalom a *tüdő-asbestosisra,* az asbestgyárak munkásainak betegségére hívja fel a figyelmet. A tüdő állományában asbesttestecskék találhatók, amelyek asbestrostokra rakódott kovasavtartalmú anyagból állanak. Kiterjedt elváltozás esetén a röntgenkép a portüdő első-második szakát mutatja, mégis oly súlyos működési zavart hoz létre, hogy a portüdő súlyos alakját kellene felvenni: a következményes tüdőfibrosist. Ilyenkor a köpetben asbesttestecskék jelennek meg. A röntgenképen más koniosistól megkülönbözteti az alsó tüdőmezők kifejezett megtámadottsága, a durva hilusrajzolat, a szívo nturok elmosódottsága és a durvább mészlerakódások hiánya.

Puder Sándor dr.

*) Mind a négy testvérnél figyeltem a vörheny immunbiológiai reactióit, de azok vörheny ellen szóltak. (Dick positiv maradt mind a négy a betegség lezajlása után is.)

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

Néhány kérdés a syphilis fertőzőképességéről.

Évenként többször kell írásos véleményt adnom, hogy egyik-másik syphilisesnek talált egyén fertőző-e, nem rejt-e másra veszélyt. E kérdés sokszor existentiákat ingathat meg s így fölötte fontos, hogy a gyakorlatban élő orvos tájékozott legyen ily probléma eldöntésében. A leggyakoribb eset az, hogy valamely állás elfoglalásakor, vagy kötelező időnkénti vizsgálat alkalmával egyik-másik vizsgált egyén vére positiv serologiai eredményt ad. Az izgalom ilyenkor nagy, a vizsgált egyén nem tud, vagy nem akar semmiről tudni, az orvos pedig felelősséget nem igen mer vállalni. Véleményem e kérdésben az, hogy helyesebb minden urologiai vizsgálat előtt a vizsgálandót klinikailag megvizsgálni. Ha biztos manifest tünet felismerhető, szinte tárgytalan a serologiai vizsgálat. Gyakoribb, hogy az egyén (különösen nők) lueséről nem tud. Ha semmi anamnesis nincsen és klinikai tünetek is hiányzanak, akkor a vér okvetlenül *újra*, lehetőleg máshol is, *vizsgálandó*. Ha az eredmény akkor is erősen és több eljárással positiv, akkor fölvesszük a lues fennforgását. Mindez azonban még önmagában távolról sem jelenti, hogy az egyén másra nézve fertőző és hogy őt működéséből, mindennapi munkájából ki kell zárni. Ha semmi klinikai jel frisebb luest nem derít ki, akkor az illető mint latens lueses foglalkozását folytathatja, mert társaira, reábizottjaira, vagy esetleg kiszolgálandó vevőre nem lesz veszélyes. Minden eset persze külön-külön elbírálás alá kell, hogy essék. Nem kell külön kiemelni, hogy dajkaválasztáskor a latens állapot is kizárási ok. Graviditas esetén pedig a latensen lueses nő *mindenkor* fertőzőképes lehet a születendő gyermekére nézve, hiszen ebben a speciális, legszorosabb 9 hónapos együttlétben még akár évtizedek után sem zárható ki a fertőzés lehetősége (éppen ezért *minden* gravid lueses nő kezelést igényel!).

Ne törjünk tehát minden latens lueses egyén fölött pálcát olyképpen, hogy az eddig jól végzett munkaköréből elmozdítjuk. Az elrendelt kúra serologiai eredménye nem lehet mérvadó, mert ha régi, sokéves a baj, akár több kúra nyomán is positiv maradhat a reactio és viszont a frissen lueses egyén kúrára negativ reactiót adhat s azért mégis fertőzőképes.

Fertőzőképes minden frissen lueses egyén és pedig nemcsak manifest tünetein keresztül, hanem testének bármely részén, ha ott sérülés történt avagy valamely banális elváltozás (pl. herpes) foglal helyet. Hiszen congenitalis lueses csecsemőkön hólyaghúzóval okozott bullában is lehet spirochaetát kimutatni. Nem áll ez azonban a már a fertőzés első pár hetében (ú. n. seronegativ és végig az maradó) felismert és erélyesen kezelt korai esetekre, mert ezek legtöbbször gyorsan és véglegesen meggyógyulnak. Sajnos ez az egészen különálló kategoria nem oly gyakori. A secundär tünetek csaknem minden fajtájukban természetesen különösen fertőzőképesek és pedig nemcsak mert legbőségesebben tartalmaznak spirochaetákat, hanem azért is, mert kedvenc localisatiójuk (száj, nemirészek) és működésük révén a fertőzés legkönnyebben végbemehet.

Minden tertiaer manifestatio a propagatiós zónában teljes virulentiájú spirochaetákat tartalmaz s így kedvező esetben fertőzőképes lehet. „Kedvező" esetben, mert pl. a fel nem tört gumma zárt volta miatt nem veszélyes, viszont a szétesett gumma váladékában már elpusztultak a spirochaeták. De különben is a tertier manifestatióknak legtöbbször olyan a jelentkezési módja, mely helyénél fogva kevésbbé veszélyes. Az ember fejebubján levő gumma pl. a gyakorlatban bizony nem igen fog más embert veszélyeztetni. A vér korai syphilis esetében elég bőven tartalmazhatja a kórokozót, évek után azonban a vér éppen úgy nem szokott fertőzőképes lenni, mint akár a liquor, a tej, nyál stb.

E helyen érdemes lesz a vérrel okozott lueses fertőzés egy-két pontjára is kitérni, hiszen a vértransfusio manapság igen gyakori orvosi ténykedés. A paralysises betegek vérének fertőzőképessége *elvben* el nem utasítható (noha a kisérletek ellen szólnak) és ezért tulajdonképpen fölötte gondosan kell a malariatherapiával eljárni. Tudnivaló ugyanis, hogy nem lueses betegeket (gonorrhoea, multiplex sklerosis) i szoktak olykor malariával kezelni. Már most nem egy helyen más hijján paralysises passageokból eredő plasmodiumokat oltanak nemlueses egyénekbe és így a veszély lehetősége mégis fennáll, hogy a vérrel spirochaetákat is bevisznek. A valószínűség azonban igen csekély.

Sokkal nagyobb azonban a veszély a friss és legfrissebb syphilis-esetekből eredő vérnek transfusiója alkalmával. Igaz ugyan, hogy a spirochaeta pallida minden csak nem vérparasita, mégis minél koraibb az egyén luese, annál bővebben keringhet időnkint a véráramban. Az újabb állatkisérletek azt mutatták, hogy a primaer lueses beteg vére legtöbbször (*Uhlenhut* és *Mulzer* 19 esetében 16-szor) positiv eredményt ad. A késői latens luesesektől származó vér fertőzőképességére vonatkozóan alig van adat, mindenesetre minimalis az átvitel lehetősége. Ugy látszik, hogy lueses fertőzés transfusio nyomán főként csak manifest I. és II. lues esetén jön létre. Ezt bizonyitja legujabban *Morgan* is. Oly esetet említ, ahol egy vértadó egyén 18 esetben szolgáltatott vért anélkül, hogy a vért kapó egyének luessel fertőződtek volna, noha utóbb kiderült, hogy latens luese volt. Eddig az irodalomból mintegy 20 esetről tudunk, ahol a transfusio útján a syphilist átvitték. A fertőzés mindenkor *korai* esetek nyomán történt. Persze jóval nagyobb lehet a nem közölt esetek száma! Hiszen friss lueses egyén vérének transfundálásáról az utóbbi 2 éven belül két esetben én magam tudok. Mind a kettőben praeeruptionalis, tehát legfertőzőbb időben adták ezek a lueses egyének vérüket. Az ily sajnálatos baleset megakadályozására szükséges volna a vértadók rendszeres (20 naponkinti) klinikai és serologiai vizsgálata és hogy osztályon, klinikán ezek a rendszeresen átvizsgált vértadók állandóan tartalékban álljanak. A döntő mindenkor az, hogy a syphilises vértadó korai vagy régi luesben szenved-e. Érdekes e tekintetben pl. *Mc. Namara* tapasztalása. Ő Panamában malaria-endemiás vidéken a súlyos anaemiákat kiterjedten transfusiókkal kezelte és más hijján tertiaer lueses négerek vérét is használta fel 10 nemlueses beteg kezeléséhez. Szerinte egyetlen így kezelt beteg sem kapott luest, amit 4—5 hónapos ellenőrzés alapján állít. Mindebből az látszik kiderülni, hogy transfusio esetén elsősorban és feltétlenül a vértadó egyén korai luesét kell kizárni, ami kellő vizsgálatokkal könnyen fog sikerülni.

Ehelyütt főként azt a gyakorlati kérdést kivántam érinteni, hogy a mindennapi életben a társadalmi, családi, munkahelyi érintkezés folyamán mikor kell tartani a fer-

tőzés lehetőségétől, mikor nem. Éppen ezért kiragadtam végül azt a nem egyszer felmerülő gyakorlati kérdést, hogy tabeses és még inkább paralysises beteg a bőrén vagy a nyálkahártyáin keresztül fertőző lehet-e környezetére. Erre a bőséges klinikai tapasztalás alapján határozott nem-mel lehet felelni. Tudtommal az irodalomban sincs erre adat. A kérdés gyakorlati, sőt törvényszéki szempontból is fontos. Ismeretes az az eset, amelyben *Hübner*-nek és *Stern*-nek a törvényszék előtt véleményt kellett adni arról, hogy valószínű-e egy ápolónőnek az az állítása, hogy luesét paralysises betegek ápolása közben szerezte. A szakértők az ápolónő állítását tagadták. *Stern* utána járt a dolognak és kiderült, hogy az ápolónő egy fiatal, florid luesben szenvedő tiszttel is került vonatkozásba — de nemcsak ápolónői minőségben. A nő erre bele is nyugodott az elutasításba. Tudjuk, hogy ujabban ez a kérdés — más alakban ugyan — nálunk is szóbajött egy törvényszéki tárgyaláson: paralysises betegek, edények, evőeszközök utján fertőzhetnek-e?

Guszman József dr. egyet. rk. tanár.

A vérsejt-süllyedési próba alkalmazása a biztositásorvosi gyakorlatban.

A vörösvérsejtek feltűnően gyorsult süllyedését először 1917-ben *Fahräus Robin* stockholmi sebész és nőgyógyász ismertette. Feltűnt neki, hogy a terhesektől vett venás vér gyorsabban ülepedik le az üvegcső fenekén, mint a nem terhesek vére. Vele csaknem egyidőben, de tőle függetlenül *Höber* és *Plaut* hasonló megfigyelésekről számoltak be. Majd 1919-ben, tehát két évvel később *Linzenmeyer* is közölte saját eljárását, melyet a genyedéssel járó adnex-megbetegedések elkülönítésére ajánlott.

Ezután igen számos klinikus vizsgálat tárgyává tette ezt a laboratoriumi módszert a legkülönbözőbb kórképek kapcsán.

Igy került a vérsejtsüllyedési próba a laboratoriumi gyakorlatba, s ma már minden fenntartás nélkül állíthatom, hogy méltán sorakozik a leghasználtabb és legjobban értékelhető vizsgálatok közé. Megbecsülhetetlen előnye az, hogy kivitele igen egyszerű és a gyakorló orvosnak módjában van azt néhány fillért kitevő költséggel betegén elvégezni.

A próba biologiai lényege még nincs teljesen felderítve, csak theoretikus megállapításokról tudunk.

Egyes kutatók szerint a gyorsult süllyedést a vérplasma colloid-egyensúlyának megváltozása okozza, de ezenkívül egyéb tényezőktől is függ. Igy, statikus hatás szempontjából számításba kell venni a vörösvérsejtek számszerű és nagyságbeli megváltozását, a vér haemoglobin-tartalmát és a viscositason kívül a vérsavó egyéb tulajdonságait is. Általánosságban mindazon esetben, amikor a szervezet saját fehérjéi fokozott mértékben kerülnek a vérbe, annak globulin-tartalma az albuminok rovására megszaporodik, a plasmát tapadóssá teszik és ezáltal a vérsejtek nagymértékben csapódnak össze, s felületük megkisebbedése következtében gyorsabban ülepednek le.

Mások szerint a gyors süllyedést elektrostatikai tényezők váltják ki. Ha ugyanis — szerintük — a vér egyensúlyban levő colloidális rendszerének egyik tagja elektrostatikai értelemben megváltozik, gyorsulttá válik a süllyedés. De bármiképpen is magyarázzák a felette érdekes tünetokát, tény az, hogy a próbának rendkivül nagy gyakorlati hasznát látjuk.

Ha feltesszük a kérdést, hogy miben áll ez, akkor sorra kell venni mindazokat a klinikailag diagnostisált kórképeket, melyekben fokozottnak találták a süllyedési próbát.

Általában fokozott *minden fertőző betegségben.* Nagyobb mértékben a heveny, mint az idült alakokban. Tüdőgyulladásban, typhus, meningitis, scarlat, morbilli, izületi gyulladások, tuberculosis heveny és idült alakjaiban, epehólyaggyulladás, a női nemiszervek gyulladása, lues, szivizomgyulladás, an. perniciosa, leukaemiák, osteomyelitis, vesebajok, rosszindulatú daganatok, paralysis, dementia praecox, tabes eseteiben. Functionalis idegbajok normalis süllyedési értéket adnak.

Lázas állapotokban mindig van fokozott süllyedés, de egyszerű meghülés, vagy nátha okozta lázban sokkal kisebb az érték, mint pl. ha azt typhus okozta. A próba tehát a megbetegedés *komolyabb* természetének elbirálására alkalmas. Egy gyakorlati példával ez jobban megvilágitható.

Tegyük fel, hogy a láztalan beteg egyik oldali végtagfájdalma miatt fordul orvosához, ki, mielőtt egyéb, körülményes vizsgáló eljárásokat végezne, vagy végeztetne (vér-, vizelet-, röntgen-v.), a vérsejtsüllyedési próbával könnyű szerrel tájékozódhat, vajjon komolyabb, mélyreható elváltozás (tbc., rosszindulatú daganat) okozza-e a panaszokat, vagy csak pl. ischiasról van szó.

Mindazon esetekben tehát, mikor egy betegen *láztalan állapotban* magas süllyedési értéket kapunk, a szervezet komolyabb megbetegedésére következtetve minden egyéb rendelkezésre álló vizsgáló módszerrel igyekezzünk a betegség lényegét felismerni. Ha a süllyedési érték normalis, nyugodtak lehetünk, hogy a beteg panaszait csak muló jellegű betegség okozta.

Igen érdekes és fontos szerepet játszik a szervezet *allergiás állapotának* összefüggése a süllyedési próbával. Ugyanis ha tbc-s egyénen az intracutan tuberculin-oltás jó allergiát mutat és alacsony süllyedési értéket kapunk, abból kedvezőbb lefolyásra lehet következtetni, de jó allergia mellett a magas érték kétes eredményű és rossz allergia mellett erősen fokozott süllyedés rossz prognosist ad.

A vérsüllyedési próba tehát, — bár az egyáltalán nem mondható fajlagos reactiónak, mert abból sem a betegség helyére, sem pedig prognosisra bármely következtetést vonni túlzás volna, — egyedül csak azt jelenti, hogy a szervezetben valami *megváltozott* és éppen ez a körülmény az, mely a gyakorlatban megbecsülhetetlenné és nélkülözhetetlennné teszi. A reactio távolról sem jelenti azt, hogy más vizsgálatok feleslegesek, hanem minden positiv eredmény arra serkentse az orvost, hogy a baj okát egyéb vizsgáló módszerekkel kivizsgálja.

Az elmondottak szerint önként adódik a süllyedési próbának nagyjelentőségű szerepe a *biztositásorvosi* gyakorlat számára. Szinte csodálkoznunk kell, hogy mindezideig csak kevesen alkalmazták!

Az, hogy a próba, mint már előbb említettük, nem fajlagos, olyan értelemben, mint a fehérje kimutatására a sulfosalycilsav-oldat, vagy a Fehlingoldat a cukorkimutatására, nem hátrány, sőt éppen ellenkezőleg! A vérsüllyedési próba a betegségek egész légiójában használható, mert ennek segélyével el tudjuk különíteni az anamnesis tekintetbe vételével a komoly megbetegedéseket a könnyűektől és az egészségestől. Normalis, egészséges emberen tapasztalatunk szerint *sohasem lehet gyorsult süllyedést találni.* Teljesen normalis klinikai lelettel és normalis süllyedési értékkel nyugodtan vállalhatja a bizalmiorvos a biztosításra jelentkező felvételét, de nem egyszer esett meg, hogy a megvizsgált természetszerűen elhallgatva azt, hogy valamikor lueses fertőzésen ment át, a klinikai vizsgálat negativ volt, talán a Wassermann s

s a biztosított rövid idővel a vizsgálat után váratlanul meghalt. A biztosító társaság kénytelen volt a biztosított összeget kifizetni, holott a süllyedési próba elvégzésekor kapott kóros érték ép lelet mellett is jelezte volna a klinikai vizsgálattal még ki nem mutatható, de már meglevő mélyebb elváltozást (myodegeneratio), melyet a leglelkiismeretesebb vizsgálat (röntgen, elektrokardiogramm) sem tudott kimutatni.

Ezért tartom nélkülözhetetlennek a vérsejtsüllyedési próba elvégzését, úgy hogy azt minden biztosításra jelentkezőn kötelezően el kellene végeztetni.

Ami a próba technikai részét illeti, a *Linzenmeyer* és *Fahräus-Westergreen* közül az utóbbit ajánlom, mert pontosabb. Kivitele a következő: 3.8%-os Na. citrat-oldatból egy Record-fecskendővel 0.2 köbc.-nyit szívunk fel, majd a vizsgálandó felkarjának viszeréből annak lekötése után (nem szabad erősen strangulálni, mert pangásos vérből hibás eredményt kaphatunk!) 0.8 köbc.-nyit aspirálunk a citrat-oldathoz. Az üvegcsőbe kifecskendezett egy köbc. vér-citrat keveréket egy 20 cm hosszú, 3 mm átmérőjű üvegpipettában, mely millimeterekben van beosztva, felszívjuk és végül az eszköz állványára helyezzük. Egy és két óra mulva leolvassuk a süllyedés következtében képződött plasma-oszlop magasságát. Egészséges férfin 3 mm, nőn 7 mm a normalis süllyedés.

Igen gyakoriak a különböző betegségekben a 20—30—40 számok. Legmagasabbak 100 mm-en is felül szétesö daganatok, tbc., leukaemia és vesebajok esetén.

Az elmondottakból látható, hogy a vérselytsüllyedési próbának nemcsak az általános orvosi gyakorlatban,, hanem főképen életbiztosítási vizsgálatok szempontjából milyen fontos szerepe van.

Doctor Károly dr. laboratoriumi főorvos.

A digitalis „nagy" és „kis" adagjai.

Minden szivnek minden időben megvan a maga optimalis digitalis adagja, amelynek a nagysága rendkivül különböző lehet, hónapról-hónapra változhatik egyazon beteg szivét illetőleg is. Nemcsak azért lehetetlen a digitalis fix adagját megállapitani, mert az egyes betegek szivének digitalis fogékonysága különböző, hanem azért sem, mert az a cél, amit a digitalisszal elérni akarunk, különböző lehet.

Ha mégis csoportokat állítunk fel a „nagy" és a „kis" adagok alapján annak az célja, hogy bizonyos schema alapján könnyebben találjuk meg azt az optimalis egyéni adagot, amellyel a *kivánt célt* elérjük.

Szem előtt kell u. i. mindig tartanunk azt, hogy a digitalisszal nemcsak a decompensatio javulását idézhetjük elő, hanem — rendszerint más adagokkal — gyógyíthatunk vele ártalmas rhythmuszavarokat is. Evvel szemben azonban árthatunk is a digitalisszal, ha a célszerűnél *kisebb* adagok alkalmazása folytán elmulasztjuk az optimalis hatásos adag nyújtását, vagy pedig ha viszonylagosan *nagy* adaggal mi magunk idézünk elő kóros rhythmuszavart (fibrillatio, block, extrasystole).

Az adagolást illetőleg legjobban útbaigazit a *Romberg*-schema: alapja napi 0.30 g pulv. fol. digit. titr. per os vagy per rectum. Ez az átlag adag, amit decompensatio esetében adni szoktunk, ha nincsenek jelen módosító körülmények. Ennél kevesebbet adunk 1. 20 éves kor alatt és 50 év felett, 2. kifejezett arteriosklerosis vagy hypertensio és angina pectoris esetében. A szokásosnál nagyobb adagot adunk: a) láz, b) pajzsmirigytúlműködés és c) arrythm. absoluta (perpetua) jelenlétében.

ad 1. és 2. Fiatal és idős betegek, továbbá a hypertoniában vagy arteriosklerosisban szenvedők érzékenyebbek a digitalis toxikus hatásai iránt, viszont könnyebben is reagálnak a gyógyító adagokra, ezért esetleg csak 0.15—0.20 g-ot adunk pro die. Hypertoniában decompensatio hiányában is adunk gyakran kis adag digitalist (3× 0.5 g), más gyógyszerek mellett, hogy a vérdepôt-k befolyásolása révén csökkentsük a keringő vérmennyiséget.

ad a) Lázas betegségben decompensatio esetén napi 0.60—0.80 g-ot is adhatunk, annak a lehetőségére kell azonban gondolnunk, hogy a láz hirtelen megszünése (krizis) esetén a felhalmozott digitalis egyszere fogja hatását kifejteni (pneumoniában vigyázat!).

ad b) Pajzsmirigy túlműködés esetén — akár ennek következtében, akár más okból decompensálódik a szív — igen nagy adagokat kell adnunk (napi 0.80 g, vagy még több), hogy compensálódjék a keringés, természetesen csak rövid ideig adunk ilyen adagokat: amig a pulsusszám nem csökken. Ha ez megindul, akkor rögtön csökkentjük az adagot napi 0.40—0.60 g-ra, amig be nem áll a kivánt hatás.

ad c) Ha arrh. abs. van jelen decompensatio mellett, akkor kezdjük a kezelést napi 0.80—1.0 (!) g-mal, gyors lépésben csökkentve az adagot 0.60 g-ig. Ha bradykardia, bigeminia vagy más mérgezési tünetek állnának be, akkor egy napra hagyjuk ki a digitalist, aztán folytassuk napi 0.30 g-mal, úgy mint más betegen. Ha nincs jelen deccompensatio, akkor az arr. abs.-t csak abban az esetben kezeljük, ha nem áll fenn régebben fél évnél. A régi absolutát inkább ne kezeljük, csak tartsuk szemmel a szivet. (Részleteket lásd: O. H. 1934. 43. sz. O. Gy. K.).

Ha az arrh. abs. combinálódik pazsmirigy túlműködéssel vagy lázzal, akkor annál inkább érvényesek a nagy adagokra vonatkozó tanácsok.

A kis adagokat illetőleg a *Romberg*-schemához hozzátehetjük: kis adagokat adjunk 1. partialis block esetén, ha *decompensatiós* jelek folytán egyáltalán szükséges a digitalis kezelés, (teljes blockban adhatunk rendes adagokat), 2. extrasystolés hajlamban és 3. chronikus digitaliskura esetén.

Az extrasystolés hajlamot fokozza a digitalis rendes adagja, viszont myokardialis eredetű (dilatatióból származó) extrasystolia esetén a myokardium gyógyulásával eltünnek az extrasystolék. Ilyenkor próbálgatással kell megtalálnunk a digitalis célszerű adagját. Ideges eredetű extrasystolia esetében 2—3×0.05 pulv. digit. + 0.10 chinin + 0.001 strichnin válik be legjobban, sedativumok mellett.

Chronikus digialis kura esetében — tehát helyreállt compensatio után, vagy prophylaktikusan — intermittálva: minden hónap első 8-10 napján, vagy minden hét első 2-3 napján — vagy más rendszer szerint — napi 2—3×0.05 g körül fogjuk az optimalis adagot találni, fenti módosító körülményeket számításba véve.

Acut esetekben gyors hatás elérésére verodigen-tabletták vagy kúpok adandók (2×9 tized mg.). Pár nap mulva térjünk azonban át a rendes digitalis medicatióra.

Injectióban ma már ritkán adunk digitalist. Gyors segély szüksége esetén vagy strophantin készítményeket adunk i. v. vagy verodigent per os. Az esetleges gyomortüneteket injectióban adott digitalisszal kevésbbé tudjuk elkerülni (centralis hányás), mint a kúpban adagolással.

A vázolt adagolási elvek természetesen csak az irányt jelölik meg, a merev ragaszkodás a számokhoz lehet esetleg ártalmas is. Ismeretük megkönnyíti azonban a tájékozódást, hogy minél gyorsabban találhassuk meg a szivbeteg legcélszerűbb egyéni adagját.

Zárday Imre dr. h. főorvos.

Az erectio zavarai.

A *potentia coeundi* feltételei: *libido, erectio, orgasmus* és *ejaculatio*. Az erectio már jóval a *pubertas* előtt jelentkezik és normális körülmények között a 60-ik életévig megvan, bár nem kivétel a 70 éves, sőt még idősebb egyéneken is a kifogástalan erectio. Általában az erectio és ezzel együtt a potentia egyénenként kor szerint, éghajlatonként, néha még évszakonként is változó.

Ismeretes, hogy a *penis volumenének* és *consistentiájának* növekedését erectio alkalmával a nagyobb vérgyülem okozza. Reflectorikus úton a *musculus transversus perinei profundus*, továbbá a *musculi bulbocavernosi* és *ischiocavernosi* tonusos görcse jön létre, s így a *venae profundae penis* vére nem tud visszafolyni, miáltal a *corpus cavernosum* vérrel telik meg és erősen megduzzad. Valószínűnek látszik, hogy az izmok görcsös összehúzódásán kívül egyéb tényezők is szerepet játszanak az erectio létrejöttében; be kell vallanunk, hogy alig van a physiologiának része, mely oly kevéssé volna tisztázva, mint az erectio élettana.

Az erectio zavarainak eredete általában *cerebralis, spinalis és genitalis* (localis). Az erectio mechanikus akadályai: veleszületett, itt nem részletezendő anomaliák, sérülések, hegek, részletes penishiány, különböző keményedések és porcképződés a penisben, melyek a penis megtöretését eredményezik. Ily esetekben a penis elülső része lágy marad, s az immissio nem sikerül. Idősebb korban elég gyakori a kötőszövet felhalmozódás a corpus cavernosumban, ritkábban van ex képződés a penisben. Az erectio elég gyakori akadályai: gyulladásos folyamatok a húgycsőben (a *colliculus seminalis* gyulladása), továbbá a gonorhoea elhúzódó kezelése (edzés, felmarás a húgycső hátsó részén) és a gonorhoeához csatlakozó *cavernitis, epididymitis, prostatitis, spermatocystitis*. A herék fájdalmas duzzadása minden kimutatható ok nélkül, a *funiculus spermaticus hyperaesthesiája* szintén befolyással vannak az erectióra. A prostata izomzatának petyhüdtsége, atoniája tapasztalásunk szerint ugyancsak nem épen ritka oka az erectio gyengeségének. *Prostatahypertrophia* szintén csökkenti az erectióképességet. Az erectio zavara gyakran egyik első symptomája a *diabetesnek*, a *Bright*-kórnak, úgyszintén a különböző gerincagyi megbetegedéseknek *(tabes, myelitis, skl. multiplex* stb.). *Alkoholismus, morphinismus* gátolják az erectiót. A *neurastheniás* kényszerneurosisos erectiózavarokkal ezuttal nem óhajtunk foglalkozni. A hosszú ideig tartó abstinentia csökkenti az erectiót. Aránylag jó erectio mellett gyakori panasz az *ejaculatio praecox*, mely akkor jelentkezhet, ha a libido nem elég erős, máskor kiválthatja félelem az infectiótól stb.; néha ugyanazon egyénen retardált ejaculatio is előfordul. Nem ritkán a jó erectiójú penis közvetlen az actus előtt hirtelen elernyed. Az erectio gyengeségének és tökéletlenségének oka lehet a frigiditás is, továbbá sorvadt herék. A *masturbatio*, mely a férfikorba is benyúlik, elég gyakori oka az erectio tökéletlenségének, az ilyen egyének nem találnak kielégülést a normalis coitusban és állandóan kisérti őket a *„premier amour"*. A nemi kicsapongás ugyancsak az erectio rovására megy. Különösen az egymásutáni coitusok. További oka az erectio gyengeségének a perversitás. Az erectio zavarához gyakran csatlakoznak különböző kellemetlen érzések, melyek coitus után a nemzőszervekben vagy az azokhoz tartozó idegpályákon jelentkeznek; fájdalom, *hyperaesthesia, paraesthesia* a húgycsőben, hólyagban és herében. Nem hagyhatjuk említés nélkül, hogy gyakori oka az impotentiának és ezzel együtt az erectio hiányának a sexualis dolgok nem ismerése, a férfi, de a nő részéről is. Sok nászéjszakai kudarcnak ebben van az oka. Ilyen esetben egyszerű megnyugtatás és felvilágosítás eredményre vezet. Az erectio aránylag nem gyakori zavara a *priapismus*, kóros, tartós, sokszor fájdalmas erectiók, minden libido nélkül; leginkább gerincagyi megbetegedésekkel kapcsolatosan fordul elő, de néha okozhatja a húgycső gyulladása, *prostata hypertrophia* és a *corpus cavernosum* gyulladása *(cavernitis)*.

Az erectiózavarok *gyógykezelése:* Hiba a húgycső sondázása, a *colliculus seminalis* ecsetelése, a kezelések csak rontják az állapotot. Ha az erectio gyengeségét psychikus okok hozzák létre, úgy a psychotherapiától látunk eredményt, mely alatt nem psychoanalysist értek, hanem egyszerű, okos suggestiv therapiát, melyet megfelelő gyógyszerekkel (sedativumokkal) támogathatunk. A psychotherapia szeretetteljes és általában olyan legyen, hogy a beteg bizalmát megnyerjük, s így azután hajlani fog a vezető szóra. Sokszor tapasztaltam, hogy a bátoritás, biztatás, felvilágositás és a megnyugtató szó örvendetes javulást eredményezett. Házasoknál a coitus kisérleteket egy időre beszüntetjük és azután buzdításunkra ismét megkezdhetjük, ajánlatos a therapiába a feleséget is bevonni. Hiba a házasságon belüli erectiós zavarok esetén azt tanácsolni, hogy házon kivüli coitusokkal kisérletezzék a beteg, ezzel végleg elveszítettük a játszmát, a gyenge erectiójú férfi akkor otthon többé sohasem képes eredményt elérni. Igen sokszor jó eredményt látunk a prostata enyhe farados kezelésétől. Nem ritkán a prostata *diathermiás* kezelésétől is láttunk jó hatást, s azonkivül sedativumokat és hormontherapiát alkalmazunk *(Here, prostata, hypophysis* stb.). Emellett enyhe hydrotherapia elősegítheti a gyógyulást. Csak érinteni akarjuk, hogy régi idők óta a tökéletlenül erigált penis megmerevítésére különböző apparátusokat alkalmaznak *(Erector, Sklevator* stb.). E készülékek lényege, hogy a penist kifeszítik, mire az immissio sikerülhet.

Frankl Samu dr. idegszakorvos.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: Betegszoba fertötlenitésére hány formalin-pasztillát használjunk és milyen módon?

Felelet: A formalin általában csak mint kisegitő fertötlenitőszer kerül alkalmazásba olyan tárgyak kezelésére, amelyek nem voltak a beteg közvetlen használatában, tehát amelyeket kevésbé fertözötteknek gondolhatunk, mert a formalingáz nem hatol be a tárgyak mélyébe, csak a felületeket fertötleniti. Amikor ilyen körülmények között használnunk kell, akkor a helyiség nyilásainak jól eltömitése mellett m^3-ként 5 gr. gázt, tehát a kereskedelemben kapható 38—40%-os formalin folyadékból 20 m^3-re ¼ litert, 100 m^3-re 1 litert kell elpárologtatni ugyanannyi vízzel együtt, a padlót is vízzel megnedvesitve. Igen fontos, hogy a helyiség 15 C fok meleg és levegője kellően párás legyen. Ha pastillát használnánk, akkor is m^3-ként 5 grammot, tehát 5 darab 1 grammos pastillát kellene elégetni, de még külön is vizet párologtatni. Az ilyen mennyiségü formalingáznak 24 óráig kell hatnia. Scarlatina és diphtheria, de a többi betegségek esetében is olvan terjedelemben, amint azt a főváros szabályrendelete előirja, a mosó ruhanemüek sublimátos (1:1000) beáztatása, az ágynemüek, ruhák gőzzel kezelése, a butorok, padló, falak sublimátos lemosása szükséges, azonban, ha a falak és a beteg által közvetlenül nem használt butorok olyan kényesek, hogy a lemosást nem birják el, ezek a fenn leirt módon formalinnal fertötleníthetők.

A formalin folyadékkal történő fertötlenítéshez a Hydroformál-nevü párologtató készülék, a pastillák elégetéséhez az Aesculap-lámpa használatos. Tanult fertötlenitőnek az eljárást ismernie kell, s így a fertötlenités kár nélkül elvégezhető.

Hammer Dezső dr.
egyetemi magántanár, a székfőv.
fertötlenitő int. igazgatója