

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

MISKOLCZY DEZSŐ
VIDAKOVITS KAMILLÓ

GORKA SANDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANAR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNO

TARTALOM:

Benedek László és Rakonitz Jenő: Orr-korcsképződmény és myocloniás torsiós dystonia, mint kombinálódó heredopathia. (1175—1180. oldal.)

Stefancsik Szilárd: Újabb szempontok érvényesítése a méhruptura kezelésében. (1180—1183. oldal.)

vitéz Solth Károly: Statisztikai ábrázolással szerezhető útmutatás az orvosi kutatásban. (1184—1186. oldal.)

Donhoffer Szilárd és Halász Mihály: Klinikai tapasztalatok tartósabb hatású insulinnal. (1186—1188. oldal.)

Blazsó Sándor: A természetesen és mesterségesen táplált csecsemő kén- és fehérjeanyagcseréje. (1188—1190. old.)

Okolicsányi-Kuthy Dezső: Karyon és rubrophen. (1190—1191. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (193—196. oldal.)
Lapszemle: Belgyógyászat. — Sebészet. — Szülészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. — Urologia. — Elméleti tudományok. (1191—1194. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1194—1197. oldal.)

Vámosy Zoltán: † Winternitz Arnold. (1197—1198. oldal.)

Zemplényi Imre: Hozzászólás a házassági tanácsadás kérdéséhez. (1198—1199. oldal.)

Vegyes hírek: 1199—1202. old. és a borítólapon III—IV. old.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tudományegyetem elme- és idegkórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: Benedek László ny. r. tanár.)

Orr-korcsképződmény és myocloniás torsiós dystonia, mint kombinálódó heredopathia.

(Műmelléklettel.)

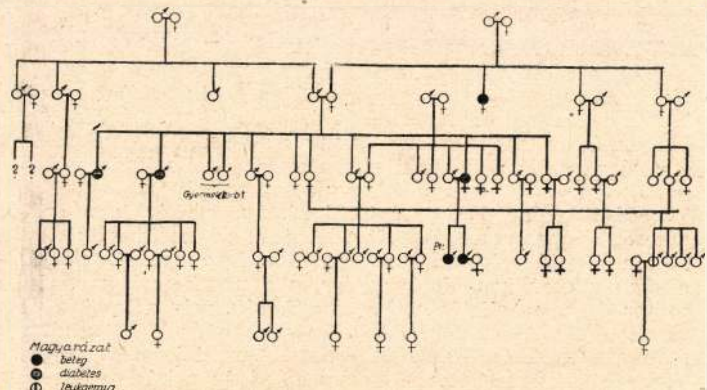
Irta: Benedek László dr. és Rakonitz Jenő dr.

Sajátszerű családi heredopathiáról számolunk be, amely az orrváznak fejlődési gátlása és a torsiós dystoniához közelálló myostatikus zavarban 3 generációt át jelezte. Felvehetőnek láttuk, miszerint az orr-deformitás és a mozgászavar kórtani substratumai úgy anatómiai, mint embryogenetikai, illetve a teratogeneticus terminációs időszakot tekintve, egymáshoz közel hozhatók. Az orr-váz fejlődési anomáliája az ú. n. „median orr-barázdának” nevezett könnyebb, de ritka fejlődési gátlásnak felel meg.

1. eset: N. J. 33 éves. **Előzmény:** Születése után szülei már észrevették, mivel a családi terheltség miatt figyelmük erre kiterjedt, hogy egyes izmaiban, főleg a has- és láb-izmokban időnként egy-egy rángás és összehúzóds mutatkozik. Minél idősebb lett annál jobban bontakozott ki a bántalom. Járnai két éves korában tanult meg. Járása akkoriban még egyáltalában nem volt hibás. Beszélni 2½ éves korában kezdett, amikor is rekedtsége már feltűnt. Anyja szerint az orr furcsa „családi” formája már kora gyermekkorban látható volt. 3—4 éves kora óta vették észre, hogy kezei, lábai kinyújtáskor, helyzetváltoztatáskor a mozgás végén reszketnek; szintén olyan tünet, amit az anyja figyelt, mivel ismerte. Az elemi és polgári iskolát közepes eredménnyel végezte el. Lényegesebb gyermekbetegsége nem volt, spanyol influenzája sem. 12 éves kora óta a törzs-izmokban és a nyakban mutatkoznak csavarásos rángások, amelyek éppen úgy, mint a már testszerte régebben mutatkozó izomrángások, a korrall egyre jobban erősödnek; járását, kezűgyességét egyre inkább befolyásolják, annyira, hogy most már foglalkozását (posztókereskedő segéd) ellátni nem tudja.

A beteg édesanyja (l.: 2. esetünket) hasonló bántalomban szenved; a beteg fivére (l.: 3. esetünket) szintén. Az anyja egyik nagynénje anyai ágon ugyancsak — mint az

anya hallotta — születése óta ehhez hasonló rendellenes mozgásokban szenvedett. Az anya még látta őt többször is, kb. 50 éves korában. Szerinte a jellegzetes családi orr, mely — mint mondja — nála és mindkét fián is megvan, ezen nagynénjünkön is megvolt és mozgásai az ő legidősebb fia mozgásaihoz hasonlítottak. Ezen nagynéni magas kort ért el. A család beteg egyedein sem fertőzőes betegségek, sem heveny vagy idült mérgezések nem fordultak elő.

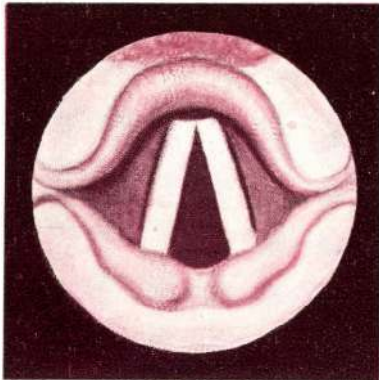


1. ábra.

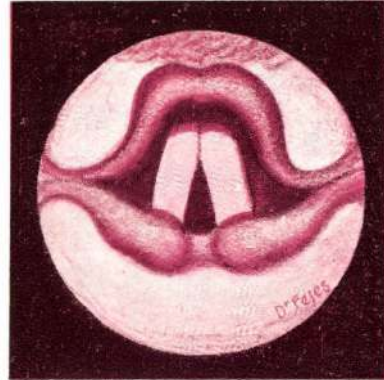
Családja mellékelve. (1. ábra.) Érdekes módon a család beteg ágában 1. unokatestvér házasság jött létre, amelyből vérrokonság ellenére e betegségtől mentes — de egy leukaemiás — egyén származott és a leukaemiás utóda is mentes; 2. azonkívül a vizsgált egyén (probandus) atyai nagynénjét anyai nagybátyja vette el. Így ugyanazon genmassa csoportosulhatott, mint az ő szülei esetében, aza a különbséggel, hogy az ő esetében a nő, amaz esetben a férfi a beteg család tagja. E házasságból származó 5 gyermek és 3 unoka egészséges.

Embentani méretek:

1. Testmagasság	154 cm.
2. Fej legnagyobb hossza	104 mm
3. Fej legnagyobb szélessége	164 „
4. Legkisebb homlokszélesség	110 „
5. Binaricularis szélesség	141 „
6. Járomívszélesség	142 „
7. Állkapocsszög szélesség	110 „
8. Belső szemszöglet-távolság	32 „
9. Külső szemszöglet-távolság	102 „
10. Pupillatávolság	72 „
11. Fej fülmagasság	117 „
12. Teljes fejmagasság	216 „
13. Homlokmagasság	67 „
14. Physiognomiail arcmagasság	171 „



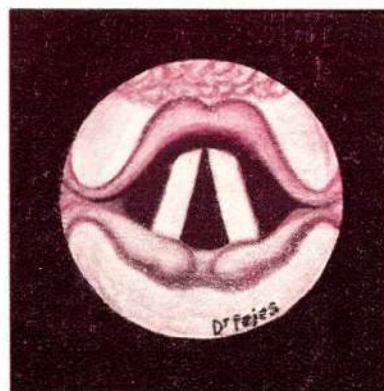
Normalis.



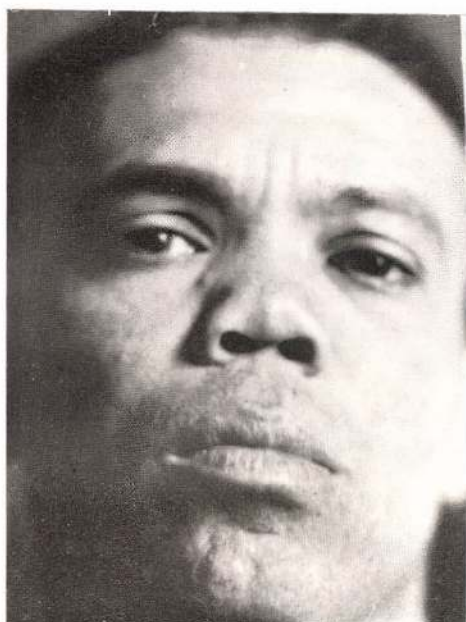
1. eset.



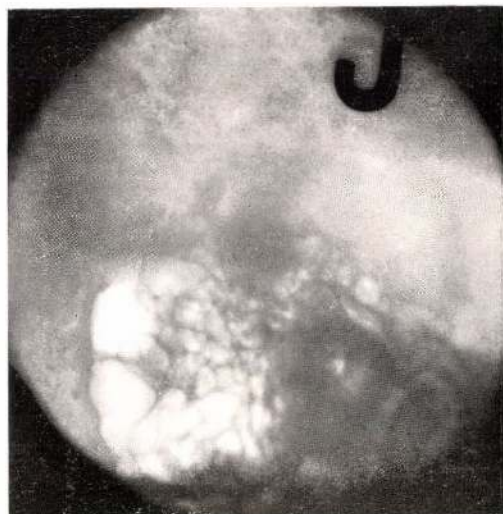
2. eset.



3. eset.



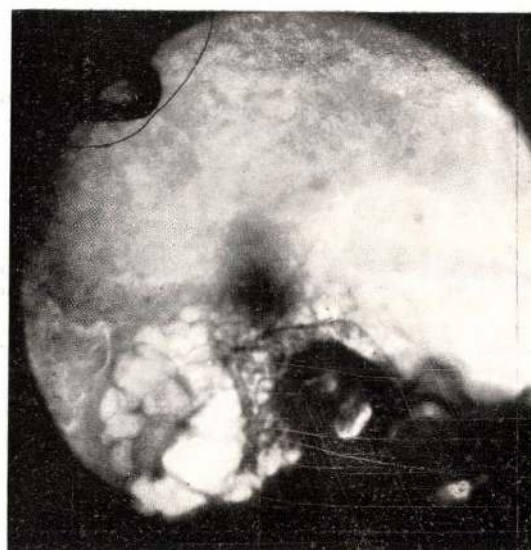
2. ábra.



5/a ábra.



3. ábra.



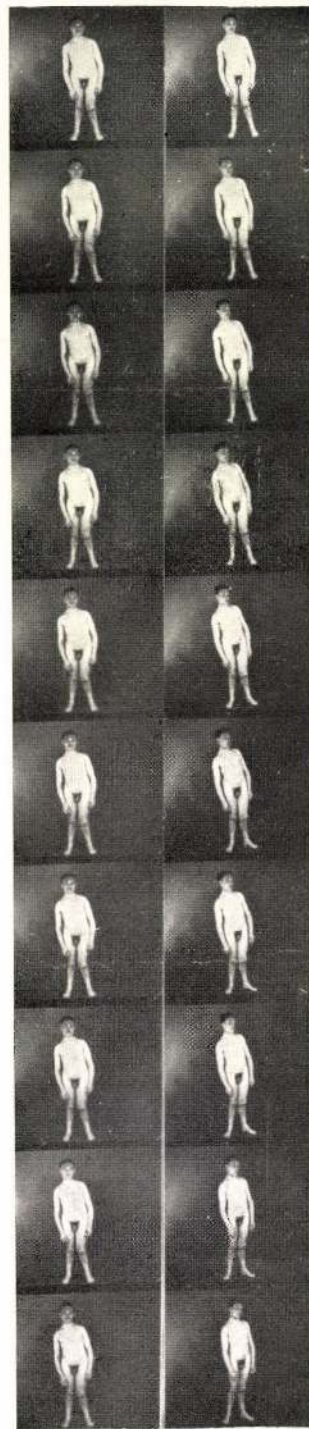
5/b ábra.



4. ábra.



7. ábra.



8. ábra.



9. ábra.



10. ábra.

maradásos törekvés (Beharrungstendenz) és nincs intenciós tremor. A classikus, tiszta torsiós dystoniának első sorban nem felel meg az eloszlás, továbbá esetünkben gyorsabb a torquálás lezajlása és nincs meg az izomösszehúzódnak hatalmas intenzitása. Ezenkívül esetünkben nincsenek kifejezett, az egész gerincoszlopra synergistikusan kiterjedő torsiók és nincs dromedárjárás; az antagonisták meg egyáltalán nem lazulnak el. Végül a lapos izmokban kifejezett, izolált, classikus myocloniás rángások vannak.] *A mozgászavar kétségtelenül extrapyramidalis jellegű, de automatív, iteratív, vagy palinkinetikus vonása nincsen. Így a mozgászavart leginkább az Oppenheim által dystonia musculorum deformans, vagy dysbasia lordotica progressiva, illetve a K. Mendel által torsiós dystonia névvel jelölt saját szerű betegség képhez illeszthetjük: mint myocloniás torsiós dystoniát.*

Szaglása jó. Szemmozgások szabadok, nystagmus nincs, csak időnként, spontán myocloniás szemrángások. Réslámpával és cornealis mikroskoppal vizsgálva *Kayser—Fleischer gyűrű nem észlelhető.* Pupillák egyenlők, kissé tágak, jól reagálnak. Szemfenék ép. Látótér szabad. Cataracta nyomok nincsenek. Kiskókú teljesen corrigálható rövidlátás. V., VII., VIII., IX., X., XI., XII. ép. Romberg: negatív. Kisagyi működések épek, eltekintve az intenciós tremortól. Hasfali és végtagreflexek élénkek. Kóros reflex, clonus nincs. Extrapiramisos reflex nem váltható ki.

Beszéde rekedt. A szavak kiejtése helyenként ki-kitörő jellegű, máskor meg remegő. Időnként egy-egy pillanatra elakad. Véglehalkulás nincsen. Általában a beszéde is extrapyramisos bántalmazottságra utal. A gégeészeti vizsgálat alatt hangadás-nélküli hangszalagrángásokat észleltek.

Belső szervek részéről elváltozás nem észlelhető. *Májterhelési próbák ép májfunctiót mutatnak.* Vér-, liquor, vizelet: negatív. Nemi szervek épek.

Az izomzat elektromos vizsgálatra semminemű eltérést nem mutat.

Szellemi kiesés nincsen.

2. eset. N. M.-né 60 éves izr. *Előzmény:* Szüleitől halott, hogy már gyermekkorában kezeiben és nyakában izomrángásokra lettek figyelmesek és néha feje is reszketett. Amióta visszaemlékeznek, ő is tud erről. Szerinte gyermekkor óta nem nagyon erősödött a betegsége. Már akkor nehezen írt az iskolában és a kézimunka is nagyon nehezen ment. A kezügyessége ma nem rosszabb. Lényegesebb gyermekkori betegsége nem volt. Első havivérzése 13 éves korában jelentkezett. 22 éves korában férjhez ment. Férje egészséges. Két gyermeke született, (1. és 3. esetünk). „Ezen betegségtől eltekintve egészséges vagyok, csak szerencsétlen, mert ilyen családi nyavalyát örökölttem át és örülök, hogy unokáim nincsenek.”

Koponya és arc alakulata az előző esettel egyező. Orr: az előző esettel teljesen azonos. A belsőorr nagyobb fokú tágulatot mutat. Koponyaröntgen: mivel a beteg feje mozog és magát elaltatni nem engedte, elvégezhető nem volt. Gégeészeti lelet (Lénárd-klinika, Dénes László dr.): fejletlen ω -alakú epiglottis, kb. 15 éves leánynak megfelelő gégefő (l.: ábra.)

A rendellenes mozgások főleg a nyakban, mell- és hátizomzatban és a felső végtagokban, kisebb mértékben a hasizomzatban mutatkoznak. Az alsó végtagok megkíméltek. Az első esethez viszonyítva a rendellenes mozgások sokkal enyhébbek, az előző esetben leírt 1. típusnak mintegy halkított kiadása. Gyakran az elsőhöz viszonyítva a mozgás csak töredékes. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy egyik-másik izolált mozgás az anyán kicsit tic-szerű (l.: 10. ábra.). Viszont a torziós vonás, vagyis a második típus teljesen hiányzik. A nyakban a nagyobb elmozdulások nem torsiósak; ha nem myocloniásak, akkor inkább tremorszerűek. A filmfelvételt lassítva kitűnik, hogy a mozgáselemek az első esettel megegyezők, de a mozgások nem oly sűrűek, intenzitásuk is kisebb, szintén rhythmustalanok.

Az izomzat elektromos vizsgálata semminemű eltérést nem mutat.

Agyidegek épek. *Kayser—Fleischer gyűrű nincsen.* Hályokképződést nem észleltünk. Romberg: negatív. Kisagyi működések az intenciós tremortól eltekintve épek. Élénk bőr- és inreflexek. Kóros reflex, clonus, extrapyramisos reflex nincsen. Érzés ép.

Egy többéves gerincoszlop-röntgenfelvétel az alsó háti csigolyák spondylarthrosisát mutatja.

Testméretek, testalkat az orrtól eltekintve rendesek. Nemi szervek részéről elváltozás nincsen. Belgyógyászati lelet: kiskókú arteriosklerosistól eltekintve negatív. Cukor-terhelés rendes görbét ad. *Májzavarra utaló tünet nincsen.* Vizelet és vér: negatív.

3. eset. N. D. 30 éves izr. *Előzmény:* Anyja a fentebb említettek miatt születése óta gondosan figyelte és nagyon örült, amikor látszólag egészséges volt. Kétéves korában járt és beszélt. Lényegesebb gyermekkori betegsége nem volt. 5—6 éves korában vette észre, hogy nála is itt-ott előfordulnak izomrángások, de ezek nagyon ritkák. Kb. 10—12 éves kora óta veszi észre, hogy amikor öltözködik „a cselekedetek nem jönnek ki, ahogy akarom: utórángásokat és felesleges mozgásokat észlelek”. Ettől eltekintve magát egészségesnek véli. Ezen apró rángások munkásságában nem hátráltatják, mert már megszokta őket és ügyeskedéssel kicsit ki is tudja ellensúlyozni. Nem iszik, nem dohányzik, lueses fertőzésről nem tud. 8 éve nős, gyermeke nincsen. Gyermekkor óta rosszul lát.

Koponya- és arcaikulat az előzőkkel teljesen megegyező. Orr: az előzőkkel teljesen azonos. Belső orr nagyfokú tágulatot mutat. Gégelelet: fejletlen ω -alakú epiglottis, infantilis gége. (Lénárd-klinika, Dénes László dr. Rajz mellékelve.)

Rendellenes mozgások rajta éppen csak itt-ott a váll-felkar és nyak területében észlelhetők. Ritkán mutatkoznak. Typusuk enyhe myocloniát mutat. Itt sem torsiós, sem tices vonás nincs.

Kayser—Fleischer gyűrű nincsen. Látás: j. $\frac{1}{0}$, b. $\frac{2}{0}$; 22. D., illetve 16 D. correctióval $\frac{25}{0}$, ill. $\frac{40}{0}$. Szemfenéken myopiás elváltozások; üvegtesti homályok, kataracta nyomokban nincsen. Agyidegek épek. Romberg negatív; kisagyi működések az intenciós tremortól eltekintve épek. Élénk reflexek. Kóros reflex, clonus, extrapyramisos reflex nincs. Érzés ép.

Testméret és testalkat a koponyától és orrtól eltekintve rendes. Nemi szervek épek, bel-lelet negatív. *Májműködés-zavarra utaló tünet nincs.* Cukor-terhelés rendes. Vizelet; vér: negatív. Az izomzat elektromos vizsgálata semmi kórosat nem mutat.

Mint ismeretes a torsiós dystonia és a myoclonia között átmeneti alakok léteznek, melyek tisztán tünet-tani alapon nehezen osztályozhatók. Organikus, striar ticek és localisált izomspasmusok a torsiós dystonia mozgászavarával közeli physiopathológiás rokonságban vannak. Hiszen Foerster a myocloniát a striátum-megbetegedés legkönnyebb formáira vezeti vissza.

Jelen első esetben tehát a myostaticus beidegzésnek jól jellemzett zavarával állunk szemben, amely a torsiós dystonia tünetcsoportjához illeszthető. Essentia- lis alakról van szó és nem dystonismusról. Míg az első esetben a torsiós vonás, úgy a második és harmadik esetben a myoclonia áll előtérben.

A classikus torsiós dystoniának nosologiai egy-sége és különállása vitatott. (l.: Wimmer, Richter, Bing és Schwarz, Forsey, Jelliffe és mások) Thomalla össze-foglalóan dystonia lenticularis-ról beszélt. Másokon kívül Wimmer, Navarro és Marotta hangsúlyozták, hogy a torsiós dystoniában a neostriátum mellett még más agyrészek is részt vesznek a kórfolyamatban; ezek kö-zött a hypothalamus és thalamus laesioja is meg volt állapítható. Divry és Evrard legutóbbja is enkephalitis utáni exogen torsiós spasmusban a corp. quadrigemina, a substantia nigra, a pallidum és az infundibulumban írt le kórszövet-tani elváltozásokat, noha klinikai meg-jelenése tiszta torsiós spasmus képében zajlott le.

A közép-köziagi strukturák működésbeli vonatko-zását a dystoniás mozgászavar kórtanának ismerete

igazolja; mert a Thomalla, Wimmer, Lévy-féle esetekben a degeneratív elváltozások elsősorban a lencse-magban, a thalamusban és a hypothalamusban voltak találhatóak, — a nucl. dentatus és cerebellumon kívül (Wimmer). Úgy Thomalla, mint Wimmer a centralis laesiók mellett májcirrhosist is megállapított. Ez familiaris eseteink közül egyben sem volt megállapítható: sem hyperpyrexia, vagy májnagyobbodás, ikterus, májterhelési próba megváltozása, cukorháztartás zavara, ascites. Gondos vizsgálatok történtek corneális mikroskoppal a Kayser—Fleischer-féle pigmentációra vonatkozólag, negatív eredménnyel.

Nyilvánvaló, hogy a striatum somatotop és functionális tagoltságának megfelelően a parenchymának degeneratív általma ezen családtagokon korlátoltabb, inkább pontszerű kiterjedésű.

A familiaris előfordulás tekintetében ismeretesek Schwalbe, majd Kehrernek közlései egy generációnak tagjaira vonatkozólag. Schwalbe óta a családi előfordulás Jakob, Kehrer és mások eseteiben több ízben említésre talált. Úgy a recessiv, mint a dominans öröklésmentre vannak észlelések. Mendeli öröklési típus tekintetében Mankovsky és Czerny a recessiv öröklési menetet látják gyakoribbnak a dominanssal szemben. Price ikreken írta le a torsiós dystonia jelentkezését. Mások közzétette leszármazási táblákban tremorphilia, tic, epilepsia és más neuro- és psychopathiás terheltség is megállapítható volt a torsiós distoniában szenvedők ascendens és collateralis családtagjain.

Eseteinkben a középső orrnyulványnak ecto- és mesodermaállománya fejlődési gátlást mutat, miért is a processus globulares közti hosszanti median csík kitelődése elmarad, bár a median barázda közepén kissé előemelkedő alacsony taréj ezen ébrényi ektomesoderma burjánzására mintegy utalást foglal magában.

Walter Stupka nemrég megjelent monographiájában*), amely az orrtorzóképződés rendellenességeivel különös gonddal foglalkozik, — találóan emeli ki: „Bei Hemmung der normalen Umbildungsvorgänge bzw. primärem Materialmangel werden wir die Furchen und Spalten dort zu suchen und zu finden haben, wohin die Entwicklung des embryonalen Gesichtsreliefs weist.”

Az orrváz fejlődését illetőleg a következő adatoknak van fontosságuk. Az első jelek a 3 mm. hosszú embryoig vezethetők vissza. Ebben a fejlődési szakban a homlokdundor, szaglómező és szaglógyöngör, az első zsiger-ív és proc. maxillaris veszik körül az elemi szájgyöngört. Ez a szaglómezők szélein erősen burjánzó ecto- és mesodermális nyulványok alakjában kezdődik. A 10.3 mm. hosszú embryo arcán K. Peter már az area triangularis-t és infranasalis-t, a nasolacrimalis barázdát, a középső és oldalsó orrnyulványokat, a proc. globularis-t, proc. mamillaris-t és a szájpadlemezeket különíthette el. A kéthetes embryo az area triangularis a sulc. supranasalis-tól alafelé nyulik és az orrháttá fejlődik. A középső orrnyulványból és az area infranasalisból a philtrum, a tuberculum labii sup. és septum nasinak legelülső része fejlődik, a proc. globularis a lateralis orrnyulvánnyá nő össze és a nares-t segíti körülvenni. Az orr-gerinc az area triangularisból képződik ki, amely alatt a septum elülső része a középső orrnyálkahártyából alakul ki. A dorsum nasi a lateralis orrnyulványból lesz. Az apertura pyriformis

széle épűgy, mint a palatum durum-nak a foramen incisivum előtti része a praemaxillaris nyulványból fejlődik ki. Az ép élettani fejlődés zavara a később kiteledő incisura interglobularis-nak képződésére vezet.

Az orrfelek veleszületett diastasisának súlyosabb formája az ú. n. „szelindek-orr” („bulldog-orr” — a canis fam. molossus gladiator-nak kettős orr-formatiójáról elnevezve), — amely szintén a középső orrnyulványnak gátolt fejlődése következtében állott elő. A medianbarázda viszonyait K. König (Anat. Anz. 1925. 60. k.) tette beható tanulmány tárgyává. Különösen a 21 és 24 cm fejtető-sarokhosszal bíró magzatokon, tehát az 5. terhességi hónapban találta gyakorinak (50%) a medianbarázda képződését, míg a 4. és 8. hónapok közé eső anyagban az csak 8%-ot tett ki.

Az orrfejlődési rendellenességek valamelyikében már sikerült is az öröklés szerepét beigazolni. Így többek között Johann Lang már 1912-ben a csontos choanatisiára vonatkozó családfát közölte, amely 3 generációban 5 tulajdonsághordozót tüntet fel. Hasonló adatgyűjtések A. Evans, K. A. Phleps és mások részéről is történtek.

Magas százalékban mutatkozott öröklési concordantia egypetéjű ikreken, úgy a rhinosinusok helyzetét, mint nagyságát és alakját illetőleg, valamint a septum nasi-nak morfológiai viszonyait illetőleg (Leichnernek és Schwarznak közlései szerint). Az ethmoidealis tömkelegeken ez a megegyezés: 77.3%-ot, a homloköbölökön 50%-ot tett ki (ugyanaz kétpetéjű ikreken 50% és 37.5%); míg a septum kétpetéjű ikreken 10%-ban, addig az egypetéjűeken kb. 50% mutatott megegyezést.

Az öröklődő kórságok az egyes családtagokban különböző intenzitásban képviseltek. Míg az orr- és gége-anomália egyformán kifejezett és az intrafamiliaris különbség alig haladja meg az egyes tagokon megállapítható orrfélfkülönbségeket, addig az extrapyramidalis mozgászavar tekintetében kiképződési ingadozás állapítható meg. Hogy ez esetben a kvantitatív mutansokon és mellékgeneken kívül ok gyanánt a hierarchicusan tagolt összmotorium fejlettségének egyéni kvantitatív különbségei is szerephez juthatnak, az valószínű. Nincs semmi adatunk arra nézve, hogy valamely exogen tényező a normalis homozygota tulajdonságokat mind a négy családtagon azonos szervi localisatióval és intenzitással a fejlődésnek egyik periódusában peristaticus értelemben átalakította volna. Az apa családjában sem felmenő, sem oldalágon, sem az utóbbiaknak descendentiájában, sem a szóbanforgó morfológiai rendellenesség, sem az extrapyramidalis mozgászavar nem fordult elő; nem voltak továbbá kimutathatók olyan finomabb eltérések a családtagokon, amelyek azoknak heterozygota-tulajdonsághordozó jellegét bizonyítanák.

Az anyának anyai nagynénjén túleső ascendentiája az eddigi család kutatás szerint a kóros irányú formaváltozásoktól mentes volt. Egy családtagon a kóros tulajdonságoknak egyszerre megjelenése egy autosomalis spontan gen-mutációnak, kóros genodemutációnak felvételére engedhet következtetni, bár természetesen még így is a kóros tulajdonságok alapját képező idiovariatio manifestálódását, a penetrantiát, nemcsak a mellékgenek, hanem peristaticus hatások is generációkon át befolyásolhatják. Az orr- és gége-anomália épűgy, mint a torsiós dystonia ez esetben az anyai nagynénjén, az anyán és annak két fián mutatkozott, tehát az öröklés nem nemhez kötött, vagyis a factoralis bonc-

*) W. Stupka dr.: Die Missbildungen und Anomalien der Nase und des Nasenrachenraumes Wien. 1938.

életteni substratum nem a nemi, hanem az autosomalis chromosomákban fekszik.

A fentvázolt családi biotypus törvényszerűségére a Mendel-i öröklésment szemponyjából, az öröklődő kóros tulajdonságnak három generációban phaenotypusos megjelenését feltüntető törzstábla alapján leginkább szabálytalan dominantira lehet gondolni, amelyben a vizsgált egyén és vizsgált fivére nagyanyjának heterozygotiája peristaticus befolyások vagy mellékgének miatt nem juthatott érvényre, avagy csak nehezen észrevethető, jelentéktelen fokban jelentkezett. A recessiv öröklés felvétele ellen szól a kóros tulajdonságok kombinációjának rendkívüli ritkasága, egyedülállósága, amely utóbbi teljesen valószínűtlenné teszi, hogy az apa phaenotypusában egészséges heterozygota lett volna; (eltekinthető attól, hogy a 2 beteg fiú a keresztezési arányt messze túlhaladja; de a „kis” számok miatt ebből következtetés nem vonható.) Figyelemreméltó még egy szempont, éspedig az, hogy az anya anyai nagynénje magas kort élt meg és hogy a kóros orr-rendellenesség és a mozgászavar mérsékelt foka az egyéni élet és az utódok szempontjából „könnyebb” kórságnak minősíthető. Ismeretes az emberi örökléspathológiából, hogy a könnyebb tulajdonságok inkább dominansan, a súlyosabb heredopathiák pedig inkább recessiv módon öröklődnek: (ez utóbbi ténynek magyarázata elsősorban a biológiai önkiválasztásban keresendő).

A heredopathiának bizonyult fejlődésrendellenesség egységes alapokat továbbkutatva azon törvényszerűség érvényét keressük, hogy vajjon a kombinálódó mozgászavar és orr-hibás-fejlődés feltételezett dienkephalos substratumai olyan szerkezetekben található-e fel, amelyeknek embryogenetikus érési időpontja egybeesik? Ha a causal-genesis elemzése rendjén a heredopathia egész családi biotypusát structuralisan a központi szerv egységes focalis, illetve regionarius zavarára törekszünk visszavezetni, akkor a központi hormoneuralis mechanizmusok substratumait és azok fejlődésüket és az extrapyramidalis rendszerhez való viszonyait kell számbavennünk.

Hogy az orr- és gége fejlődésére, növéseire a hypophysis és a mesencephalon befolyással lehetnek és éppen eseteink származáselemzésében el nem hanyagolhatók, arra utalnak a neuroglandularis dysfunciók eseteiben szerzett alakváltozások az orr- és gégeváznak területén. Ismeretes, hogy a praehypophysisnek egyes sejtelemei, *Ewans* szerint az eosinophil sejtek, növényi hormonokat képeznek. Az eosinophil sejtek adenomája által előidézett akromegáliában, de a „mesencephalos” formákban is a supraorbitalis és zygomaticus tájak mellett az orr, áll, alsó ajak, nyelv növekszik; a garat részvétele ritka, legfeljebb a nyálkahártya vastagodik meg; a gégefő a glottissal együtt azonban többnyire hypertrophialis. A hangszalagoknak és larynxnak nagyságbeli eltéréseivel függ össze a hang mélyülése és érdessége. Hogy a hypophysis neurocrinia-nak melyik típusa jut inkább érvényre, azt csak további kísérleti vizsgálatok dönthetik el.

A hypophysis neuroregulációja főképp a hypothalamus zóna praеоptica-jához és a periventricularis vegetativ rendszerhez, az ezekben elhelyezett excito-secretoros szürke szerkezetekhez van kötve. A n. tuberis, n. tangentialis és tang. access. a nucleus supraopticus és hypophyseos, a n. dors. hypothalamus int., a nucl. paraventr. és a tractus paraventricularis cinereus, a nucl. reuniens, paramed., a fasc. hypothalamo-hypophysialis egységes működésrendszere *I. L. Pines*, *R. Greving*, *F. H. Levy*, *G. Roussy* és *M. Mosinger* és mások kutatásai óta mindinkább elfogadásra talált;

a corp. mamillaria közvetítésével, a nucl. interpedunc. és nucl. dors. *Gudden* és az utóbbin át a subst. vegetativ. mesencephali felé létesült összeköttetés, a n. dors. hypothalamus által pedig a nucl. parataemialis, nucl. anteriodors. és más thalamus magvakkal. A complicált „központi” correlatio mellett a hormoneuralis kölcsönösség a viszonyokat még összetettebbé teszi. Többek között *G. Roussy* legújában is amellett foglalt állást, hogy a direct neurocrinia útján a hypophysis a hypothalamusra fejt ki tonisáló hatást, amely az epiphysist excitosecretoros befolyásolja; viszont ugyancsak a neurohormonalis mechanizmus révén hasonló úton a glandula pinealis a gl. pituitaria-ra van hatással. *P. Trendelenburg* szerint a tuber cinereum hormonokat képez. Ez utóbbiak nem különböznek a neurohypophysisnek hormonjaitól. Ezen hormonok hydreencephalokrin mechanizmus mellett érvényesülnek.

A törzsducok anatómiai és szövettani viszonyai egészben véve egyszerűek és még a rostozattani összeköttetések is elég jól áttekinthetők. Sokkal kevésbé lehet ezt a hypothalamusra elmondani, melynek szerkezete számos vizsgálat tárgyát képezte úgy, hogy ez csak újabban bontakozott ki. *Lenhossék*, *Kölliker*, *Cajal*, *Malone*, *Ziehen* és mások nyomán ma elsősorban *Spiegel* és *Zweig*, *Gagel*, *Greving* leírását követhetjük; *Greving* a tuber cinereum környékén subst. grisea centralist, nucl. supraopticult, paraventricularist, tuberist, mamilloinfundibularist, pallidoinfundibularist és interfornicatulst különböztet meg; a corpus mamillare vidékén pedig a szorosan vett c. mamillaren kívül a n. intercaltatus, subst. ret. hypothalamus, subst. grisea centralis, nucl. reuniens, a n. paramedianus és a corpus Luysii érdemelnek említést. Phylogenetikai szempontból figyelemreméltó, hogy a magas extrapyramidalis törzsducokkal elemtétben a hypothalamus az emberben kifejezett regressiót mutat, amit részletesen *Grünthal* sorol fel; míg *Malone-Gagel* nyomán az emberen 9 magcsoport választható külön, addig a cercopithecuson *Friedmann* adatai szerint 12, a kutyán (*Grünthal*) 14, az egéren 32, a bőregéren 30 mag bontakozik ki. Még kevésbé határozottak az egyes sejtesoportok, hypothalamikus structurák specialis működésére vonatkozó vélemények; hogy az állatkísérletek eredményei csak igen nagy fenntartással fogadhatók el, a phylogenetikai összehasonlításból azonnal kiderül. *R. L. Müller* áttekintése szerint a hőregulatio a tuber cinereummal, a víz-háztartás irányítása a n. supraopticultal és a cukorforgalom a n. paraventricularis működésével kapcsolatos; a corpus Luysiinek tulajdonított vegetativ szerepet az emberi pathologia para- és hemiballismus esetei nem látszanak igazolni.

A striopallidum ontogenesise többször tanulmányozott kérdés és egyes szempontokból (pl. a pallidum eredetét illetően) vita tárgyát is képezte. A hypothalamus fejlődésének részletei elhanyagoltak és ha a külső leírásoknál többet alig nyújtó morfológiai adatoktól eltekintünk, az egyes alkotórészek kialakulása szempontjából elsősorban *Kodama* vizsgálatai jönnek tekintetbe, aki a törzsducok fejlődésének tárgyalása közben a hypothalamusról, elsősorban a corpus Luysiiról is megemlíkezik. Általa tudjuk, hogy midőn a törzsducok őstelepét képező ducdomb („Ganglienhügel”) a 2,4 cm-es (az 1. és 2. hónap között) emberi embrióban élénk fejlődésnek indul, ugyanakkor a sulcus Monroi kiképződése révén a hypothalamus is önállósul; a c. Luysii magcsoportja fellelhető, sőt a mamillaris nyaláb telepe is megvan. A törzsducok a fejlődés folyamán hamar kibontakoznak és kb. a 8, ill. 10 cm-es embrióban (a 3. hó vége körül) a putamen és a pallidum szerkezete jól felismerhető. A hypothalamikus structurák közül a c. Luysis szintén gyorsan fejlődik, bár a medialis szakasz sokáig éles határ nélkül folytatódik a tuber cinereum felé. A tulajdonképeni hypothalamus alkotórészei közül a corpus mamillare kiágazásai (pedunc. corp. mamillaris és Vicq d’Azyr nyaláb) és a commissuralis rostozat fiatalon alakul ki, míg a tuber vidék magjai még a 10 cm-es embrióban sem határolódnak el élesen, ez *Kodama* szerint csak a 4 hónapos fetusban észlelhető, bár a belső tagoltság még itt is hiányzik. A substantia nigra a 8 és 10 cm-es embrióban bontakozik ki, míg az első, a stratum intermediummal közös telepét már a 4 cm-es (2. hónap felett) embrióban is látni. Mindezekből az adatokból kitűnik az, hogy a törzsducok és a substantia nigra egyrészt és a corpus Luysii másrészt időbelileg közeledően fejlődnek, sőt az igen nagyjelentőségű ducdomb és a hypothalamus elhatárolódása is nagyjából ugyanazon időpontban következik be.

A különböző teratológiai orr-rendellenességeknek fejlődési időpontja csak kevésbé ismeretes, — de nyilvánvaló, hogy minél összetettebb a morphogenetikai zavar, annál korábbi fejlődési periódusra utal. A törzsdúcok és a hypothalamus fentvázolt fejlődéstani kapcsolata az időtényező tekintetében valószínűvé teszi annak felvételét, hogy a fejlődési gátlás, az általunk elemzett összetett heredopathiának úgy mozgászavara, mint orr-rendellenessége a mesendienkephalonnak fejlődési zavarára vezethető vissza. Mint teratogeneticus terminációs időpont a 3. és 4. foetalis hónap közti határ szerepelhet.

Az orrváz hibás fejlődésének keletkezésére nézve általában is igen jelentőségteljesek a jelen megállapításaink, — mert megengedik azt a valószínű felvételt, hogy a dienmesenkephalonból az orrképződésre formalgeneticai hatások érvényesülnek talán még olyan korai időpontban, mikor ineretológiai tényezők szerephez még csak kevésbé juthattak; ezen hatásoknak csökkenése „per defectum” torzképződést hoz létre.

Összefoglalás.

Sajátszerű, eddig még nem ismertett családi heredopathiát irtunk le 3 családtagon, mely minden egyes egyeden orr-korcsképződmény, gégehypoplasia és myocloniás torsiós dystonia együttes megjelenése által mutatkozik. (Combinált heredopathia).

Jellemzi: 1. az orrváz fejlődési anomáliája, az ú. n. „median orr-barázdának” ritka fejlődési gátlása.

2. Az orrüreg, orrmelléküregek és a mastoidalis üregek nagymértékű tágultsága. (Generalis craniohyperpneumatisatio).

3. A gége infantilis és elmeszesedett volta. (Laryngo-hypoplasia).

4. Myocloniás torsiós dystoniás mozgások (Extrapyramidalis mozgászavar).

Heredofamiliaris szempontból kiemelkedő:

1. A két kórság, vagyis az orrkorcsképződmény és az extrapyramidalis bántalom együttes, állandó fellépése ugyanazon egyedekben és külön-külön át nem örökített von. (Egységes pathobiotypus).

A tünetek eredetét illetőleg megállapítást nyert, hogy részben a törzsdúcok, részben a középső orrnyúlványnak ecto- és mesoderma állománya gátoltatott fejlődésében, miért is a processus globulares közti hosszanti median csík kitelődése elmaradt.

Rámutattunk, hogy a dienmesenkephalonból az orrképzésre formalgeneticai hatások már egészen korai időpontban érvényesülnek.

Mivel egyrészt az orr-rendellenesség, másrészt a törzsdúcok és hypothalamus fejlődési zavara szempontjából a 3—4. foetalis hónap jön mint terminációs időpont számításba, felvehető, hogy ezen combinált heredopathia a mesendienkephalon fejlődési zavarára vezethető vissza.

Vitajecol standardizált csukamájolaj. 1 gr.-ja 1500 I. E. természetes A- és 125 I. E. természetes D-vitamint tartalmaz. Rendkívüli előnye, hogy csaknem teljesen szagtalan és íztelen, miáltal a legkényesebb gyermekeknek is — akik egyébként a csukamájolajat ize miatt nem bírják — könnyen adható. A Vitajecol gazdag mindazon jól felszívódó, könnyen oxidálható és emulgeálódó zsírsavakban és zsírokban, melyek a természetes csukamájolajoknak különleges tápértéket biztosítanak. Kalóriaértéke Poulsson szerint evőkanalanként 125 kalória. Toxikus mellékhatásoktól mentes. Könnyen adagolható, túladagolás veszélye nélkül. Indikált: rechitis megelőzésére és kezelésére, osteomalacia, fogcaries, tuberculosis, scrophulosis, általános roborálás esetén és általában csukamájolaj helyett.

A Gyöngyösi Alap. Közkórház szülészeti- és nőgyógyászati osztályának közleménye. (Osztályos főorvos: Stefancsik Szilárd.)

Újabb szempontok érvényesítése a méhruptura kezelésében.

Írta: Stefancsik Szilárd dr.

A múlt évtizedek szakirodalmá sokat foglalkozik a méhrepedés kérdésével, mely érdeklődés — ha kisebb fokban is — úgylátszik, a legújabb időkben sem hagyott alább. Ezt belföldi vonatkozásban is állíthatjuk, ugyanis ebben az időben nálunk is szép számmal jelentek meg ily tárgyú közlemények (Scipiades, Matolcsy, Probstner, Pollák, Schey, Szenteh, Vajna, stb.). Ennek magyarázata részben az, hogy tekintve a méhrepedés nagy halálozási százalékát, minden gyógyult eset a therapiában eredménynek számít, annál is inkább, miután a ruptura-esetek száma az utóbbi időben az általános szülészeti viszonyok javulása folytán, mindinkább csökkenőben van. Hazánkban az „Új szülészeti rendtartás” 1934. adatai szerint 1932-ben 139.442 szülésre — a jelentések alapján — 0.03%-ban fordult elő.

Amilyen egyöntetűek és kialakultak a nézetek e téren egyéb szempontból, a therapiát illetőleg olyan eltérések tapasztalhatók. Bár azt lehet mondanunk, hogy mindinkább fogy azoknak a száma, akik mindenféle méhrepedést conservative (tamponade, méhsebelvarrás stb.) akarnának ellátni, vannak mások viszont, akik ilyenkor a méh csonkolásával elégszenek meg s vannak — ugyan kisebb számmal — akik csatlakoznak a Stoeckel, R. Freund és több amerikai szakember által is képviselt felfogáshoz és az egész sérült méh eltávolítását tartják célravezetőnek.

Az egyes kezelési eljárások teljesítőképességére vonatkozólag a régebbi statisztikák közül a P. Zweifel által közölt statisztikára utalhatunk. Itt részletezve láthatjuk az egyes eljárások százalékos gyógyulási eredményeit.

Szádlás, ill. tampon.: gyógyulás	50—25%	halálozás	50—75%
Méhsebelvarrás:	33.3%	„	66.6%
Supravag. amputatio:	40.0%	„	60.0%
Abdom. totalexstirpatio:	40.0%	„	60.0%

A legrosszabb eredményt a tamponálás és sutura, tehát az ú. n. conservatív kezelés mutatja. Ezen eljárásoknak, amelyek a sérült méh megtartására törekszenek, halálozása azért nagyobb, mert ha ilyenkor a vérzescsillapítás meg is történik, a vérrel beivódott, zúzott méhet és a sérülés környezetében keletkezett vérömlenyt a hüvely felől beáramló, többnyire virulens baktériumtömegek ellepik, ahonnan a kivérzett, legyengült szervezet részben per continuitatem, részben haematogen úton fertőződik. Másrészt megmarad annak a veszélye is, hogy ha a sérülés gyógyul, a heges méhfal a következő terhesség vagy szülés alatt újra megreped.

Ennél jobbak a supravaginalis csonkolás és a hasi totalexstirpatio eredményei. A Zweifel által közölt statisztikában ezek még egyforma gyógyulási százalékszámot mutatnak. Ezzel szemben Klein újabb adatai szerint, az utóbbi javára 76%-os gyógyulást tüntet fel. Vagyis tehát a méh teljes eltávolítása a gyógyulási eredmény szempontjából ma sokkal előnyösebb.

Régebben — mint azt Stoeckel mondja — a totalexstirpatiót nehezebbnek és veszélyesebbnek tartották, ma azonban ez már nem mondható. Különösen a veszélyességre vonatkozólag nem tartható ez fenn, főleg ha

a két műtét halálozási %-át vesszük figyelembe, amely mindketőnél 4.9%-ot tesz ki (Döderlein-Krönig). Kétségtelen, a méh teljes kiirtása a nagyobb praeparáló munka és kiterjedtebb vérzescsillapítás miatt talán több időt kíván, mint a supravaginalis csonkolás, azonban ruptura esetén több előnye is van. Ez az előny nemcsak abból áll, hogy a sérült méh, mely legtöbbször bevérzett, szakadozott, zúzott, néhol már az elhalás jeleit mutató, sokszor fertőzött szövetei a maguk egészében eltávolíthatnak, hanem abból is, hogy az eltávolítás után a sebviszonyok sokkal egyszerűbbek lesznek. Másrészt pedig a műtégi terület széles szádlása (drainage) is kielégítőbb módon vihető végbe. A méh eltávolítása hasi úton azonkívül lehetőséget nyújt nagyobb áttekintésre, tökéletes vérzescsillapításra, haematomák, melléksérülések (hólyag, bél, stb.) ellátására, a hasi toilette tökéletesebb elvégzésére: a vér, meconium, vernix caseosa, stb. eltávolítására.

Neugebauer a méheltávolítást a hüvely felől ajánlja végezni. Ez az út természetesen az előbbieket elvégzésére nem felelhet meg s így nem is ajánlható. R. Freund legfőljebb akkor tartja megengedhetőnek, ha a magzat nem került a hasüregebe s a szülés per vias natureles fejeződő be. Mindenesetre az ilyen esetek ritkábbak. Nálunk a II. sz. női klinikáról Vajna közölt ilyen esetet. Esetében egy V. hónapos terhes méh került eltávolításra.

A műtét eredményességének biztosítása szempontjából nagyon fontos tényező a vértransfusio. Ez nemcsak haemoglobin pótlást és a plasmával együtt táp- és életfontos anyagot jelent a szervezet részére, hanem egyike a birtokunkban levő legjobb általános ingeranyagoknak (M. Kappis), mely mindenekelőtt a csontvelőre, a reticulo-endothelialis rendszerre fejti ki hatását. A vérátömlesztéssel a méhrepedés három veszedelemét: a fertőzést, sokk-ot és anaemiát igyekszik megelőzni, kikapcsolni, illetve javítani, ami által a beteg esélyei tetemesen megjavulnak. Hogy a műtégi sokkhatástól is jobban megkíméljük a beteget, illetve hogy azt csökkentjük, a vérátömlesztést lehetőleg már műtét alatt, vagy már az előtt is elvégezzük. Sőt, ha szükségesnek mutatkozik, akkor ezt műtét után is megismételjük. A transfúzióval együtt természetesen bő folyadékpótlásról (steril Locke-, Ringer-, vagy isotonias konyhasó-oldat) is gondoskodunk, a szív működés és vérkeringés kielégítő fenntartása mellett (cardio- és vasotonicumok).

A sokk-hatás, illetve collapsus legyőzésére a transfusio mellett méhrupturánál is fontos eszköznek bizonyul a G. H. Schneider, Mauthner és Pick által ajánlott hypertoniás szőlőcukor-oldatnak érbevitel. Ezáltal egyrészt a szívmozgató hatás következtében a szív működés javul, másrészt a sokk-hatás következtében létrejött májzár oldódik s nagyrészt a splanchnikus területben pangó nagytömegű vér ismét a keringésbe kerül. Ezenkívül pedig ilyen súlyos esetekben, ilyen műtét után mindig számolni kell a műtét utáni acidosis, acetonaemiával, amely ellen ezzel szintén hatalmasan küzdhetünk.

Miután minden ruptura-eset eleve fertőzöttnek tekintendő (Zweifel, Franz), a beteg sorsa a továbbiakban tehát a fertőzés fokától és a szervezet ellenálló képességétől, normális immunbiológiai viszonyaitól függ. Ilyenkor ezt igyekszünk támogatni. Erre szükség is van, mert a szervezet tartalékereje legtöbbször az elhúzódó szülés, a méhrepedés bekövetkeztével beálló sokk és heveny vérszegénység által, továbbá a narko-

sis és műtégi megterhelés folytán amúgyis súlyosan van igénybe véve, esetleg kimerítve. Így érthető, hogy a szövődmények többnyire fertőzéses természetű elváltozásokban fognak megnyilvánulni: peritonitis, sepsis, tüdőszövődmények, thrombosis és embolia, kismedencebeli genyes lobosodások, stb. A szövődmények az esetek egy részében halálosak szoktak lenni s elsősorban a kisebb gyógyulási százalékú eljárások alkalmazásakor, melyek a megrepedt méhet egészben vagy részben bennhagyják, a fenti oknál fogva inkább várhatóak.

I. M. F.-né, 26 é. II. P. Első szülése spontán folyt le. Halott magzat. 1937. II. 22-én 17 órákor véteti fel magát az osztályra. Utolsó vérzése 1936. V. végén. Első magzatmozgás idejére nem emlékszik. Előadja, hogy 33 órája vajudik. 24 órával ezelőtt elfolyt a magzatvíz. A baba 4 ízben belsőleg vizsgálta. Minthogy a szülés nem haladt, a felvételnél napján 11 órákor orvost hívatott, aki kb. 3 órával később megkezdte a magzatot. Miután ez nem járt eredménnyel, beszállította. Azóta szülőfájásokat nem érez!

Jelen állapota: alacsony nő, bőre és nyálkahártyái halványak. Hasa elődomborodó, köldök alatt érzékeny. A lig. rotundumok mindkét oldalt, de főleg a jobb oldalt kisujnyi kötegek gyanánt tapinthatók, a contractiós gyűrű köldök magasságában. A passiv szakasz erősen kinyúlt, érzékeny, különösen baloldalt. A magzat II. k. t. megfelelő elhelyezkedésű. A kemény, nagyobb fej a bemenetre nyomva erősen promineál, mozgatása a szokottnál könnyebb! Szívhangok nem hallhatók. II.°-ban egyaránt szűk medence. H: 37.0, P: 108, kishullámú, könnyen elnyomható, tensio 80—100 R. R. Rectalis: tünőfélben levő méhszáj.

Repedésre gondolunk. Minthogy külső vizsgálattal nem volt biztosan megállapítható, perforatiohoz készülvé mély narkosisban belső vizsgálatot végzünk. B. v.: vizenyős vulvaképletek, kinyúlt hüvely, tünőfélben vizenyős méhszáj. Kemény koponya, mely promineál, alsó segmentumával a bemenet síkjára nyomva, kisalmányi fejdaganat, nyilvarrat a harántban, kis kutacs jobboldalt. Véres, bűzös magzatvíz. Kevés véres vizelet. Óvatosan a fej mellett a passiv szakasz magasabb segmentumát is letapintva, látjuk, hogy a méh baloldalt kb. 5—6 cm. hosszúságban sérült.

A méhruptura ilymódon nyilvánvaló lesz: Azonnal laparotomiához készülünk. A hasüregeben kb. 400 ccm. szabad vér. A sérülést a méh passiv szakaszán, baloldalt, a középvonaltól kb. 2 harántujjnyira 5—6 cm. hosszúságú elhelyezkedésben találjuk, mely az excavatio vesico-uterinához közel végződik. Környezete bevérzett. Jól izolálunk, majd a méhet kibukztatva s a méhtesten hosszúságú metszést ejtve, a halott magzatot eltávolítjuk. A lepényt a bűzös méhürben bennhagyva, a méh sebtét műszerekkel összefogjuk és szabály szerint, a kétoldali függelékek conserválása mellett, supravaginalis csonkolást végzünk. Sebllátás, gondos hastoilette és alapos revisio, hüvelyi- és hasfali szádlás. Műtét alatt vérátömlesztés, Locke-oldat, hypertoniás szőlőcukoroldat, cardio- és vasotonicumok.

Műtégi készítmény: A supravaginalisan csonkolt méh testének mellő falán 10 cm. hosszúságú friss műtégi seb. Baloldalt a passiv szakaszon hosszúságú 5.8 cm. hosszú, szakadozott szélű folytonossághiány, melynek környéke bevérzett. A folytonossághiány alsó szélét a csonkolás síkjától alig 1 cm. választja el. A méhtest fala összehúzódott. Üregében a funduson és hátsó falon tapadó szakadékony, bűzös lepény foglal helyet.

A beteg állapota műtét után kielégítő. Érverése teltebb. Vérnyomása: 82—108 R. R. Nem hány. A szádlók jól vezetnek. A szokott időben a peristaltika megindul. Táplálkozik. IV. nap reggel a H: 38.3, P: 120. Másnap reggel a bal közele és jobb alsó tüdőleányban tenyérnyi területen bronchopneumonia. H: 39.2, P: 130, kishullámú, elég telt. Délután peritonitisszerű tünetek. Kisebbségi elesettségek. Dyspnoe, szederjesség. Vérátömlesztés, szőlőcukor, cardio- és vasotonicumok, cseppklyma. A collapsus átmenetileg javul, pulsusa teltebb. Hüvelyi és hasi szádlók jól vezetnek, ezért nem bolygatjuk. A VI. nap az állapot ismét rosszabbodik. Tüdőbeli beszűrődés mindkét oldalt növekedik. A VII. nap éjjel meghal. Boncolás nem történt.

Az eset epikrisisében megemlíthetőnek tartjuk, hogy a kétoldali bronchopneumoniával párhuzamosan lassan kúszó peritonitis volt jelen. Mindkettő egyéb tényezők mellett, karöltve vette igénybe a beteg erőbeli állapotát. A peritonitis keletkezésében, mint fentebb mondtuk, a bennmaradt méhcsomoknak is része van.

A következő két esetben, melyek időrendi sorrendben is egymásután kerültek észlelésre, ezt ki tudtuk iktatni. Ugyanis a kiterjedt méhsérülés miatt mindkét esetben a méhet in toto el kellett távolítanunk. Ilymódon a sérült méh teljes eltávolításának előnyös volta eseteinkben is igazolást nyert.

2. Sz. J.-né 32 é. III. P. 1937. III. 29-én 11 órakor vétetett fel. Két rendes szülés; gyermekei élnek. Utolsó vérzésére nem emlékszik. III. 28-án 6 órakor kezdett vajudni. 2 óra múlva burokpedés. 12 órakor miután a jó fájások ellenére a szülés nem haladt, a baba orvost hívatott, aki másfél óra alatt 1.5 gr. chinint adott, később pedig többször glanduitrint is befecskendezett. Heves fájások jelentkeznek. Több ízben belső vizsgálat. Közben a heves fájások renyhülnek. Miután a méhszaj tűnőfélben volt, ezért több ízben expressiót kísérelt meg (III. 28. 19 órakor). Azóta fájásai nincsenek, éjjel többször hányt, csuklott. Gyakran száradul, nem tud vizelni. Vérzést nem tapasztaltak.

Jelen állapot: Magas termetű nő, sápadt, elesett. Többször csuklik, hány. Nyelve nedves, tiszta. Hasa elődomborodik, kissé feszes. Felső harmadán és kétoldalt meteorismus. Köldökig érő telt hólyag. Csapoláskor kb. 4–500 ccm. véres vizelet ürül. A köldök fölött és tőle lefelé, közvetlenül a bőr alatt magzatrészek tapinthatók. Fölfelé és kétoldalt az erősen összehúzódtó méh található a kinyúlt, feszes rotundumokkal. Előlekvő rész a bemenetben a kisebb segmentumával rögzült, kemény fej. Fájások nincsenek. Szívhangok nem hallhatók. Medence: 24–29–31–20. H: 37.9, P: 120, kishullámú, közepesen telt. Vérnyomás: 85–100 R. R.

Az áthatoló méhruptura miatt, mely bár kb. 15 órának vehető, rögtön laparotomiát végzünk. A hasüreg megnyitása után kb. 5–600 ccm. szabad, részben alvadttá távolítunk el. A hashártya mindenütt sima, fénylő. A méh passzív szakasza mellül a boltozattól kezdve egész hosszúságában folytonossághiányt mutat, melyen át macerált magzatrészek nyomulnak a hasüregbe. A 3700 gr. súlyú, 56 cm. hosszú, 38 cm. fejkörületű macerált leánymagzatot a méhrepedés nyílásán át könnyen eltávolítjuk, a bűzös, szakadozott, levált lepénnyel együtt. Utána a méhet teljes egészében *exstirpáljuk* a kétoldali függelék megóvásával. Műtét közben transfusio, hypertoniás szőlőcukor-oldat. Sebellenítés, hasi toilette és gondos revisio (hólyag, bél, stb.). A hasüreget a hüvely és has felé szélesen szádozzuk. Cardio- és vasotonicumok, Locke-oldat.

Műtéti készítmény: Az összehúzódtó állapotban lévő 14x23x10 cm. nagyságú méh alsó szakaszának mellő falán 8 cm. hosszú, zúzott, szakadozott szélű folytonossághiány, melynek környezete főleg kétoldalt erősen bevértzett. A sérülés egészen a portio vaginalisnál kezdődik. A készítményen a szétvált sérülést széléit ujjnyi széles hüvelyfalgyűrű tartja össze (lásd 1. sz. ábrát).

A műtét utáni lefolyás hőmenete 12 napon át continua typust mutat. Az érverés szapora, 120 körül, később 108–112-re csökken. Az első napokban a hashártyaizgalom jelei. A peristaltika kellő időben megindul. A hatodik napon jobboldali féltényéri pneumoniás góc. A szükséges medicatio támogatására az V. és IX. napon vérátömlesztés. A szádlók mindig jól vezetnek. A megfelelő időpontban reductio, majd eltávolítás. A VIII. nap vizeletcsurgás a hüvelyen keresztül. Typusos időben jelentkező hólyag-hüvely sipoly, melynek oka nyilván a magzati fej nyomása. Állandó katéter. A XI. napon a jobb alsó végtagon thrombosis, a XIV. napon a pneumoniás góc teljesen eltűnt. A XV. napon bal alsó végtag thrombosis. — A beteg a 48. napon felkel. A hólyag kapacitása 150 ccm. Telődése a szokott folyadékfogasztás mellett 1–1½ óra alatt. Fennjáró állapotban is continens. Cystoskopia: a hólyag nyálkahártyája főleg a trigonum területén vérbő. Szabályos ureteractio. Jóval a trigonum felett, majdnem a középvonalban lencsényi, heges szélű folytonossághiány. — Későbbi sipolyműtét szükségességére kioktatva, rendes műtét utáni statussal a 60-ik napon gyógyultan hazabocsájtjuk.

3. A. J.-né, 33 é. IV. P. 1938. III. 14-én 16 óra 45 percor orvos a azzal szállítja be az osztályra, hogy aznap délelőtt 11-kor folyt el a magzatvíz s ugyanakkor szülőfájások indultak meg. Az előhívott baba rendellenes fekvésre gyanakodva, értesítette. Kétszer belső vizsgálatot végzett, a magzatot jobb karral előesve, harántfekvésben találta. Kezdetől fogva nagyon erős, gyakori fájások. Beszállítás előtt szívhangokat nem hallott. — Három spontán szülés (egy farfekvéses). Utolsó vérzése 1937. június 14-én.



1. ábra.

Jelen állapota: Alacsony, gyengén táplált nő. A magzat I. dorsoanterior elhanyagolt harántfekvésben, előesett jobb-kéz. Szívhangok nem hallhatók. Jobb váll erősen beékelődött, *fenyegető méhruptura tünetei*. Medence: 27–27.5–29–18. H: 37.4, P: 80. 2–3 perces heves, szinte viharos fájások. Méhszaj tűnőfélben.

Mély narkosisban kíméletesen a magzatot Braun-horoggal decapitáljuk. A törzs és fej eltávolítása után (halott, érett fiúmagzat) azonnal kisebb fokú vérzés indul meg, mely rövidesen megszűnik. 15 perc múlva lepény megszületése után a vérzés erősebben megismétlődik. Érverése 120, könnyen elnyomható, kisméretű elesettség. Aortacompressort helyezünk föl. Feltáráskor és letapintáskor látszik, hogy baloldalt a méhszájtól kezdődően, felfelé az activ szakaszra terjedő áthatoló sérülése van. Erős nyomókötés. Mialatt laparotomiához készülünk, vérátömlesztés.

A has megnyitása után kb. 700 ccm. szabad vért távolítunk el. A méh bal széle csaknem a tubasarokig terjedőleg szabálytalan, szakadozott, bevértzett szélű, a hasüreggel közlekedő sérülést mutat. A sérülés a rongyszerű, papírvékony passzív szakaszról tehát az activ szakaszra is ráterjedt. A bal függelékek is leszakadtak. A bal ureter méhmelletti szakasza kb. 4–5 cm. hosszúságban csaknem szabadon látható, a fölötte húzódo, lüktető bal art. uterinával. A sérülés környéke erősen bevértzett. Nemcsak a méh falán, hanem a hólyag, sigma és falishártya alatt is. *Teljes méhkiirtást végzünk*, a jobboldali adnexamok megtartásával. A műtét jelentéktelen vérvesztéssel történik. Tökéletes vérzéscsillapítás és gondos revisio. Hastoilette. Széles hüvelyi és hasfali szádlás. Steril Locke-oldat bőr alá, hypertoniás szőlőcukor-oldat érbe, cardio- és vasotonicumok.

Műtéti készítmény: 16.5x24.5x10.5 cm. nagyságú méh. A méhtest összehúzódtó állapotban. A méhnyak petyhüdt, alsó harmada szinte papírvékony. Bal szélén a lig. rotundum eredéséig szabálytalan, szakadozott, helyenkint zúzott szélű, bevértzett, 15 cm. hosszú traumás eredetű folytonossághiány. A sérülés környezetében a méhfal szövete kb. 2–3 ujjnyi szélességben bevértzett. A méhtest fundusának bal sarkán az ugyancsak bevértzett függelékek foglalnak helyet. (Lásd 2. sz. ábrát.)

A beteg műtét után 3 órával elesett, érverése 130 körül, könnyen elnyomható, kishullámú. A vérátömlesztést megismételjük, hypertoniás szőlőcukor-oldat érbe, stb. Állapota ettől kezdve fokozatosan javul. A gyógyulás — leszámítva néhány lázas hőemelkedést, — szinte szövődmenyeteiennak mondható. Bőséges táplálás, roborálás (vaskészítmények nagy adagban). A 16-ik napon fölkel, a 22-ik napon gyógyultan távozik.



2. ábra.

Kérdés most már, melyek legyenek azok az esetek, amelyek ellátásában ily módon járjunk el. Erre nézve különbözőek a felfogások. Vannak, akik 6 órán túli áthatoló ruptura eseteket már műtetre nem tartanak alkalmasnak s ilyenkor csak tamponálást ajánlanak. Viszont vannak, akik 24 órán túli esetekben is operálnak. Ilyen esetekben ugyan kisebb eredménnyel, de mégis nagyobb, mintha nem operálnának (Schütte). A kölni klinikáról H. E. Scheyer irányadónak tartja ilyenkor a beteg általános állapotát, a méhrepedés és a műtét közt eltelt időt. A mi álláspontunk is ez. Ha a beteg erőbeli állapota kielégítő, annak ellenére, hogy a ruptura régebben is történt, a műtétet javalltnak tartjuk, mint ahogy a második esetünkben is láttuk. Ha azonban a fertőzés annyira elhatalmasodott (sepsis, peritonitis stb.), vagy ha a shock és anaemia következtében irreversibilis elváltozások (pl. hosszantartó súlyos szívgyengeség és szívelégtelenség tüdővizenyővel) keletkeztek, akkor természetesen nagyobb beavatkozás szóba sem jöhet. Mindenesetre az kétségtelen — s ebben a vélemények megegyezők, — hogy a korai esetek azok, amelyeknek kilátásai a legjobbak. Éppen azért igyekezni kell — s ez főleg a gyakorló orvos szempontjából fontos — minden esetet korán felismerni s azonnal intézetbe juttatni, ahol ilyen esetet el tudnak látni. A szállítás lehetőleg mentőautón történjék. Ha a méhrepedés magánháznál történt s a szállítás valamilyen oknál fogva nem lehetséges (szállító eszköz hiánya, vagy a szülő nő nagyon súlyos állapota), ilyenkor a tennivalókat illetően a szülészeti tankönyvekben foglaltakra utalunk.

A méhrepedés beállta előtt — egyes kivételes eseteket leszámítva, pl. a méh fejlődési rendellenességeiben a méhfal szövetének egyéb kóros elváltozásai kap-

csán keletkező rupturáknál — olyan tünetek jelentkeznek, melyek fenyegető méhrepedés jelei név alatt szerepelnek. Ezeknek a jelenléte a pontos észlelőnek nem fogják kikerülni a figyelmét, annál is inkább, mivel ez az időszak nem tart rövid ideig. Annál kevésbé kerülheti ki a figyelmet a már meglévő méhrepedés, amelynek legtöbbször jelenlevő tünetei mindenki előtt ismeretesekek.

Vannak azonban esetek, amikor az összes tünetek nem észlelhetők s ilyenkor a rupturát illetően kétségek merülhetnek fel. Így pl. a Stoeckel által is említett „hegrepedés” (előző sectio caesarea, myoma kihámozás utáni hegek) esetén. Ilyenkor a hegyszövet lassan, fájdalmatlanul és szinte tünetmentesen válik szét és vérzés többnyire nincs (Mikulicz-Radecki).

Kétes esetekben Höhne és Zorn ajánlatára megpróbálható 0.25 ccm. hypophysis hátsólebeny készítménynek érbeadása. Ha nem jelentkezik méhösszehúzóds, ez ruptura mellett szól. Néha befelé történő vérzések esetén a subperitonealis vérömlenyek nyomása következtében a megfelelő oldali alsó végtagon fájdalom jelentkezhet. Bizonyos alkalommal mint korai tünet ugyancsak értékesíthető a Peham-L. Kraul által leírt meteorismus, mely gerincvelői reflexnek fogható fel. Ezt egyik esetünkben (2. sz. eset) mi is észleltük. E jelenség egyébként patkányon kísérleti úton is előidézhető (L. Kraul). A meteorismus már fél óra múlva is mutatkozhat. A belek atóniásak, peristaltikájuk csökkent. S minthogy ez rövid idő alatt jön létre, nem peritonitises, hanem mint említettük, reflex jelenségnek tekintendő.

Mindenesetre, mint mindig, most is hangsúlyozni kell, hogy ha a szülés befejezése már megtörtént, minden nagyobb szülészeti beavatkozás után, vagy rupturagyánús esetben a méh passiv szakaszának, továbbá a méhszájnak és hüvelyfelőli környékének kézzel letapintása sohasem mulasztandó el.

A teljesség kedvéért megemlíthetjük, hogy a nem áthatoló sérülések (incomplet) ellátásában többek szerint, élükön Stoeckel-lel a conservatív eljárások jönnek alkalmazásba: tamponade, szádlás, nyomókötés, jégtömlő. Ha azonban a vérzés nagyfokú, akkor itt is a laparotomia végzendő. Vannak (H. E. Scheyer), akik minden incomplet esetben is laparotomiát végeznek és a méhet egészében eltávolítják. Ezáltal ugyanis ilyen esetekben is sokkal nagyobb gyógyulási eredmény érhető el (R. Freund, Franz).

Összefoglalva tehát mondhatjuk, hogy az áthatoló méhrepedés kezelésében újabban a méh teljes eltávolítása bizonyult a legeredményesebbnek. Ezt saját esetünkben is bizonyítva látjuk. A súlyosan fertőzött, vagy egyéb súlyos szövődmenyekkel megterhelt esetek nagyobb műtéti beavatkozásra nem valók. A nem áthatoló méhsérülések — a vérző eseteket kivéve — conservative kezelhetők. Bár tekintélyes adatok szerint a sérült méh eltávolítása ilyenkor is jobb eredményeket ad. Éppen ezért a teljes exstirpációt ilyenkor is mérlegelni kell.

A méhrupturával kapcsolatosan támadó fertőzés, shock és heveny vérszegénység leküzdésében egyebek mellett kiváló eszköz a hypertoniás szőlőcukoroldat és a vérátömlesztés.

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

Statisztikai ábrázolással szerezhető útmutatás az orvosi kutatásban

Irta: vitéz Solth Károly dr.

Hosszas kísérletezés, vagy éveken át tartó megfigyelés adataiból gyakran vannak le következtetéseket, melyek a kérdéses jelenség lényegét nem merítik ki teljesen, csupán azért, mert a nyert adatokban statisztikailag elrejtett jellegzetességet nem ismerik fel, illetve nem tudnak azokról a módszerekről, amelyek révén kideríthetők volnának ezek a további elemzés nélkül nem nyilvánvaló törvényszerűségek.

Igen gyakran fordul elő pl., hogy a megfigyelés, a kísérleti leolvasás nem történhetik meg azonos, egyező időközökben, hanem csak egyenlőtlen időtartamok adatai állanak rendelkezésre. Az ilyen adatoknak pusztán számszerű felsorolása változatlan eredetiségükben igen ritkán ad alkalmat a kérdéses jelenség időbeli lefolyásának pontos felismerésére. Nem mutat tiszta képet és kellő felvilágosítást már azért sem, mert hiszen ilyen esetben az eredeti részletfeljegyzések legtöbbször eltérő adatai időbelileg is nagyon különböző, gyakran egymás nagyságát sokszorososan meghaladó osztályokra vonatkoznak. Az észleléskor adódott különböző töredék-eredmények tehát össze sem vehetők. Ezért szükséges a lényeg helyes megállapíthatása, illetve szabatos ábrázolása céljából az ilyen egyenlőtlen időközök adataiból kiszámítani az ú. n. reducált gyakoriságot. Nevének megfelelően ez az eljárás a feljegyzett különböző terjedelmű osztályközök (időtartamok) valamely közös alapegységnek megfelelő többszörösében kifejezett új osztálynagyságokra vonatkoztatja a számszerűségükben is eltérő eredeti előfordulásokat.

A reducált gyakoriság megállapításához először tehát a változó nagyságú osztályközöket az egységül választott közös alaposztály megfelelő többszörösében határozzuk meg. Az egyenlőtlenségüket és egymásközi viszonyukat ilyenformán már jól érzékeltető osztályközök új számbeli értékére reducáljuk azután az eredeti gyakoriságokat.

Az agyvérzések esetén beállt rosszullét és a bekövetkezett halál időpontja között eltelt időtartamra vonatkozólag v. *Novák Ernő dr.* 657 eset adatait sorolja fel. (Az agyvérzésekről O. H. 1928. 41. sz. 1153. oldal.)

A rosszullét után azonnal meghalt	4 beteg
5 percen belül	182 „
5—15 percen belül	82 „
15 perc és 1 óra között	60 „
1—2 óra között	9 „
2—12 óra között	187 „
A vérzés után 1 napig élt	79 „
A vérzés után 2 napig élt	22 „
A vérzés után 3 napig élt	13 „
A vérzés után 4—8 napig élt	13 „
A vérzés után 8—28 napig élt	6 „

A rosszullét után azonnal meghalt 4 beteget is az első 5 percen belüliek csoportjába számítva a 657 eset megoszlása és a belőlük számított reducált gyakoriság a következő lesz. L.: 1. sz táblázat.

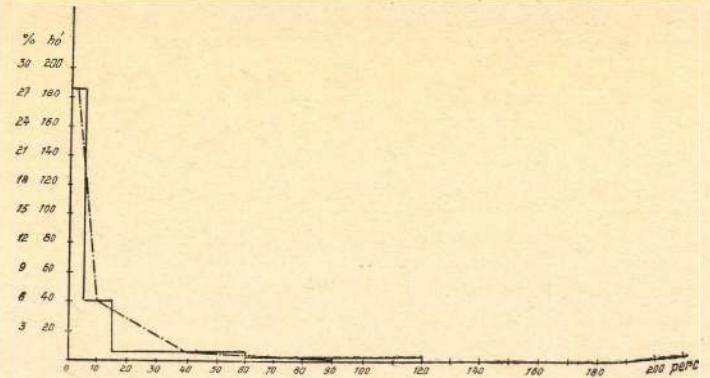
A jelenségnek azt a jellegzetességét, hogy az agyvérzés után a halál milyen gyorsasággal következik be, jól szemlélteti az 1. sz. ábra, amely ugyan az egész jelenség észlelésére fordított időnek csupán 0.29%-át, — azonban a jelenség összes eseteinek 51.3%-át tünteti fel. Erre a körülményre rámutatott már a szerző is azzal, hogy az összes halálesetek fele az első két órán belül következik be. Ez az első két óra az összes megfigyelt esetek időtartamának (a 28 napnak) azonban mindössze csak igen kicsiny töredéke (1/336-od része).

1. táblázat.

	1	2	3	4	5
	Az osztályközök eredeti nagysága	Egyes osztályközök nagysága percekben (a legkisebb osztályegységben)	Az osztályközök nagysága a legkisebb osztályközök többszöröseiben	Eredeti gyakoriság a különböző osztályokban	Reducált gyakoriság (4 : 3)
perc	0—5	5	1	186	186
	5—15	10	2	82	41
	15—60	45	9	60	6'66
	1—2	60	12	9	0'75
óra	2—12	600	120	187	1'56
	12—24	720	144	79	0'55
	24—48	1.440	288	22	0'08
	48—72	1.440	288	13	0'04
	72—192	7.200	1.440	13	0'009
	192—672	28.800	5.760	6	0'001

Az agyvérzéseskor rosszullét és a bekövetkezett halál között eltelt idő görbéje. (657 eset kapcsán.)

Az észlelési időnek csak kezdete ábrázolva.



1. ábra.

A reducált relatív gyakoriság természetesen ugyanazt a képet — ugyanazt a viszonylagos elrendezést nyújtja, mint az abszolút gyakoriságok reducált sora, — hiszen ugyanazon részek fejeztek ki ugyanazon tömegben belül, csupán százalékos értékben. (Megoszlási hányadok.)

	6	7
	Relatív	Reducált relatív (6:3)
	g y a k o r i s á g o k	
	28.3	28.3
	12.5	6.2
	9.2	1.0
	1.4	0.1
	28.4	0.2
	12.0	0.08
	3.3	0.01
	1.9	0.006
	1.9	0.001
	0.9	0.0001
	100.0	

Más esetekben a helyesen számított arányok görbéinek szokásos, azaz rendszerint használatos ábrázolása nem szemlélteti eléggé és nem fejezi ki kellő hűséggel a jelenség egyes részeinek egymáshoz való viszonyát és ennek következtében kerül sor téves ítéletekre. Így például az idő folyamán növekvő és csökkenő jelenség egyes részeinek egymáshoz való viszonya nem tüntethető fel pontosan az általánosan ismert és leggyakrabban alkalmazott aritmetikai skálán abban az esetben, mikor a jelenség időegység alatt bekövetkezett változásai igen különböző nagyságúak, esetleg egymás-

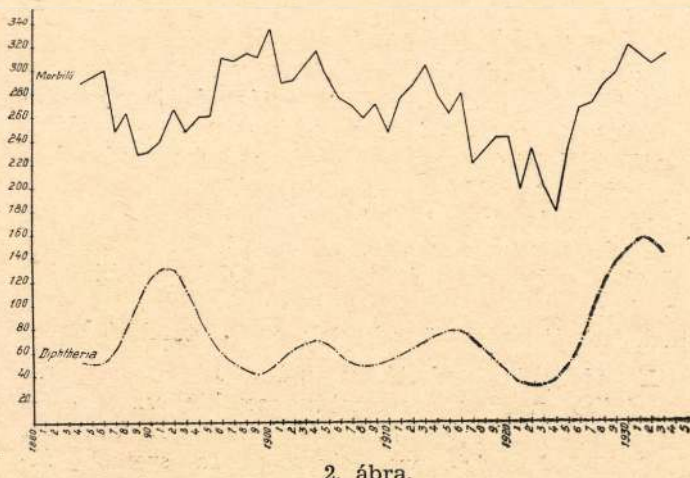
nak többszörösei. Helyes összevetés ilyenkor csak úgy lehetséges, ha az egyes részek között mutatkozó egyforma viszonylagos eltéréseket egyenlő mértékkel ábrázoljuk mindig, vagyis ha a kétszer akkora változásnak bármilyen nagy alapszámok esetén is ugyanakkora távolság felel meg az ábrán, és hasonlóképpen a háromszoros kitevő viszonybeli eltérést a háromszoros érték-hullámszámnak megfelelő azonos mérték tünteti fel, akár egyesek, akár pedig ezresek közötti háromszoros növekedésről vagy csökkenésről van szó. Ennek a viszonylagos változásnak helyesen ábrázolható kifejezésére szolgál a logaritmikus skála. Az arithmetikai skála egyenlő osztályközének nagyságát önkényesen magunk határozzuk meg és szűkebb, illetve tágabb voltukkal torzíthatjuk a görbét. Ugyanígy befolyásolhatjuk a görbe alakját a logaritmikus skála osztályközei nagyságának szintén tőlünk függő megválasztásával. Nincs azonban lehetőségünk arra, hogy a görbe egyes részeinek egymáshoz való viszonyát hamisítsuk meg a logaritmikus skálán, miután ezen a skálán az egyenlő viszonyoknak megfelelő ordinata-különbségek bármilyen nagyságú számok és bármekkora méretezett beosztás esetén is megfelelően egyformák lesznek.

Összehasonlítva pl. Budapesten 1884-től 1933-ig terjedő időközben a 15 éves koron aluliak között diagnosztizált kanyaró és diphtheria megbetegedések előfordulási arányainak görbéit, azt találjuk, hogy az arithmetikai skálán ábrázolt kanyaró-morbiditás legalább olyan mértékű variációt mutat és hullámszámot tüntet fel, mint a diphtheria megbetegedési arányainak görbéje, — holott logaritmikus skálán a kanyaró legnagyobb és legkisebb arányai között észlelhető különbségek messze mögötte maradnak a diphtheria megbetegedési arányok változásainak.

Az egyes évek arányai között fennálló variációnak a hosszabb időszak alatti változás felismerését zavaró hatása bizonyos fokig csökkentve van az eredeti adatoknak öt-évenként történt kapcsolása útján alkotott alábbi átlagarányok segítségével. (l.: 2. táblázat.)

Míg a diphtheriánál ötször nagyobb maximum következik a minimum után, pl. az 1923. és 1931. évek arányainak egymásközi viszonyában (30:150), — addig a morbillinál a legnagyobb ingadozás még a kétszeresét sem teszi ugyanabban az időben a két megbetegedési aránynak. (1924-ben, 180, 1930-ban 320.)

A 15 éven aluliak kanyaró és diphtheria megbetegedése
Budapesten.
(10.000 egyénre.)
Öt-évenkénti kapcsolással kiegyenlítve.
Arithmetikai skálán.



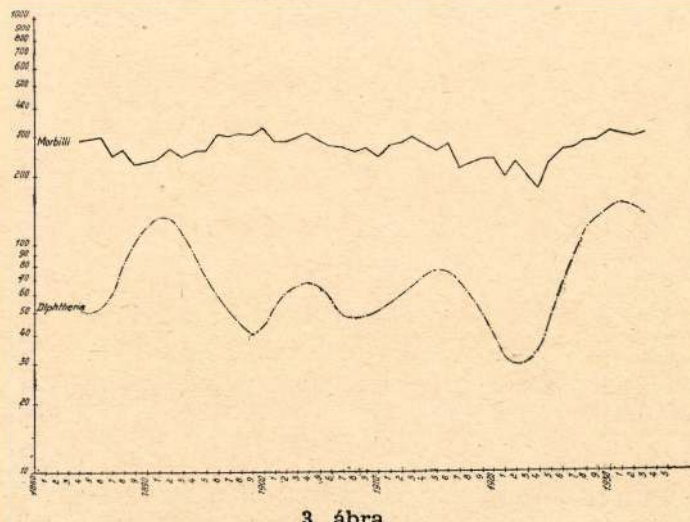
2. ábra.

A logaritmikus görbe mutatja meg tehát teljes hűséggel, hogy az összes esetek legalább 80%-át fel-
lelő fogékonykorúak diphtheriája nemcsak hogy nem csökkent egyenletesen az utolsó ötven év alatt, hanem

2. táblázat.

Évek	Diphtheria	Morbilli
1884	52.0	289.7
1885	50.6	293.7
1886	52.2	299.7
1887	60.2	248.7
1888	82.4	263.9
1889	103.5	228.8
1890	122.7	231.6
1891	131.4	241.8
1892	130.2	268.0
1893	113.9	249.5
1894	91.7	260.0
1895	70.3	262.8
1896	59.1	310.9
1897	51.1	308.9
1898	44.5	314.0
1899	40.8	312.0
1900	44.0	335.2
1901	53.7	290.3
1902	62.0	292.5
1903	65.9	304.5
1904	69.0	316.8
1905	65.7	295.1
1906	56.1	277.5
1907	48.7	271.3
1908	47.6	260.9
1909	48.7	273.1
1910	51.3	248.5
1911	55.8	277.7
1912	61.4	289.7
1913	67.7	303.8
1914	73.8	280.6
1915	77.1	264.3
1916	76.7	280.9
1917	69.2	221.7
1918	60.4	232.5
1919	50.2	243.9
1920	41.5	244.9
1921	32.7	200.6
1922	30.4	235.4
1923	30.8	202.8
1924	24.9	180.7
1925	47.9	235.8
1926	64.3	269.3
1927	91.5	273.5
1928	119.1	290.3
1929	134.6	298.4
1930	146.9	322.5
1931	155.3	314.1
1932	152.6	306.8
1933	141.5	313.7

A 15 éven aluliak kanyaró és diphtheria megbetegedése
Budapesten 10.000 egyénre.
(Öt-évenkénti kapcsolással kiegyenlítve.)
Logaritmikus skálán.



3. ábra.

éppen a legutolsó hulláma alkalmával az eddig észlelt morbiditás arányait jóval meghaladó mértékben és az előző évekhez viszonyítva sokkal nagyobb hevességgel jelentkezett; — ugyanakkor viszont a kanyaró az általa történő fertőződés szempontjából leginkább számbajövő, azaz az összes kanyaró esetek 90%-át mindig magukban foglaló 15 éven aluli korú gyermekek között az utolsó öt évtizedben nagyjában egy szinten maradt és nem mutatott a diphtheriához hasonló nagymértékű viszonylagos kilengést.

*

Az idő folyamán csökkenő, vagy növekvő jelenségeknek az egyes részlet időtartamok alatt bekövetkezett változásait kifejezhetjük, mint az egész jelenség időközönként megfelelő hányadait, — azaz mint a különböző időszakok megoszlási arányait. Megállapíthatjuk azonban, hogy a jelenség változása kezdetének időpontjától számítva a sorban egymásután következő egyes osztályokig (időpontokig) bezárólag hányadrésze változott meg már az egész jelenségnek. Az ilyen forma összegezzel növekvő részeknek a vizsgált jelenség egész tömegéhez mért viszonyait, az ú. n. summációs arányok (százalékok) fejezik ki.

A heveny kankónak sulfonamid készítményekkel történő kezelésre beállt gyógyulását *Kaló Andor dr.* az alanti adatokkal szemlélteti: (A chemotherapiás gyógyszerek a férfigonorrhoeában — O. H. 1938. 26. sz. 638. oldal.).

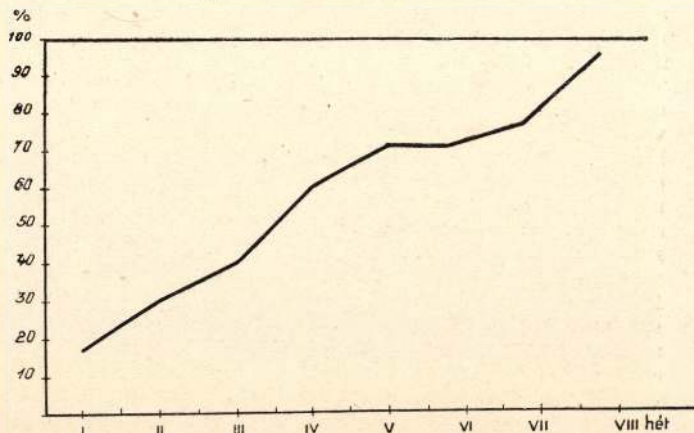
Az egymásután következő hetek alatt meggyógyultak megoszlási százalékaik.

1 hét alatt	12 beteg,	17'14	0,0
2 "	9 "	12'86	"
3 "	7 "	10'00	"
4 "	14 "	20'00	"
5 "	8 "	11'43	"
6 "	— "	—	"
7 "	4 "	5'71	"
8 "	13 "	18'57	"
Nem gyógyult	3 "	4'28	"

Az egyes hetek végéig meggyógyultak summációs százalékaik.

1 hét végéig	12 beteg,	azaz	17'14	0/0
2 "	21 "	"	30'00	"
3 "	28 "	"	40'00	"
4 "	42 "	"	60'00	"
5 "	50 "	"	71'43	"
6 "	50 "	"	71'43	"
7 "	54 "	"	77'14	"
8 "	67 "	"	95'71	"
Nem gyógyult	3 "	"		"

A sulfonamid készítmények hatása a gonorrhoea gyógyulására.
(70 eset.)



4. ábra.

Igen jól érzékeltetik ezek az összegező hányadok a kérdéses jelenség változásának az egész észlelési idő

alatt bekövetkezett teljes folyamatát s ennél fogva nagyon jól használható az ábrázolásuk útján kapott integrál görbe a jelenség időbeli lefolyása feltüntetésére.

Ezeknek a summációs százalékoknak görbe alakjában történő ábrázolása a sulfonamid készítmények hatásgörbéjét adja.

Az Erzsébet Tudományegyetem belklinikájának közleménye.
(Igazgató: Ángyán János ny. r. tanár.)

Klinikai tapasztalatok tartósabb hatású insulinnal.

Irta: *Donhoffer Szilárd dr.* és *Halász Mihály dr.*

Az insulinhatás gyors lezajlása a gyógyításban kettős nehézséget és kellemetlenséget okoz. Egyrészt a legtöbb esetben naponta többszöri befecskendezést tesz szükségessé, másrészt a befecskendezést követő heves vércukoringadozások során gyakran jelentkeznek hypoglykaemiás tünetek, nem egyszer olyan betegen is, ki a nap legnagyobb részében magas vércukorszint mellett bőven ürít cukrot. Érthető tehát, hogy rövidesen az insulin felfedezése után már törekedtek kevésbé hirtelen, de tartósabb és egyenletesebb hatású insulin előállítására. 1923-ban *Campbell* 20%-os gummiarabicumban adott insulint, *Hedvall* 1925-ben az insulinnak olivajjal keverésével egyikezett ugyanezt a célt szolgálni; a klinikai gyakorlatban azonban sem ezek a módszerek, sem pedig a *Bernhardt* és *Strauch* ajánlotta eljárás, mely vivőanyagként myricin-cholesterin-olivaolajos keveréket használt, nem vált be; a hatás ugyan gyakran tartósabb, de igen egyenlőtlen volt. Később ugyanezen az úton továbbhaladva *Klein* és *Grosse* (1936) lecithin, natriumoleat, oxybenzoesavas aethylester és saponin felhasználásával „Insulin Durante” néven néhány valóban tartósabb hatású insulint állított elő, melyek klinikailag is jól használhatók és melyekkel az insulinbefecskendezések számát tetemesen le lehetett csökkenteni.

Clausen minimalis adrenalint, *Brunnengraber* pedig hypophysis hátsólebelnyivonatot adott az insulinhoz. Az utóbbi „Deposulin” néven kerül forgalomba és a gyógyításban is jól használható, ellenben az adrenalinnal, illetőleg az egyes adrenalinszármazékokkal előállított készítmények a hatás tartóssága szempontjából — mint arról a pécsi belklinikán meggyőződhattunk, — teljesen megbízhatatlanok.

Gray ismét más lehetőséget keresve insulintannát alkalmazásával ért el protrahált hatást és insulinmegtakarítást. A tanninos insulinnak hátránya — legalább is saját kísérleteink szerint, — hogy alkalmazása helyén kisebb-nagyobb reakciót okoz, úgy hogy gyakorlati alkalmazása nem kerülhet szóba.

Gyakorlati szempontból ugyancsak nem vezetett eredményre *de Jongh* és *Laqueur* (1925) próbálkozása sem, kik *Campbell* gummiarabicumos insulinját proteinek hozzáadásával igyekeztek egyenletesebbé tenni.

Hagedorn és munkatársai az insulint salmo iridius spermájából nyert protaminokkal kombinálva megbízhatóan tartós és egyenletes hatású insulint állítottak elő. A Hagedorn-féle protamin-insulinnal szerzett klinikai tapasztalatok egybehangzóan kedvezőek voltak, sőt *Joslin* egyenesen korszakalkotónak nyilvánítja. *Hagedorn*nal egyidőben egészen más úton haladva *Scott* megállapítja, hogy 0.01% zinket tartalmazó insulin hatása tartósabb és egyenletesebb; a zink egymagában,

vagy az insulinnal egyidőben, de más helyen adva teljesen hatástalan. A zink eme hatásának és a protamininsulinnak kombinálása vezetett a ma leginkább használatos protrahált hatású insulinkészítményhez, a protaminzink-insulinhoz. A tartós hatású insulinnal foglalkozó szerzőknek jóformán mindegyike igen kedvezően nyilatkozik a protaminzinkinsulinról és a protamininsulinnál jobbnak nyilvánítja; kedvező tapasztalatairól számol be Horn is az O. H. hasábjain.

A pécsi klinikán az elmúlt évben több beteg részült protaminzinkinsulin kezelésben. Az esetek nagyrésztében a Richter gyár, néhány esetben a Chinois gyár volt szíves a szükséges insulinnemennyiséget a klinika rendelkezésére bocsátani. Megállapíthatjuk, hogy a készítmények kellemetlen mellékhatást nem okoznak, megbízhatók és megfelelnek a külföldi készítményeknek.

A protaminzinkinsulint korán, egy-két órával a reggeli előtt fecskendeztük be; az előzetesen közönséges insulint használó betegeknek az insulinszükségletnek körülbelül kétharmadát adtuk protaminzinkinsulin alakjában és még két-három napon át naponta egyszer vagy kétszer csökkenő mennyiségű rendes insulinnal egészítettük ki. Kezeletlen cukorbetegségeknél protaminzinkinsulinnal egyensúlyba hozatala nem igényel a megszokottnál hosszabb klinikai megfigyelést. Ismeretes insulinszükségletű cukorbetegnek protaminzinkinsulinos kezelése során az irodalom adataival egybehangzóan megállapíthatjuk, hogy az utóbbiból kevesebb szükséges a szénhidratanyagcsere egyensúlyának biztosításához, illetőleg, hogy azonos mennyiségű protaminzinkinsulin mellett jelentékenyen nagyobb szénhidratmennyiség volt adható. Az irodalom adatai szerint az insulin szükséglet csökkenése kb. 30%; ez megfelel saját megfigyeléseinknek is, melyek száma azonban nem elég nagy ahhoz, hogy a belőlük számított százalékos csökkenést általánosságban mérvadónak lehetne tekinteni. Egyes esetekben azonban az insulinszükséglet csökkenése igen nagymérvű, pl. azonos étrend mellett napi 105 E. helyett 50 E., úgy hogy a protaminzinkinsulinra áttérés még a jelenlegi nagyobb ár ellenére is gazdaságos volt. Tekintettel arra, hogy az esetek nagy részben a tapasztalatok mindenben fedték a kérdéssel foglalkozó külföldi szerzők adatait, ezek részletes ismertetése felesleges, így elégséges annak megemléke, hogy hónapokon keresztül tartó alkalmazás sem jár kellemetlen következményekkel, hogy minden esetben napi egy befecskendezés elégségesnek bizonyult és hogy közönséges insulinnal kiegészítő alkalmazása elkerülhető volt.

A diabetesesek nagy többsége közönséges insulinnal is könnyen hozható és tartható egyensúlyban; ezekben a protaminzinkinsulin inkább csak a beteg kényelme szempontjából jelent — természetesen nem lekicsinyelendő — előnyt. A legnagyobb szükségét azokban az aránylag csekélyszámú esetekben érezzük, melyekben az egyensúlyi helyzet rendkívül labilis és melyekben hypoglykaemia és maximális hyperglykaemia és jelentős glykosuria állandóan váltakozik. Sajnos éppen ezekben az esetekben nem ítélik meg egyöntetűen a protaminzinkinsulin és általában a tartós hatású insulin használhatóságát. Falta az ilyen esetekkel kapcsolatban egyenesen csalódásról beszél. Ezért a pécsi belklinikai évek óta állandóan ellenőrzött és fekvőbetegként többször hosszú ideig megfigyelt betegek közül több e labilis típusú tartozó betegen megkíséreltük a protaminzinkinsulin alkalmazását.

1. W. F. 48 éves férfi, 13 éve áll a belklinikai ellenőrzése alatt. Ez idő alatt napi 50–60 g fehérje, 120 g szénhidrát és 2400 kalória mellett napi 60–80 E insulint kapott. Insulinadagját ez idő alatt napi 3–4 részben, különböző elosztásban kapta anélkül, hogy a vizelet cukormentességét elérni sikerült volna. Napi vércukorgörbéjük csúcspontja mindig meghaladta a 300 mg^o-ot, mélypontja elérte a 70–80 mg^o-ot, sőt gyakran hypoglykaemiás rohamok kíséretében ennél jóval alacsonyabb is volt. Az elérhető optimális helyzetben a kiürített cukormennyiség egy héten belül a következőképp ingadozott:

	Maximum g	Minimum	Napi átlag g	Insulin E
1928	33	0	13	40
1930	45	1	15	60
1938	48	10	20	50

Ilyen glykosuria mellett sűrűn előfordultak hypoglykaemiás reakciók és ezek miatt kereste fel a beteg ismét a klinikát. Közönséges insulinnal jobb helyzetet teremteni nem sikerült, ezért 60 E protaminzinkinsulint adtunk és étrendjének szénhidrát-tartalmát 120 g-ról 250 g-ra növeljük. Az étrendi változás egymagában az insulinszükséglet növelésén kívül nem változtatott a beteg állapotán. Napi 60 E protaminzinkinsulin mellett néhány nap alatt a kiürített cukor mennyisége 15–20 g körül állandósult és a hypoglykaemiás tünetek teljesen elmaradtak, bár a vércukorszint továbbra is tág határok között ingadozott. A magát étrend és glykosuria szempontjából gondosan ellenőrző beteg később otthon csak néhány napos időközökben ürített a nap egyik, vagy másik szakában cukrot. Később hypoglykaemiás tünetek jelentkezése miatt a protaminzinkinsulin mennyiségét 50, majd 45, végül 40 E-re csökkentettük. Két hónap óta 40 E mellett csak elvétve jelentkezik glykosuria, a 24 óra alatt kiürített cukor mennyisége legfeljebb 5 g, az előzetesen állandóan 300 mg^o-nál jelentékenyen magasabb éhgyomri vércukorszint a 200 mg^o-ot sem éri el. Hypoglykaemiás tünetek csak elvétve jelentkeznek és cukorfogyasztásra rövidesen megszűnnek, igaz, hogy a beteg megfigyelése szerint több cukrot kell elfogyasztania, mint régebben a közönséges insulinnal okozta hypoglykaemiában, noha a tünetek jóval enyhébbek. Amíg több protaminzinkinsulint kapott néhány órán keresztül újra, meg újra ismétlődött a hypoglykaemiás gyengeség és izzadás enyhe zavartsággal és többszöri cukorfogyasztásra volt szükség. Epi-krisis: 120 g szénhidrátot élő beteg 60 E közönséges insulinnal jelentékeny cukorvétel mellett állandó, súlyos tünetekkel járó hypoglykaemiákkal küzdött; napi 40 E protaminzinkinsulin és 250 g szénhidrát mellett többnyire aglykosuriás, vércukorszintje szűkebb határok között ingadozik, hypoglykaemiás tünetek csak ritkán és enyhe formában jelentkeznek.

2. K. S. 42 éves férfi, ki 8 éve áll a klinika megfigyelésében. Eleinte napi 30–40, majd később 60 E insulinnal könnyen volt egyensúlyba hozható, s tág határok között ingadozó vércukor mellett is csak időszakosan ürített kevés cukrot és hypoglykaemiás tünetek is csak elvétve és enyhe formában jelentek. 1933-ban időnként eszméletlenséggel járó görcsei voltak, melyek a klinikai vizsgálat alapján hypoglykaemiára vezetendők vissza. Ekkor az étrend (60 g fehérje, 120 g szénhidrát, 2400 kalória) és az insulinnapszakokra való különböző elosztása és az insulinnak 80 E-re növelése ellenére is 40–60 g cukrot ürít naponta és alig telik el nap hypoglykaemia nélkül. Ez idő óta bár voltak időszakok, melyekben klinikai ápolás mellett a táplálék és az insulinnal optimális elosztásával aglykosuria volt elérhető súlyosabb hypoglykaemiás tünetek jelentkezése nélkül, állapota lényegében nem változott. Az étrendjét nagy lelkiismeretességgel betartó beteg különösen munka során hol eszméletlenséggel járó hypoglykaemiában szenved, hol több százalék cukrot ürít. 1938. áprilisában ismétlődő hypoglykaemiás coma miatt 70 gr. fehérjét és 250 gr. szénhidrátot tartalmazó étrendet adunk. Napi 80 E insulinnal mellett a 24 óra alatt kiválasztott cukor mennyisége 0 és 80 gr. között váltakozik és elég sűrűn jelentkezik kellemetlen — bár eszméletlenséget nem okozó — hypoglykaemiás állapot. Áttérve napi 55, majd 50 E protaminzinkinsulinra, a glykosuria 10–25 gr. között ingadozik, a vércukorszint kilengései csökkennek és hypoglykaemiás tünetek sem jelentkeznek. Otthonába visszatérve, a beteg többnyire aglykosuriás, de ismét jelentkezik enyhe, de csak nagyobb cukormennyiségre szűnő hypoglykaemiás jelenségek, melyek

azonban a beteget munkájában nem zavarják. A protaminzinkinsulin mennyiségét 40, majd 35 E-re csökkentve, a beteg többnyire nem őrít cukrot és csak igen elvétve mutatkozik 20 gr-nál nagyobb glykosuria és hypoglykaemia is ritkán és csak éhség és kisfokú izomgyengeség alakjában jelentkeznek. Súlyosabb hypoglykaemiás jelenségek az elmúlt négy hónap alatt egyszer sem voltak.

Epikrisis: 80 E. közönséges insulin mellett jelentős glykosuriában és eszméletlenséggel járó hypoglykaemiában szenvedő beteg napi 35–40 E. protaminzinkinsulinra csak elvétve őrít jelentősebb mennyiségben cukrot és súlyosabb hypoglykaemiás tünetektől teljesen mentes marad.

3. Sz. J. 43 éves nő. 3 éve áll a klinika észlelésében. 1935-ben napi 60 gr. fehérje, 120 gr. szénhidrát és 2200 caloria mellett napi két, illetve időnkint három részletben adott 55 E. insulinnal aránylag könnyen volt egyensúlyba hozható; később egyre sűrűbben jelentkeztek hypoglykaemiás tünetek, viszont az insulinadagok csökkentése jelentős cukorürítéssel járt. Két éven át elég sűrűn jelentkező, de enyhe és kevés cukorral jól szüntethető hypoglykaemiás tünetek árán legfeljebb néhány gramm cukrot őrített. 1938. január elsején a hypoglykaemiás jelenségek miatt más helyt napi 20 E-gel csökkentették insulinadagját, mire állapota rohamosan romlott és hat héttel később súlyos acidosis állapotában került ismét a klinikára. Ekkor több mint két havi észlelés során megfigyelhetjük, hogy fenti étrenden napi 3 adagban adott 60 E. közönséges insulin tekinthető optimalisnak. Ily kezelésre csak a nap egyes szakjaiban őrített cukrot; ennek napi mennyisége a 10 gr-t nem haladta meg és hypoglykaemiás tünetek is csak könnyen szűnő izomgyengeség, izzadás és szédülés alakjában jelentkeztek. 70 gr. fehérjét, 250 gr. szénhidrátot és 2200 caloriát tartalmazó étrenden 75 E. insulin mellett a glykosuria majdnem teljesen eltűnik és hypoglykaemia is ritkábban jelentkezik. Zinkprotamininsulin (40 E.) és azonos étrend mellett csupán a nap egyes szakjaiban őrít kevés cukrot és a hypoglykaemiás jelenségek teljesen elmaradnak. A betegnek protaminzinkinsulinnal való ellátása otthon nehézségbe ütközvén, a klinikai észlelés utolsó hetében változatlan étrendhez ismét közönséges insulint kap, melyből napi 55 E. bizonyul elégségesnek. Hat héttel később ismét a klinikára kerül azzal, hogy vizeletében majdnem állandóan talál cukrot és hetenként két-háromszor hypoglykaemiás tünetek is jelentkeznek. Ekkor 60 E. protaminzinkinsulint adunk, mire a néhány százalékos kitevő glykosuria rövidesen csökkent, a klinikáról való távozásakor napi 10–20 gr. között ingadozik, majd otthon tovább csökken és a protaminzinkinsulinos kezelés harmadik hetében már csak elvétve, a nap néhány órájában jelenik meg cukor. Ugyanez a helyzet jelenleg is, két hónap elteltével. Hypoglykaemiás jelenségek a protaminzinkinsulinos kezelés alatt egyetlen egyszer sem mutatkoztak.

Epikrisis: Közönséges insulinnal mérsékelt glykosuria mellett is gyakori enyhe hypoglykaemiában szenvedő beteg protaminzinkinsulinra csak elvétve őrít kevés cukrot és hypoglykaemiás tünetektől teljesen mentes.

E néhány eset is elegendő annak bemutatására, hogy ellentétben *Falta* megfigyeléseivel, éppen igen labilis egyensúlyú cukorbetegségeken igen kedvező eredmények érhetők el protaminzinkinsulinnal. *Boller* és *Pilgerstorferrel* egyetértve fontosnak tartjuk azonban, hogy a protaminzinkinsulinra való beállítás magas szénhidrát-tartalmú étrenden történjék, mert ezzel tapasztalásunk szerint az irodalomban ismertett hosszú, súlyos és nehezen befolyásolható hypoglykaemiák elkerülhetők. Kétségtelenül megállapítható, hogy a protaminzinkinsulin kezelés során jelentkező hypoglykaemia csak nagyobb és gyakran csak többszöri cukorfogyasztással szüntethető meg, ezzel szemben a tünetek jelentkezése is kevésbé hirtelen. A beteg által észre nem vett módon kifejlődő és azonnal zavartságban vagy eszméletlenségben jelentkező hypoglykaemiás rohamok közönséges insulin használatkor aránylag ritkák; a tartós hatású insulinok úgy látszik gyakrabban vezetnek észrevétlenül fejlődő hypoglykaemiás állapothoz. Saját tapasztalásunk szerint az irodalom ezt a veszélyt túlbecsüli. Protaminzinkinsulin után a hypoglykaemiás

jelenségek is mintegy lassított filmként peregnek le és hypoglykaemia tekintetében tapasztalt betegek minden esetben korán és helyesen észrevették a hypoglykaemiás tünetek jelentkezését, sőt egyenest előnyként említették, hogy bár többször kell ilyenkor cukrot enniük, erre bőven van idejük anélkül, hogy a tünetek észrevehetően súlyosbodnának. Hasonló megfigyelést tett a 2. alatt ismertett beteg is, ki közönséges insulin használatkor gyakran szenvedett pár pillanatnyi aura után epileptiform roham alakjában jelentkező hypoglykaemiában. Másképp áll a helyzet olyan betegek esetében, kik sohasem szenvedtek el hypoglykaemiás jelenségeket. Ezekben valóban a tünetek lassú fokozatos fejlődése miatt előfordul, hogy a beteg figyelmét elkerülik. Fontos tehát, hogy protaminzinkinsulin adása esetében különösen az ilyen beteg fokozott orvosi megfigyelésben részesüljön és a közérzetben jelentkező legkisebb változás esetében is a hypoglykaemia lehetősége szem előtt tartassék és vércukor-meghatározás végeztessek. Az éjszakai hypoglykaemia esetleges veszedelme miatt ügyelni kell arra is, hogy este megfelelő mennyiségben fogyasszon a beteg szénhidrát-tartalmú ételt. Az ajánlott magas szénhidrát-tartalmú étrenden ez egyébként magától adódik.

Tapasztalásainkat összefoglalva tehát megállapíthatjuk, hogy a protaminzinkinsulin nem csak könnyen egyensúlyozható esetekben jelent a beteg számára a befecskendezések számának csökkentése révén fokozottabb kényelmet, hanem labilis betegekben ezen felül az egyensúlyi helyzet állandósítását is eredményezheti. Éppen ezért a protaminzinkinsulin a diabeteskezelés olyan értékes eszközének tekintendő, melyek alkalmazásáról egyébként nehezen szabályozható esetekben lemondani hiba volna. Kívánatosnak és szükségesnek kell mondanunk tehát, hogy a protaminzinkinsulin használatát a közalap terhére is engedélyeztessék.

A Ferencz József Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: Kramár Jenő ny. r. tanár.)

A természetesen és mesterségesen táplált csecsemő kén- és fehérje-anyagcseréje.

Írta: Blazsó Sándor dr. egyet. tanársegéd.

Az ideális mesterséges tápláléknak, ill. a női tej pótlásának kérdése az utóbbi időben sokat haladt. Előre vitték azok a vizsgálatok, amelyek a tehéntej és a női tej közti különbséget bakteriologiai, kémiai és physicalis-kémiai szempontból részletes vizsgálat tárgyává tették. E különbségek egy része nem jelentős, ill. ha az is, könnyűszerrel kiegyenlíthető: ilyenek a tej alkatrészeinek arányában, a kémhatásban, a zsír állapotában, a fermentumokban, a baktériumtartalomban kimutatható különbségek. Vannak azonban olyan különbségek, amelyek már nagyobb problémát jelentenek: első helyen a két tejfajta fehérjei közti kvalitatív különbség: a női tej albuminos tej, a tehéntej caesinos tej. Ismeretes, hogy a caesint a szervezet nehezebben használja ki, mint az albumint. Azt is tudjuk, hogy a rossz kihasználásnak oka nem a bélben van, mert bár a caesinnek a gyomorból való ürülése elhúzódott, végeredményben a két fehérjeféleség közt a resorptio szempontjából nincs különbség. A különbségnek tehát a közti anyagcserében kell lennie. Hogy ez miben áll, arra eddig támpontunk nem volt.

A fejlődő szervezet kén-anyagcseréjével foglalkozó vizsgálataink során olyan tényre bukkantunk, mely alkalmas arra, hogy világot vessen e különbség okára s egyben érdekes betekintést engedjen a szopósés mesterségesen táplált csecsemő fehérje-anyagcseréjébe. Említett vizsgálatunkban ugyanis a kénanyagcserén keresztül követtük a fehérjeanyagcserét. Hiszen ismeretes, hogy ezen az úton épp úgy kaphatunk képet a fehérjeanyagcseréről, mint a szokott módon, a N mérleg vizsgálatával, sőt az így kapott kép még értékesebb, mert a fehérjéknek kéntartalmú, tehát leghasznosabb részéről kapunk felvilágosítást.

E vizsgálatok során többek közt kiderült, hogy a gyermekek s a szopós csecsemők kén-mérlege közt határozott különbség van. A csecsemő a táplálék fehérjéként csaknem teljes egészében (90%-ban) visszatartja, ellenben a gyermek ezt már jóval kisebb mértékben (átlag 15%-ban), a felnőtt még ennél is kisebb fokban (3–5%-ban) teszi. Minthogy a csecsemőkörben a N-mérleg segítségével megállapított fehérje-retentio általában ennél jóval kisebb szokott lenni (45% körül), azt kell következtetnünk, hogy a csecsemő a táplálék fehérjéjének elsősorban kéntartalmú részét retineálja s hogy a gyermek és a felnőtt ilyen képességgel már nem bír. Ez a megállapítás teljes összhangban van a csecsemő rendkívül gyors fejlődésével s avval a ténnyel, hogy a növekedésnek, sejtépítésnek elengedhetetlen feltétele, hogy elegendő szerves kén álljon rendelkezésére.

Ez eredmények után érdemesnek látszott megvizsgálni, hogy nincs-e különbség a szopós s a hasonló korú, de mesterségesen táplált csecsemők kénanyagcseréjében. E célból mindenekelőtt megállapítottuk a tehéntej s a női tej összes S-tartalmát s a kénfractiók arányát. Erre azért volt szükség, mert a fractiókra az irodalomban adatot nem találtunk. A továbbiakban 11 egészséges, de különböző korú csecsemő teljes kénanyagcseréjét vizsgáltuk. A csecsemők egyik csoportját női tejjel, illetőleg egy idő múlva vegyesen tápláltuk, másik csoportja mesterséges táplálékot kapott. A csecsemők a kísérletet megelőzőleg legalább 10–12 napig kapták a megfelelő táplálékot, a 4 napos előszak s a 3 kísérleti nap alatt a naponként ürített vizeletben s székletben határoztuk meg az összes ként és a fractiókat. A meghatározások *K. Langnak*, *Hemphyl* és *Morgulis*-től módosított módszerével történtek, amelyet több tekintetben mi is javítottunk. A vizsgálati technika részleteire nézve előző közleményünkre utalunk.

1. táblázat.

Táplálék	Összes S gr %	Organ S gr. %	Anorg. S gr. %
női tej	0'048	0'0446	0'0034
tehéntej	0'048	0'042	0'006

Az 1. táblázatban a női- és tehéntejre vonatkozó analysisek eredményeit találjuk. Látjuk, hogy az összes kéntartalom egyforma s hogy *szervetlen* kén a tehéntejben jóval több van, mint a női tejben, az előbbi nagyságadásának megfelelően. Ennek a különbségnek jelentősége az anyagcserében egészen csekély, a fehérjeanyagcserében s így a fejlődésben semmi. A feltűnő az, hogy bár a tehéntej fehérjeconcentrációja csaknem kétszerese a női tejének, a két tejfajta csaknem ugyanannyi *szerves* ként tartalmaz.

2. Táblázat.

Női tejtáplálás.

Név	kor (hó)	S-resorptio		S-retentio	
		gr.	%	gr.	%
G. L.	1	0'185	89	0'115	82
Ö. T.	1	0'231	94	0'196	94
N. L.	1'5	0'282	96	0'267	98
B. F.	2	0'334	97	0'276	87
G. J.	4	0'344	85	0'215	93
K. S.	4	0'406	98	0'304	87
Sz. J.	6	0'423	96	0'378	92

A 2. és 4. táblázatban az anyagcserevizsgálatok eredményeit állítottuk össze. Ezekből kiderül, hogy a női tejjel táplált csecsemő (2. táblázat) a táplálék kéntartalmának 90%-át fölszívja, ami csaknem teljes felszívódás. A retentio szintén 90%.

3. Táblázat.

Kevertet táplálás.

Név	kor (hó)	S-resorptio		S-retentio	
		gr	%	gr	%
G. L.	1	0'160	89	0'100	63
N. L.	15	0'216	93	0'167	77
B. F.	2	0'314	94	0'244	78
G. J.	4	0'272	95	0'232	85
K. S.	4	0'349	96	0'269	77
S. J.	6	0'381	96	0'318	88

A következő kísérletekben kevés tehéntejjel cseréltük fel a női tej egy részét (egyharmadát, ill. felét). Mint a 3. táblázatból látható, a kén-resorbtio ez esetben is tökéletes volt, a kén-retentio azonban már csökkent. A visszatartott kén átlag 10%-kal volt kevesebb, mint a tiszta női tej tápláláskor. A 4. táblázatban a mesterségesen táplált csecsemőkön kapott eredményeket tüntettük fel. Látjuk, hogy a kénfelszívódás ez esetben is tökéletes, a retentio azonban még kisebbfokú s a visszatartott kénnek mind százalékos értéke, mind abszolút mennyisége már közel van ahhoz, amit gyermekeken találtunk.

4. Táblázat.

Mesterséges táplálás.

Név	kor (hó)	S-resorptio		S-retentio	
		gr	%	gr	%
K. J.	5	0'222	89	0'146	66
K. G.	7	0'298	90	0'205	69
B. J.	8'5	0'260	83	0'162	51
N. L.	6'5	0'241	84	0'165	58

Ez eredmények azt mutatják, hogy a csecsemő szervezete a női tej kéntartalmú fehérjéit jobban tudja hasznosítani, mint a tehéntejet. Ennek a ténynek jelentősége az a már említett megállapításunk ad, hogy a csecsemő szervezet a fehérjeanyagcserében különbséget tesz ként nem tartalmazó s a sejtépítéshez elengedhetlenül szükséges kéntartalmú fehérjealkatrészek között, u. i. elsősorban ez utóbbiakat tartja vissza, ezzel is jelét adván annak, hogy számára ez az értékesebb. Éppen ebből az értékesebb fehérjéből tud kevesebbet visszatartani a mesterségesen táplált csecsemő.

Evvel a megállapítással a természetes és mesterséges táplálás közti eddig nem ismert különbségre akarunk rámutatni: a kétféle táplálás mellett a fehérje beépítés nem egyforma.

Kérdés, miért nem olyan tökéletes e kén tartalmú fehérjealkatrészek retentiója a tehéntejből. Az ok minden valószínűség szerint a kétféle tej fehérjéjének összetételében van. Ismeretes, hogy a női tej fehérjéjének legnagyobb részét kitevő lactalbuminban az S-tartalmú componens főleg a cystin, a tehéntej fehérjéi közt domináló caseinben ez a componens a methionin. Bár erre közvetlen kísérleti adat még nincs, eredményeinkből valószínűnek látszik, hogy a csecsemő szervezete a sejtpépítéshez a cystint jobban tudja felhasználni, mint a methionint.

Összefoglalás: 1. A tehéntejben, kétszeres fehérjetartalma ellenére ugyanannyi a fehérje-kén, mint a női tejben.

2. Női tejjel táplált csecsemők kénanyagcserevizsgálata mutatja, hogy a fehérje-kén csaknem tökéletesen felszívódik s 90%-ban retineáltatik. Mivel a fehérjeretentio (N mérleggel vizsgálva) közismerten alacsonyabb, azt kell következtetnünk, hogy a csecsemő szervezete a táplálék fehérjéjének elsősorban S-tartalmú, számára sokkal értékesebb részét tartja vissza.

3. Kevert táplálás esetében az S-felszívódás nem változik, a retentio azonban 10%-kal kisebb.

4. Tehéntejjel táplált csecsemő S-felszívódása nagyjában változatlan, a retentio azonban még alacsonyabb.

Mindezek alapján a természetes és mesterséges táplálás között egy eddig nem ismert különbséget állapítottunk meg: a csecsemő szervezete a tehéntej S-tartalmú fehérjealkatrészeit kevésbé tudja felhasználni, mint a női tejét. A természetesen és mesterségesen táplált csecsemő fehérjeanyagcsereje tehát minőségi különbséget mutat.

Karyon és rubrophen.

Irta: Okolicsányi-Kuthy Dezső dr.
egyetemi magántanár.

Azon a nyomon, hogy a chemotherapiás szerek egy kis része csiraölő hatással bír, mint maláriában a *chinin*, az afrikai álomkórban a *germanin* — feledve azt, hogy ezek nem bakteriális, hanem protozoon-megbetegedések — világszerte folyt a kutatás a gümőkór „*therapia sterilisans*”-a után is. Siker nélkül. Az angol *Brown* nemrég írta, hogy a chemotherapia a tuberculosis terén nem sok jót eredményezett s a nagytapasztalású *Georg Schröder*, mikor az aranykészítmények közül még a legjobban a Solganal „B” oleosumot mondja, erről is kijelenti, hogy parasitotrop hatása semmi esetre sincs.

Annál érdekesebb és örvendetesebb, hogy a legutóbbi másfél évtizedben magyar részről három kísérlet is történt a gümőkórra fajlagosan ható nosotroptherapia ajánlására. 1923-ban *Baneth Aladár* kórházi főorvos írta le a „Gyógyászat”-ban *tetrosan* nevű szerét s ismertette vele állatkísérletben s tüdői és tüdőnkivüli localisatiójú tuberculosisban szenvedő betegeken elért eredményeit. 1924-ben csekélységgem mutattott rá arra a néptapasztalás által régen észrevett antituberculosisus hatóképességre, mely a diófa levelében és a zöld dió héjában foglalt hatóanyagban rejlik

*) Előadás a „Magyar Orvosok Tuberkulózis-Egyesületének” XX. nagygyűlésén Budapesten (1938. okt. 8.).

s a Richter-féle fehérjementes *Karyonnal* parenterális úton juttatandó a szervezetbe. Legutóbb pedig, 1937. május elején, *Sailer Károly* magántanár, főorvos közölte az „Orvosi Hetilap”-ban új chemotherapiai eljárását sebészi gümőkór kezelésében a *rubrophen* nevű szerrel, mely új vegyületet a Chinoín-gyár a *Müller Vilmos* által leírt jodoform-guajacol keverékből kiindulva állított elő.

Baneth cikke sajnálatosan semmi viszhangot nem keltett, a *karyon* már bizonyos figyelemben részesült főleg a gyakorlóorvosok részéről, a *rubrophen* mindjárt jó auspiciumok mellett indult.

Ez utóbbit inaugurálója, *Sailer docens*, már első cikkében a cél nagyságának megfelelő szerénységgel ajánlotta az extrapulmonalis tbc kezelésére, kijelentve, hogy szere „nem panacea”; — az én egyik bírálóm, a schömbergi *Brinkmann*, egy *Karyon*-dolgozatomat ösmertette a „Zentralblatt für die gesamte Tuberkuloseforschung” 1926 aug.-i számában, így írt: „Die ganze Arbeit ist dadurch sehr angenehm gekennzeichnet, dass der Autor immer wieder betont, kein Salvarsan der Tuberkulose gefunden haben zu wollen, sondern der Schwere der Probleme sich bewusst bleibt und den ausübenden Aerzten nur eine weitere Waffe in dem Kampf gegen die Tuberkelbazillen in die Hand geben will.” S egyik szernek sem értett ez a reserváltság. Mindkettőnek irodalma fejlődött.

A két szer egyike sem arrogált magának baktericidiát, még a kórokozónak direct meggyöngítését sem. *Sailer* második közleménye szerint a *rubrophen* csak az *organismus természetes védekezését* fokozza, de nem specifikus ingerhatás útján, hanem szigorúan specifikus, helyesebben „elektív” irányban, azaz kizárólag gümőkórban. Részemről a *Karyon*-hatást mindig hasonlóképpen magyaráztam.

Sailer igen helyesen mondja, hogy a *rubrophen* hatóképessége nem lehet egyszerű roborálás, mert a szer *gócreactiókat* okoz. *Doros*, mikor *rubrophennel* kezelt lupus-eseteinek szemmel látható *gócreactióit* leírja, szintén méltán következtet ebből a szer aktivitására s ugyanezt teheték *Schein* és *Nebenführer* az intravenás *Karyon forte reactivummal* („*Karyon R*”) lupus-eseteiken előidézett *gócreactiókat* látva.

A *gócreactio* a szervezet visszahatásai közül egy hatóképes szerre, természetesen az elsöleges. (*Kraemer*, *Ország*, stb.) De a *gócreactio* már a csontfolyamatokban sem annyira szembeszökő, annál kevésbé a belorvosi tbc-esetekben. Itt a másodlagos „*általános*” *reactio* tünetei elsöül a nosotrop szer kiváltotta múltó hőemelkedés, vagy csak a beálló javulás maga jelzi, hogy *invisibilis reactio* a szervezetben lefolyt. *Licskó* és *Hinterleitner* közleménye (O. H. 1937. 38. sz.) a *rubrophen* alkalmazásáról szemészeti esetekben, jól megvilágítja ezt, mikor elmondja, hogy 12 esetük egyikében sem észleltek *gócreactiót*, mégis szép eredményeik voltak. A *gócreactiónak háttérben maradása karyontherapia mellett* tette lehetővé osztályom erélyes kezeléseit intravenás *karyon R*-rel gégetbc-eseteinkben — nem egyszer *Safranek* prof. által is constatált objectiv sikerrel — anélkül, hogy gégeodemát kaptunk volna.

Tekintettel arra, hogy *Baneth* *tetrosan*-eseteiben is le vannak írva prompt általános *reactiók*, nyilvánvaló, hogy *mind a három magyar tbc-szer bírt a hatóképesség legfontosabb attributumával*. A *tetrosan*-ról, sajnos, kevés az adat. A *karyon*-ról már az első 10 évben elég sok gyűlt össze, mint azt 1933-ban 120 részletesebb körtörténetkivonatban (ebből közel 50 idegen orvostársunk

közlése) ismertettük. Kitűnik e casuistikából, hogy nekünk is voltak meglepő sikerű eseteink. Pl. egy *Illyés* prof. klinikájáról osztályomra „specifikus kezelés céljából” (mint a kísérő kórtörténetmásolat mondta) át tett *cystitis tuberculosa*, melyben a másodlagos hólyag-gümősödés gyógyulására a beteg bal vese kiirtása után 7 hónapig hasztalan vártak, a hólyag tele maradt szét-eső fekélyekkel s a már cachexiás férfi hozzánk felvételekor majdnem tiszta genyret vizelt, 10 i. v. karyon R. injectio után azonban vizelete genyre már csak gyengén volt positiv. Egy gyógyszerészegéd 3 fistulás jobb-térd-gümőkórja eleinte 38 C°-os, utóbb már csak subfebrilis reactiókat kiváltott intravenás karyon R.-kezelésre úgy meggyógyult, hogy a beteg két évvel később ezt írta magáról: „Teljesen rendbe jöttem, volt beteg térdem remekül működik.” Egy friss *peribronchitis circumscripta specifica* esetében pedig összesen 3 karyon-injectio (F és R) megküzdött annak a fiatalembernek 39.8 C°-ig szárnyaló lázaival, aki előzőleg otthon 5 héten át febris alta-ban feküdt, 3 héten át vért köhögött fel s absolut étvágytalan volt. Itt csodálatosan már az első subcutan karyon-forte (F)-injectio lécsapta a lázat, s másnap reggel a beteg csak 4 vajaszsemlével bírta étvágyát kielégíteni, stb.

S máig a gonitis-esetben 8 éves, a cystitis-esetben (egyszerű napszámos) 9 éves, a tüdő-esetben 11 éves „Dauererfolg”-ról van tudomásunk, egy 1927-ben intravenás karyon R.-kezelésre került gége-casus pedig (infiltratio és többszörös felszínes exulceratio) 8 éve vidéki postamesternő s f. év júliusában kelt értesítése szerint osztályom elhagyása óta gégejével nem volt baja.

A tüdőn kívüli localisatiók terén az extr. folior. juglandis-sal persze kevesebb tapasztalat áll rendelkezésünkre, mert ilyen a gége-eseteket kivéve csak elvétve került a tüdőosztályra s míg angol sebésztől mutatnak be karyonnal kezelt chirurgikus tbc-ről felvételeket, itthon ilyen nem készült. Tüdőgümőkór eseteiben azonban, mint azt jelzett casuistikánk 43 tüdőesetének kórtörténetei, majdnem felerészben idegen kartársak leírásában, bemutatták, számos esetben hasznosnak bizonyult a karyon-kezelés (mi t. i. a „gyógyulás” kifejezésével alig élünk) — holott a tüdői localisatio az activ belorvosi tbc-gyógyítási törekvések egyik legnehezebb problémája, mert a nyilt tüdőgümőkór már sokszor vegeyes fertőzés, melynek társfolyamatára az antituberculoiticum nem hat.

Innen lehet megérteni jórésztben azt is, hogy tüdőesetekben a Horthy Miklós-kórház *Patyi István* jelentése szerint a rubrophen-kezeléseket 1½ év után abba hagyta anélkül, hogy lényegesebb eredményt látott volna, *Kiss Lajos* pedig csak a *Ranke*-féle 2-ik kórszak eseteiben (hilus-tbc., hilaris eredetű *Redecker*-féle infiltratum) tapasztalt javulást, az izolált tüdőgümőkórban azonban a rubrophen-kezelést céltalannak mondja.

A karyon-therapiával tüdőesetekben azért foglalkoztak mindjárt kezdetben előszeretettel a gyakorlóorvosok, mert alkalmazása — itt általában subcutan és minden lázreactiótól mentes kezeléssel lévén szó — igen egyszerű s a szer, mint a rubrophen is, ártalmatlan. Karyon-kezelésre a beteg roborativ functiói: étvágy, alvás, még lázas esetekben is gyorsan javultak, az izzadási panasz csakhamar eltűnt s az erőbeli és tápláltsági állapot sokszor még súlyosabb esetekben is, már hetek alatt kevés gyógyszerköltséggel, emelhetőnek bizonyult. Ambulans kezelésben is, sőt nem egyszer a betegnek rendes munkakörében megmaradása mellett. Ezt egyik kollegánk önmagán is tapasztalhatta,

kinek már súlyfogyást előidézett állandó hőemelkedése és makacs étvágytalansága 15 karyon mite subcutan injectiójára terhes orvosi munkája közben is megszűnt, mindjárt az önkézelés első három hetében 4½ kg., a következő félszázad alatt pedig 17 kg. súlygyarapodással s az illető barátunk 12 év óta nem volt többé beteg.

Mindent összevéve, talán mégis kár, hogy mértékadó köreink a növényi szernek nem előlegeztek több bizalmat. Ez a bizalomhiány a *Sailer* által ajánlott új vegyületet, mint chemiai productumot, már eleve kevésbé fenyegette, a vele extrapulmonalis tuberculosiban elért, könnyebben is demonstrálható szép eredmények pedig iránta a bizalmat csak megerősítették. S a rubrophenel való további foglalkozás talán meg fogja oldhatni a szememben még nem egészen tisztázott kérdést: miért nem hat az új electiv szer tüdőesetekben is jobban? Ha az ok ismert lenne, talán elhárítható is volna, amit részemről is kívánnék a rubrophennek.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A genuin hypertonia befolyásolhatóságáról, különös tekintettel a sómentes táplálkozásra. *P. Martini.* (Münch. Med. Wschr. 1938. 37.)

A szerző szerint az eddigi vérnyomáscsökkentő gyógyszerek objectiv eredményt nem adtak. A *Volhard* és *Allen* által ajánlott sómentes étrend hatására minden esetben csökkent a vérnyomás és alacsony is maradt mindaddig, amíg a betegek ezen étrenden voltak. Kellemetlen tüneteket a sóhiány miatt nem látott. Nehézsége az étrendnek az, hogy egyrészt ízetlen és nem mindenki tűri jól, másrészt drágább, mert külön kell elkészíteni. Az íztelenségen a megszokással és ízesítő anyagokkal lehet segíteni. Keresztültvitelének nehézsége ellenére alkalmazni kell mindaddig, amíg egyetlen eredményes gyógymódnak a genuin magas vérnyomás csökkentésére.

Greiner Antal dr.

A digitalis-hatás és a szabálytalan szív működés. *E. Edens.* (Münch. Med. Wschr. 1938. 37.)

A digitalis elsősorban a nem rendes szív működésre hat. Régen a digitalis által előidézett szívtüneteket cumulatióval magyarázták. A szerző ezt nem tartja bebizonyítottnak. Intravenás strophantin a nem kielégítő szív működést és keringést lökészerűen segíti át ezen állapotán. Strophantin intravenás adása után ritkán látunk arhythmiaikat. A strophantint a szívbetegségek terápiájában ma már olyan területeken is alkalmazzuk, amelyekben az régebben ellenjavalt volt, pl. coronaria-sklerosis, angina pectoris, szívinfarctus, myokarditis.

Greiner Antal dr.

Sebészet.

Műteti eljárás kryptorchismus bizonyos fajtáiban. *Hiski Mikkonen.* (Duodecim, 1938. 10.)

Szerző először ismerteti a kryptorchismus gyógyításának különböző műteti eljárásait, majd leírja módszerét, melyet egy kétoldali kryptorchismusban szenvedő betegen megpróbált és melynek eredményével meg van elégedve, mert tökéletes megoldásnak bizonyult.

A műtét röviden a következő: Mindkét oldalon a lágyéksérvműtétnek megfelelően ejtett bőrmetszés után az obliquus adb. externus izom aponeurosisának felhasítása és a lágyékcatornában fekvő here szabaddátétele következik. A here felhúzásánál megfeszül a gubernaculum, melyet lehetőleg mélyen átvág és egy hosszú selyemszállal átölt. (Ha sérv van jelen, azt is megoperálja.) Ezután a herezacskó válaszfalában nyílást készít, majd először megpróbálja a *Mauclair*-módszert alkalmazni, ha ez nem sikerül, akkor úgy ércsípővel keresztüldugja a gubernaculumra öltött selyemszálat a válaszfal nyílásán az ellenkező oldalra és ennél fogva áthúzza a gubernaculum végét is és

néhány öltéssel az ellenkezőoldali lágyékszalg alsó részéhez varrja. Közben arra kell vigyázni, hogy a here rendes helyére, a herezacskóba kerüljön. Lágyrészek varrása rendes módon történik. Ez a módszer a Payr-módszernek módosítása, de egyszerűbb, mert sem a gáttájon nincs szűkség metszésre, sem a beteget nem kell különlegesen fektetni. Kétoldali kryptorchismus esetén ajánlja a szerző.

Koralewski Géza dr.

Csonttörés utáni elalaktalanodások; azok megelőzése és kezelése. *Handerson M. S.* (Archiv of phys. Therapy 1938. 7—12. old.)

Orsócsont törésének hiányos beigazítása vagy túlkorai mozgatása után a kéztő az alkarcsontok villaalkú állásához illeszkedik. Ez a villa-állás nagyfokú mozgáskorlátozást jelent. A szögelhajlás mellett összefort csont átvésése föltétlenül szükséges. Vérömleny és reakövetkező izomsugorodás veszélye esetében a szerző korai masszaget és mozgást ajánl.

A felkar könyökföltői töréseit különös gonddal kell beállítani és a sikeres beállítás után hajlított könyök mellett rögzíteni. Elégtelen beállítás után könnyen megeshetik, hogy a két törésvég egymáson lovagol, ahelyett, hogy valóban illeszkednek. A felső törésdarab szorítja és szűkíti a könyökhajlat ereit és ez a Volkmann-féle tünetesoporthoz vezet. könnyebb esetben a massage stb. segít, középsúlyosban a hajlításnak meghosszabbítása, súlyos esetben a csont átvésése indokolt a törés helyén, bár a legsúlyosabb esetekben olykor ez sem vezet jó eredményhez.

A bokatöréseknél a kül- és belboka külön-külön történt vagy együttes törésénél könnyen jön létre a lábfej kóros tartása és ha ezekhez a törésekhez a sipesont hátsó peremének a törése is társul, a bokaizületnek hátsó félficamát könnyen figyelmen kívül hagyja a töréseket helyretevő orvos. Mindezen esetek következménye olyan hibás állás, amely az első időben nagy mozgásakadályt jelent, de egyes esetekben 3—4 év elmúltával lényegesen javulhat.

Combnyaktörésnél a szerző a vértelen kezelést teljesen elhagyta és helyzetét után vagy a háromélű Smith-Petersen szöveget használja, vagy még inkább a hosszú, kemény aluminiumból készült csontcsavart, amelyet 6 hónap múlva eltávolít. A térd és boka korai mozgatása jobban gátját szegi a merevedésnek, mint a régebbi kezelésmódok. Olyan esetekben, amikor a törés nem, vagy hiányosan gyógyul, 8—9 cm hosszú darabot ültet át a szárkapocsból. Ha a combnyak teljesen elpusztult, akkor a Braekett-műtétet végzi. Ha pedig a levált fejecs semmi hajlandóságot sem mutat a nyakkal való egyesülésre, úgy eltávolítja és a megfelelően legömbölyített nyakat helyezi bele a vápába; utána 10—12 hétre gipszel. Gépet a betegek később csak ritka esetben hordanak.

Puky Pál.

Szülészet.

A hólyag-hüvely sipolyok kezeléséről. *Duncan.* (Am. Journ. of Obst. and Gyn. 1938. 513. old.)

A hólyag-hüvely sipoly műtétek a hólyagfal széles felszabadítása és alapos egyesítése a legfontosabb. A hólyagfal igen sok izom és rugalmas szövetet tartalmaz, sokkal rugalmasabb, mint a hüvelyfal, a hegesedés is főként a hüvelyfalra szorítkozik. Méhkiirtás és sugaras kezelése után keletkezett sipolyok legnagyobb része a húgyvezérnyílások közelében van. Műtét előtt feltétlenül elvégzendő a cystoscopia, az ureter-catheterek felvezetése, a veseműködés vizsgálata és az intravenál pyelographia. Nagy hólyag-hüvely sipolyok esetében a hüvelybemenet összevarrását ajánlja, mely után a hólyag feltölthető és a hólyagtükrözés elvégezhető. Kicsiny sipolyok műtéti gyógyítása előtt a sipoly megkaparása megkísérélhető. Nagy sipolyok esetén idősebb korban részleges, vagy teljes hüvelyfalkiirtást ajánl. Ismételt, vagy a hólyagnyak körüli sipolyműtétek alkalmával ajánlatos a hólyagbavarrt catheteren át történő drainage.

Kriszt József dr.

Chemiai vérvizsgálatok fehérjehiány és terhességi toxicosok esetében. *H. Barker* (Amer. J. Obst. and Gyn. 1938. V. 35. 6.)

Egyoldalú, főleg fehérjementes étrenden élő terhesnők vérében alacsony húgyany- és magas cholesterinérték található. E nőknél a terhesség előrehaladt szakában, az utolsó harmadban, kiterjedt vizenyő igen gyakori anélkül, hogy

vérnyomásemelkedés, vagy a vizeletben fehérje mutatkoznék. Fehérjében bő, natriumban szegény és kaliumban gazdag étrendre a vizenyő e nőknél néhány nap alatt eltűnt, a húgyany és cholesterin pedig a rendes szintre szállott. Mások csoportja a terhes nőknek, noha rajtuk klinikailag teljesen hasonló módon csupán vizenyő mutatkozott vérnyomásemelkedés nélkül, a fehérje bomlástermékeket a szervezetből kiktűszöböltni nem képes. A vér húgysavszintje magas s acidosis jelentkező rajtuk. Ha ez a folyamat halad tovább, lassan kialakul az eklampsias tünetcomplexum, de annak létrejöttéhez még a vesék csökkent működése és a fehérje-, valamint az ásványanyagforgalom más zavara is hozzájárul. Ez utóbbi csoportba tartozó nőknél indokolt minden olyan tápanyag csökkentése, vagy teljes megvonása, ami acidosishoz vezet, s amit a szülészetben már gyakorolnak is.

Kováts Károly dr.

A petefészek disgerminomája. *E. Novák és L. A. Gray.* (Amer. J. Obst. Gyn. Vol. 35. 6. sz.)

17 esetük kapcsán ismertetik a petefészek disgerminomáit. Az irodalomban idáig 72 eset ismeretes. Az utóbbi időben azonban a közlések száma egyre emelkedik s ezért úgy vélik, hogy a daganat nem is nagyon ritka. A daganatok göröcsövi képe annyira jellegzetes, hogy kórismézése sokkal kevésbé okoz nehézséget, mint akár granulosa-sejt daganat, akár arrhenoblastoma esetében. A petefészek disgerminomáinak rendkívüli hasonlatossága a herék seminomáihoz onnan ered, hogy mindegyik a csiramerigyek differenciálatlan elemeiből indul ki. Ez az eredet egyuttal magyarázat arra is, hogy e daganatok belsőelválasztásos működést nem fejtenek ki. Igen gyakori a disgerminoma nemileg fejletlen egyénekben és pseudohermaphroditismus esetén, de e nemi rendellenességekhez semmi köze s azok a daganat eltávolítása után is megmaradnak. A disgerminoma kétségtelenül rosszindulatú daganat. Ha a daganat egyoldali és tokja sértetlen, a kórjósolat kedvező. Kevésbé kedvezőek az eredmények, ha a daganat a tokot áttörte s a szomszéd-ságra reáterjedt. A műtétutáni sugaras kezelés még ezekben az utóbbi esetekben is gyakran kedvező eredményeket ad.

Kováts Károly dr.

Gyermekgyógyászat.

A gyermekkori heveny középfülgyulladás kérdéséhez. *J. Scheideler.* (Arch. f. Khk. 113. 4.)

Hangsúlyozza a szerző, hogy pathologiai-anatomiai szempontból a gyermekkori és felnőttek középfülgyulladása között lényeges különbség nincs. A gyermekkori grippés eredetű középfülgyulladásokban prognosztikai és terápiás különbség van aszerint, hogy az otitis tubaris úton, vagy pedig haematogen úton jött-e létre. Tapasztalata szerint a gyermekkori középfülgyulladások mindig lázzal járnak. Egy esete kapcsán igazolni óhajtja a kétórás hőmérséklet emelkedését lázas mastoiditisek esetében, mert ez lehetővé teszi az esetleges complicatiók korai diagnosizását.

György Ede dr.

A myotonia congenita kóreredete és gyógykezelése. *Porcher és Wade.* (Amer. J. Dis. Childr. 1938. 55. 945.)

Myotonia congenitában szenvedő 2 gyermek és 2 felnőtt szervezete a bevitt kreatint nagymértékben visszatartotta, a gyermekekben ezenfelül hiányzott a korukra egyébként jellegzetes kreatinuria. Pajzsmirigykezelés a felnőttek állapotát egyáltalán nem, a 10 éves gyermekét csupán kevésbé, a csecsemőét lényegesen javította. Ugyanígy kítűnő hatású volt 1 felnőttben és 1 gyermekben a chinin is. A tünetek javulását kreatinuria kísérte a gyermekekben, de nem a felnőttekben, kiknél az nem is physiologiás.

Lénárt György dr.

Anyai agglutininek átvitele az újszülötthe. *Schneider és Papp.* (Arch. f. Khk. 1938. 114.)

Terhes nőnek röviddel a szülés előtt anticoliserumot befecskendezve a kolostrum coli-agglutinint tartalma az esetek egy részében nagyobb, mint a vérsavóé. Sem a köldök-vér, sem az újszülöttheből a szopást megelőzően vagy követően vett vér agglutinint nem tartalmaz. — Azokban az esetekben, melyekben a terhes nő vére már eredetileg is tartalmazott agglutinint (nyilván valamilyen régebben lezajlott

coli-fertőzés folytán), az a colostrumban és az újszülöttek vérében is kimutatható volt, de titere dacára a colostrummal nap-nap után bevitt hatalmas agglutinin-mennyiségeknek már a 3–5-ik napon jelentékeny mértékben csökkent.

Lénárt György dr.

Friss és idősült csipőzületi epiphysis oldódás műtéti kezelése. Fritz Felsenreich. (Arch. f. Khk. 114. 4)

Esetek közlése kapcsán rámutat, hogy az epiphyseolysis endokrin zavarokra vezethető vissza. A szerző kiegészíti ezt azzal, hogy abnormisan gyors növekedés is előidézhetheti ezt az elváltozást, minden endokrin-zavar nélkül. Korai tünetek: sántítás, intenzív tagfájdalom, combrövidülés. Therapiája elsősorban repositio és az operatív beavatkozás.

Markovits Béla dr.

Bőrgyógyászat.

A menstruációs dermatosisokról. Maija Miettinen. (Duodecim. 1938. 5.)

Szerző Leidenius tanár klinikájának vizsgálati anyagáról számol be. Dolgozatának elején kimerítően tárgyalja azokat a menstruációs elváltozásokat, melyeket a világirodalomban a bőrön, nyálkahártyákon és a szemem leirtak. Ebben a bőséges irodalmi felsorolásban a magyarok közül ott találjuk Poórt, Rajkát, Gébert, Bársonyt, Molnárt és Grubert. A dermatosis dysmenorrhoeica erysipeloides leíróját, Berdét, az erythroderma angioectasicum circumscripta egyik észlelőjét, Pulay-t, aki ezt a betegséget amenorrhoeával kapcsolatban látta. Ezután ismerteti két saját észlelésű esetét. Az egyik egy 42 éves asszony, akinél a menstruatio előtt egy héttel rendszerint kötőhártyagyulladás lép fel, mely csak a vérzés megindulásakor szűnik meg. Nemiszervek épek, semmilyen rendellenességet nem talált. Vérkép, vércukor, vércalcium mennyisége rendes. Anyagcsere vizsgálatok rendes értékeket adnak. Semmilyen kezelési eljárás sem befolyásolja a conjunctivitist és a petefészkek készítmények is hatástalanok.

A másik eset egy 40 éves gyengeidegzetű asszony, akin az erős görcsökkel szabálytalanul jelentkező menstruációk alatt vöröses, apró göbökből álló arckiütés lép fel. Myomás méhe volt a betegnek és ezért supravaginalis méhamputatiót végeztek nála. A műtét után a beteget fél éven át megfigyelhették, ez alatt az idő alatt a kiütések nem jelentkeztek.

Koralewski Géza dr.

Körülírt elefántkóros csomós myxoedema Basedow-kóros betegen. Adat a bőr endokrinopathológiájához. A Marchionini és D. Jahn. (Arch. f. Derm. u. Syph. 176. köt., 6. füzet.)

Szerzők 74 éves nőbetegüket mutatják be 4 fényképen és 2 mikrophotogrammon. A belgyógyászati és bőrgyógyászati vizsgálat együttes eredményeként a thyreotoxicosisnak jellegzetes klinikai és működési területein kívül a mellékvesének és pancreasnak kóros működését állapították meg. Az alszáron körülírt csomós myxoedema típusos elváltozásait észlelték elefántkóros alakban. A kórismét a szöveti kép nyákfestési eredményei igazolták.

A basedowkórnak és myxoedemának együttes előfordulását az összes szövetekbe azonos módon juttatott hormonnak minőségi hatáskülönbségével magyarázzák. Az okot a szövetek különböző felépítésében, az alszárok pangásában keresik.

Preininger Tamás dr.

Az auro-detoxinkezelt lupus erythematodes és pemphigus vulgaris néhány esetében. Schmidt, Leipzig. (Derm. Wschr. 1938. 34.)

A magas molekulájú kénfehérjéhez, a detoxinhoz, mely cystin mellett más aminosavakat is tartalmaz peptidkötésben az arany szorosan a sulfhydryl csoportokhoz kötődik. A bontóhatásokkal szemben erősen ellenáll, mérgező hatása nincs, magas therapiás indexel bír. Nyolc lupus erythematodes esetben alkalmazta szerző a szert, i. m.-an először 0.01, majd 0.10 g-os adagot adva, hetente kétszer. Amennyiben ezt tűrte a beteg, az adagot 0.50 g-ra emelte és csak kivételesen makacs esetekben adott 0.60, vagy 0.70 g-t. Gyakran észlelték göcreactiót, mely egy vagy két injectio kihagyására visszafejlődött. Nyolc lupus erythematodes és 3 pemphigus vulgaris esetének rövid kórtörténetét közli; a

betegek összmennyiségben 3.50–25.0 g-nyi aurodetoxint kaptak. Cikkét a következőkben foglalja össze. A lupus erythematodes esetekben a kezelésre javulás, részben teljes gyógyulás következett be, az utóbbi azonban az esetek legnagyobb részében nem volt tartós, mert a következő napokban visszaesés következett be. — Mint valószerűleg gyógyultat csupán egy esetet közölhet, ki kb. 1 év óta recidivamentes. Ajánlja a betegségben a chronikus, continuális kezelést kicsiny aurodetoxin adagokkal. — Figyelemre méltó, hogy 3 pemphigus esete közül kettő kicsiny összmennyiségre (7.41, illetve 1.51 g-ra) teljesen gyógyult. Az első több mint egy éves, második betegének tünetmenteségi idejét nem közli. Harmadik pemphigusbetege exitált pár injectio után.

Fülöp Gyula dr.

Urologia.

Túlhaladott műtét-e a nephropexia? Lichtenauer. (Zschr. f. Urol. 1938. IV. füzet.)

Az urologia diagnostikai haladásával — nevezetesen a pyelographia révén a nephropexia indicatioja csökkent, viszont a műtéti eredmények igen javultak. Ennek ellenére az esetek egyharmadában sikertelenségről számolhatunk be, amelynek az oka nem a műtéti technikában, hanem a helytelenül felállított indicióban keresendő. Nem várható eredmény általános ptosis jelenléténel végzett nephropexiánál, úgyszintén a vesemedencefal és ureterfal dyskinesise esetén. Ugyiszintén eredménytelen a műtét az infectio által bennült ureterfal esetében végzett vesefelvarrásnál. A szerző csak abban az esetben lát indiciót, ha ismételt erős fájdalom a vesében fellelhető erős pangás mellett lépnek fel, azaz intermittáló hydronephrosissal van szó. Ilyen esetekben a műtét mindig sikeres.

Surgoth Balázs dr.

A ketogen diaeta helyettesítése. J. K. Narat. (Journ. of Urol. 39, 1, 75. o.)

A ketogen diaeta alkalmazásakor felelő kellemetlenségek alapján gondoltak a szerzők arra, hogy parenterálisan zsírt vigyenek be a szervezetbe. Számos betegségnél igen nagy szolgálatot tenne az ilyen zsíradagolás, így acut gastritis, duodenalis ulcus, hyperemesis gravidarum, stb. esetén. A szervezetbe fehérjét és zsírt nehéz bevinni a protein-shok és embólia veszélye miatt. Japán szerzők kísérleteztek először, kutyáknak zsírt adagolva, embólia nem fordult elő és így bevitt zsírt a szervezet fel tudta használni. Emulsiót készítettek, amely 3/2% lecithinből és olíva olajból állott. A szerző egy pyelitises betegen próbálta ki meglepő eredménnyel. A szemcsés cylinderek, vörösvértestek, genyesejtek két napon belül eltűntek.

Ascher Ferenc dr.

Elméleti tudományok.

A másodlagos sugarak biológiai hatásáról. Y. Seuderling. (Acta Societatis Medicorum Fennicae Duodecim, 1938. Ser. A. tom. XX. fasc. 3.)

Szerző vizsgálatait az állami gyógsavótermelő laboratóriumban végezte. Régebbi kísérleteinek folytatását írja le tulajdonképpen. Mint másodlagos sugarakat különböző atomsúlyú elemeket, és indicatornak 6 pigmentképző baktériumfajt használt (Staphylococcus aureus, Pseudomonas Coerulea, Ps. pyocyanea, Ps. putrida, Baktérium prodigiosum és Bacillus mycoides). A kísérleteket külön szerkesztett kamrácskákban végezte, melyek lehetővé tették azt, hogy a culturáktól 1 mm. távolságra legyenek a másodlagos sugárzást létrehozó anyagok. A radium praeparatumok csekély intenzitása miatt a besugárzás ideje 18 óra hosszat tartott. A gammasugarak által előidézett másodlagos sugarak a legtöbb esetben határozott ölü hatást fejtettek ki a baktériumokra. Ez a hatás azonban a baktériumtörzs egyéni sugárérzékenységétől is függött. Sok esetben a besugárzott terület körül a baktériumok tömörülését észlelték. A sugárzást túlélt baktériumok pigmentmentesek voltak.

Leírja a különböző készítményekkel, szűrőkön, távolságokra és ideig alkalmazott besugárzásokat a különböző baktériumokra és törzsekre. 0.2 mm. újzest szűrővel ellátott készítményeknél, mely szűrő a gyorsan mozgó elektronokat jól átengedi, minden esetben világosan kivehető volt a baktériumokra gyakorolt sugárhatás. A baktériumkultu-

rakra való hatás főleg a corpuscularis sugaraktól függött. A cikkhez mellékelte képen jól látható a sugaraknak a baktériumtelepekre és a primaer gamma-sugaraknak a fényképezőlemezre gyakorolt hatása. A képeknél össze lehet hasonlítani és különbséget lehet tenni az elsődleges és az elsődleges + másodlagos sugárhatások között. A besugárzásokat a rádium-kórházban végezték.

Koralewski Géza dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 25-i ülése.

Barla-Szabó J. elnök: Egyesületünk ismét elveszítette legjobb tagjainak egyikét. Most vesszük a szomorú hírt, hogy a mai napon elragadta tőlünk a halál Egyesületünk egyik értékét, *Winternitz Arnold* egyetemi tanárt. Halálával nemcsak a magyar orvosi kart, Egyesületünket, de a magyar orvostudományt is súlyos veszteség érte.

Winternitz Arnold professor kiváló orvos volt, aki puritán jellemével egyszerű, de igen értékes emberi közvetlenségével, becsületos meleg szívével mindig csak a szenvedő emberek érdekeinek védelmét tartotta szem előtt. Nagy képzettségével, kimagasló tudásával, sokoldalúságával, sebészi rátermettségével, nagyszerű ítélőképességével, a gyakorlati sebész széleskörű és legfőbb áldásában tudta részesíteni a betegeket. Tehetsége, értékes tulajdonságai neki Egyesületünk működésében az orvostudomány fejlődésében iránytmutató szerepet juttattak.

Ezért méltóztassanak hozzájárulni, hogy veszteségünknek kifejezéseként emlékét jegyzőkönyvünkben örökítsük meg s halála felett érzett gyászunknak, megemlékezésünknek felállással is kifejezést adjunk.

Bemutatók:

Friedrich L.: *Érdekesebb, gastroskoppal vizsgált esetek.* Célja nem az indicatiók vagy contra-indicatiók megbeszélése, hanem hogy ismételt felhívja az orvosok figyelmét a gyomortükrözés fontos és veszélytelen voltára. 400 esete közül nyolcat ismert részletesen és ezek gastroszkopos képét mutatja be. Ezek között szerepelnek súlyos gastritisek, hol a tükrizés vizsgálat többet mutatott a röntgennél, továbbá gyomorcsomók utáni esetek, hol negatív röntgenlelet mellett a tükrözés mutatta ki a jejunalis fekélyt és végül gyomordaganatok, amelyeknél a tükrözés kimutatta biztosan azt, hogy operálható-e az eset, vagy sem, vagy máskor negatív vagy kétes röntgenkép esetén biztos diagnózishoz vezetett.

Szodoray L.: *Leukaemia cutis és vesiculosus leukaemid.* Chronicus lymphoid leukaemiában szenvedő férfibeteget mutat be, akinek penisén f. év áprilisában acquirált ulcus mollis fekélyei környéke valódi leukaemiás beszűrődést mutat. Emellett a törzsön mintegy 1 hónapja hólyagos (variciform) kiütés jelentkezett, mely a szövettani vizsgálatkor leukaemidnek bizonyult. Az eset újabb adatot szolgáltat a bőr leukaemiás gócainak provokációs keletkezési mechanizmusához. A hólyagos leukaemidben és ennek környékén mutatózó eosinophilsejtes reactio valószínűvé teszi ennek allergiás eredetét.

Mező B.: *Adatok a vesevérzések kórisméjéhez és műtétéhez.* Két olyan vesevérzést ismertet, ahol a töltéses pyelographia alkalmával mutatózó telodési hiányt a vesemedencében lévő véralvadék okozta. Az egyik beteg vizeletében is csak vörös- és fehérvérsejtek voltak és a vesék működése jó volt. Mivel a vesék rendes nagyságúak s működésük jó volt, a pyelographiát megismételte, de ugyanazt az eredményt kapta. A műtét a vérzés okát nem tisztázta. Egyik esetében a kivágott vesedarábon még szövettani vizsgálattal (*Zalka* prof.) sem találtak elváltozást, másik esetében is csak a kanyarulat csatornák zavaros duzzadása volt kimutatható. Az eseteket gócnephritisnek tartotta. A műtétet annyiban tértek el a szokásostól, hogy a vesemedencében egy vastag drainső helyett két vékonyabb drainsövet helyeztek, s hogy a vese összevarrása után a vesetoknak a vesevarratok és a vesekapú közti részét eltávolította, s a vesekocsány idegeit megszakította. A két drainső alkalmazását ajánlja, mert a két drainső a vizelet elvezetését jobban biztosítja; a vesetok részletes eltávolítása és a vesekocsány idegeinek a megszakítása pedig a gócos vesegyulladások gyógyulását jobban elősegíti, mint az egyszerű vesebemetszés. A műtét óta mindkét beteg egészséges.

Minder Gy.: A haematuria miatt végzett sebészi beavatkozásoknál a sikert előre meghatározni nem tudjuk.

Vannak sikeres esetek, ilyenkor a vérvezetés a beavatkozás (decapsulatio, nephrotomia, enervatio) után néhány napon belül megszűnik és vannak esetek, ahol ez a várt siker elmarad. Ennek oka abban rejlik, hogy a sebészi beavatkozás magára a gyulladáson folyamatra csak indirect fejt ki hatást, vagy úgy, hogy csökkenti a fokozott intrarenalis nyomást (compressio), vagy pedig megváltoztatja az intraparenchymalis nedvkeringést (vasospasmus megszüntetése). Ha a gyulladáson folyamat rosszindulatú, vagy pedig túl régi, úgy az említett hatás hiába fejlődik; e glomerulusokban vagy tubulusokban levő gyulladás nem fog már javulni. A sebészi beavatkozástól várt kedvező hatás elmarad. A sebészi beavatkozás eredményessége tehát legtöbb esetben már előre adva van s a sebész az eredményt csak a helyes időpont megválasztásával tudja befolyásolni. Három idevonatkozó esetét ismerteti.

Pitrolly-Szabó B.: *A rosszindulatú vesedaganatok.* Osztályozásukban klinikai jelentőséggel csak a rosszindulatú daganatok bírnak, mert ha egy vesedaganat észlelhető, akkor már rosszindulatúságot is mutat.

Kórszövettani felosztásuk ma sem tisztázott. Néha egy és ugyanazon daganatszövetben egymás mellett található a rákos és sarcomás szerkezet. Az I. sz. sebészeti klinika 20 szövettani vizsgálatáról számol be. *Ewing* felfedezése az általánosan elfogadott hypernephroma elnevezés alatt 3 daganatféleséget különböztet meg: 1. *typusos hypernephroma*, inkább tömör részből álló tömlő és üregképződés nélküli daganatok (7 eset), 2. *hypernephroid*: a többrétegű hámdaganatok, melyekben cystikus üregek dominálnak (3 eset), 3. *kevert hypernephroma*, melyekben mind a két jelleg feltehető (7 eset). Ezekon kívül cystadenocarcinoma volt 3 eset, sarcoma 2 eset, fibrosarcoma funicularis 2 eset és 1 lymphosarcoma. Végül 3 esetben talált vesemedencedaganatot.

Felismerésükben a korai tapinthatóság, a vérvezetés és a fájdalom, valamint röntgeneljárások vannak segítségünkre, míg a többi tünet, mint a viszeres pangás, nagyobb működéskiesés, régebb idő óta fennálló, esetleg már inoperabilis daganatra utalnak. A veseműködés vizsgálata sokszor cserbenhagyja a vizsgálatot, mert még nagy vesedaganat mellett is zavartalan lehet a veseműködés. Kis daganatoknál úgy az indigokiválasztás, mint az izolált vizelet fagyáspontcsökkenése is alig mutat eltérést. Fontos a daganat eltávolítása, amíg tokját át nem törte, amíg nincsenek áttételek és míg cachexia nincs. Rossz a jóslat mindig, ha a daganat betört a vesevizeletbe vagy a vena cava-ba, ha a nyirokcsomók megnagyobbodtak, vagy ha varicocele mutatható ki.

Az I. sz. sebészeti klinikán 20 év alatt 54 vesedaganat miatt végeztek műtétet. A műtét mortalitása 12.9% volt. 21 esetben volt jobb- és 21 esetben baloldali a vesedaganat, ezek között 23 férfi és 19 nő. Felvételi panaszként daganat szerepelt 13 esetben, csak vérzés 2 esetben, csak fájdalom 3 esetben, vérzés és daganat együttesen 5 esetben, vérzés és fájdalom 5 esetben, daganat és fájdalom 8 esetben, vérzés, daganat és fájdalom együttesen 10 esetben, tapintható volt a daganat 36 esetben. A vérzés a műtét előtt 3 évvel jeleltkezett 1 esetben, 1 évvel előbb 4, hat hónappal előbb 2, három hónappal előbb 3 és egy héttel előbb 5 esetben. Bizonytalan volt a megfigyelés 27 esetben. Az indigokarmin kiválasztásban számbavehető kiesés volt 75%-ban. Az ureterből véres vizelet ürülését figyelték meg az esetek 33%-ában. A betegek 30%-a 1-4 évet élt még a műtét után, 13%-a pedig a műtétől számított 5-8 évet élt.

Babies A.: Az urológiai klinika 195 vesedaganatáról számol be röviden, majd két veseendotheliomát mutat be. Egyik esetben az egész daganat a vesével együtt, másik esetben csak a daganat lett eltávolítva. Bemutatását diapositívok vetítésével kísérte.

Farkas K.: Két esetet mutat be diapositívok vetítésével. Az egyik esetben műtétileg eltávolított vesében capillaris haemangioendotheliomával kevert cavernosus úrdaganatot találtak. A másik pedig mesodermális eredetű veseszövetet utánozó daganatnak bizonyult. A májban és a pleurán áttételeket találtak. E daganatot malignus nephroma névvel jelöli meg.

Ilyés G.: Hat diagnostikai és műtét szempontról érdekes vesedaganat esetet mutat be diapositívok és daganatképek vetítésével. Egyik esetben igen kicsiny daganatot a törékeny veseszövetbe reflexus módján behatolt contrastanyag mutatott ki, másik két esetben a pyelographiának

igen kicsi eltérése mellett a haematuria alapján állapította meg vesedaganat jelenlétét. Bemutatta egy vesecysta és hypernephroma együttes érdekes esetét, ahol a cysta jól látszott, de azonkívül a pyelumon lévő benyomottság még solid vesedaganat gyanúját is felkeltette. A műtét mindkét megállapítást igazolta. Beszámolt egy másik esetről, amely-nél a vesét conserválta, csak a daganatot távolította el, mert az a vesétől jól, tompán elválasztható volt. Végül bemutatott egy 1640 gr. súlyú óriási operált hypernephromát, amely után a beteg 20 kg-ot hízott és még 2 évig igen jól érezte magát. Ezen alapon kifejtette, hogy még az ilyen nagy, radicalisan alig operálható esetekben (a daganat bele-tört a vena cavaba) is érdemes a műtétet elvégezni, mert a beteg megszabadul egy nagy toxint termelő daganattól.

A Közkórházi Orvostársulat november 16-i ülése

Bemutatók:

Ketzán I.: *Cc. basocellulare destruens faciei.* 51 éves csontig-bőrigen lefogyott nőbeteg 18 évvel ezelőtt jobb arcán forró zsírtól, majd nem sokkal később ugyanott akáctővis-től sérült meg. E helyen keletkező seb gyógyulni nem akart s lassan terjedő fekély alakult, mely évek folyamán ráter-jedt az orra, felsőajakra, a jobb szemre, elpusztítva azokat. Status praesens: Ad maximum lesóványodott, anaemiás nő-beteg; az arc teljesen destruált, amennyiben a felsőajak, az egész orr, a jobb szem elpusztult, helyette a szájuztól a jobb fülkagylóig, a halántékra és a homlokra ráterjedően, mintegy 2 férfitenyérnyi fekélyesen szétesett tumor, mely a jobb sinus maxillaris is megnyitotta. — Histologiai lelet: *Cc. basocellulare.* Vvs.: 4.400.000, fvs.: 6.400, Hgl.: 62%. Wa. R. ∅. Vizeletben kóros: ∅.

Piri L.: *Két, műtéttel gyógyított gerincagyi meningeoma esete.* Két beteg mutat be. Az egyik 69 éves nő, kinél a VI. hátságigolya magasságából zöldmogyorónyi daganatot távolítottak el, mely daganat szövettanilag meningeomának bizonyult. A beteg simán gyógyult, vizeleti és járési zava-rai visszafejlődtek. Műtét óta (10 hó) teljesen panaszmentes. A másik, 59 éves nőbetegnél a III. hátságigolya magasságá-ból mandula nagyságú daganatot távolítottak el, amely szövettanilag szintén meningeomának bizonyult. Műtét után a compressió tünetek visszafejlődtek és a beteg restitutio ad integrummal gyógyult.

Piri L.: *Gyökeres műtéttel gyógyított hasnyálmirigy-tömlő esete.* 22 éves férfibeteg mutat be, kinek hasnyál-mirigyének farki részéből emberfejnyi valódi tömlőt siker-ült eltávolítani. Eltávolítás után látták, hogy a feji részben ettől független, mintegy tojásnyi nagyságú hasnyálmirigy-szövelet körülvevő másik tömlő van, melyet azonban kihá-mozni nem lehetett. A has sebébe kivarrva, megnyitották. Sima gyógyulás.

Előadás:

Vizer T.: *Kent-nyaláb útján történő ingervezetés klini-kaiképeiről.* Wolf-Tankinson és White 1930-ban több olyan elektrokardiogramot írtak le, amelyeknél az átvezetési idő rövid volt (átlag C 0.10"), a QRS complexum széles (0.18" körül). Rendesen bal-szív kérés állott fenn. Az inger a sinus-csomóból indul ki, de a rendesen rövidebb úton jut le a jobb kamrához. Ezt az utat minden valószínűség sze-rint a Kent-nyaláb képezi, mely a sinus-csomót a jobb kam-rával köti össze. A betegeknek, ahol ez az anomália fennáll, rendszeren időnként szívdobogások lépnek fel, amelyek órá-kig, esetleg napokig tartanak. Ha gyakran lépnek fel, a be-tegek munkaképességét nagymértékben csökkentik. A ro-hamok kiindulhatnak a sinus-csomóból, a pitvarból, de a kamrából is. Felléphetnek már gyermekkorban, de később is. Rendesen a 40. életév előtt jelentkeznek. A Szent István kórház II. sz. belosztályának egyik nőbetegénél alacsony pulszszám mellett szívbaraj fájdalmak jelentkeztek. Itt jó eredményeket láttak euphillin-dextrose injectióktól. Digita-lis nem használ, chinidin megkísérélhető. Az irodalomban eddig kb. 60 eset szerepel, ebből 16 Magyarországból, tehát sok esetet nem ismernek fel. A prognosis jó. Tekintve, hogy sectiós lelet nincsen, a tachykardiás rohamokat biz-tosan nem tudjuk megmagyarázni. Legelfogadottabb *de Boer* feltevése, mely szerint az inger körmozgást végez, a Kent-féle nyalábon keresztül jut le a kamrába és innen a His-nyalábon vissza a sinus-csomóhoz.

Czmór Gy.: *A röntgendiagnostika lehetőségeinek és je-lentőségének körvonalai.* (Kézirat nem érkezett.)

A Debreceni Orvosegyesület november 3-i ülése.

Előadások:

Ebergényi S.: *Az emlőváladék és a pete életviszonyai-nak összefüggése.* A debreceni női klinikán 510 asszonyai- 818 alkalommal vizsgáltuk meg az emlő váladékának jelle-gét a vetélésekkel kapcsolatban abból a célból, hogy az *imminens* és *incipiens* vetélés kétes eseteiben mennyiben lehetne azt diagnosztikus és prognosztikus szempontból érte-kesíteni. A váladékvizsgálatnál 3 jelleget különböztetünk meg: *colostrumot*, *átmeneti váladékot* és *tejet*. Az átmeneti váladékot a vizsgálatok eredményei alapján a tejhez hasonló értékűnek kell tartani. Ezt ugyanis szintén azt jelzi, hogy a hormonális egyensúly már meg van zavarva.

A 430 vetelő és 80 zavartalan terhesség vizsgálatának eredménye azt mutatta, hogy a *megtartott terhességnél* és a *fenyegető vetélésnél* 67%-ban colostrumot, 6%-ban átmeneti váladékot és 2%-ban tejet találtunk. 25%-ban az emlőből váladék kiperéselhető nem volt. Ezzel szemben a *megindult és befejezett vetéléseknél kb. fordított a viszony.* Ilyen mó-don az *imminens*, ill. *incipiens* vetéléseknél 70%-os bizton-sággal nyerhetünk támpontot arra, hogy a terhesség zavar-talanul fejlődik, vagy megszakadt. Ha azonban leszámítjuk azon eseteket, amidőn az emlőkben váladék nem volt, úgy *reactia váladékot* adó emlőknél 90%-ban ad megbízható eredményt.

Minél többször volt teherben az asszony és minél keve-sebb idő telt el az utolsó szoptatástól ill. terhességtől, vé-gül minél régebb idő óta tart a vérezgetés, annál inkább kaptunk a terhesség későbbi lefolyása által is igazolt helyes eredményt. Ha a terhesség alatt váladék még nem volt, a váladék megjelenése a terhesség megszakadásának a jele még akkor is, ha az csak colostrum. Az emlőváladék jelleg-zetes alakulását a művi vetéléseknél és a méhen-kívüli terhességnél, továbbá a két emlőnek egyidejűleg tanúsított különböző működésénél is vizsgáltuk. Cushing-kórosoknál, méhenbelül elhalt (főleg macerált) magzatoknál, missed abortionoknál, habitualis vetéléseknél szinte szabályszerűen tejet találtunk. Mindezekkel éppen ellenkezőleg mola ter-hességnél, chorionepitheliomáknál colostrumot észleltünk.

Az A. Z. reakcióval és a szövettani képpel is végeztünk összehasonlítást. Az elhalt bolyhoknál és negatív A. Z. reac-tiónál kb. 90%-ban tejet kaptunk. A. Z. pozitív eseteiben nem mindig kaptunk colostrumot. Ez azonban nem a próba értékét emeli. Ugyanis az *imminens* vetéléseknél a *tej* meg-jelenése már hetekkel előbb jelezheti a terhesség folyama-tában beállott zavart már akkor, amikor még az A. Z. reac-tio pozitív.

A próba értékének emelése céljából a natív készítmény helyett a supravitalis festés és a benzidin-reactio alkalma-zását is felhasználtuk. Ily módon a mag és zsírszemcsék megfestésével a colostrumtestek idősségére is következtetni lehet. Ezen vizsgálatunk folyamatban vannak.

Penkert M.: Rámutat arra, hogy a colostrum és tejkép-ződés közötti különbség tulajdonképpen és főleg kvantitatív jellegű, minek következtében a kettő között éles határvona-lat húzni nem lehet, hiszen a szülés utáni physiologiás colostrum elválasztás is fokozatosan megy át tejelválasz-tásba. Azt hiszi, hogy a megváltozott pete-életviszonyok regisztrálására alkalmasabb, ha az emlőmirigy elválasztá-sának általánosabb jellegű megváltozásáról, dysfunctiójáról beszélünk.

Kovács F.: Az a körülmény, hogy a colostrum és tej-képződés közötti különbség kvantitatív jellegű, nem jelzi azt, hogy a próba diagnosztikus és prognosztikus vonatkozás-ban nem értékes. Az Allen-Doisy-féle nagy értékű bioló-giai próba is csupán a hüvelyváladék sejtes elemeinek mennyiségi eltolódásán alapszik, mégis alapvetően fontos belső hormonális történések kifejezője és mint ilyen, nagy gyakorlati jelentőségű.

Geszi J. és Pongor F.: *Egy új prognosztikai reactio.* Ki-sérleteikben azt a kérdést tették kutatás tárgyává, hogy milyen klinikai megállapítások nyerhetők azzal a módszer-rel, amellyel gümőkóros betegek gelifikált vérsavójában elektrolytek diffúziósebességét mérjük. A Serény-féle ú. n. lúgsüllyedési próbával értékesíthető eredményhez nem ju-tottak. Kedvezőbb eredményeket kaptak a Glass-féle dif-fúziós próbával. A próba kivitele oly módon történik, hogy a kongóvörössel megfestett vérsavót propionsavval coagu-

láljuk, majd háromszor normál sósavoldatot rétegezzük a gel fölé és 24 óra múlva leolvassuk a sósav diffúziósebességét. 500 esetben a próba különösen azoknál a betegeknek volt pozitív, akiknél súlyos tüdőgümőkór állott fenn. A véresejt-süllyedési értékkel a próba nem adott ugyan egyöntetű eredményt, mégis sikerült ezzel az eljárással a magas véresejt-süllyedési értékkel járó betegek csoportjából a teljesen infaust eseteket elkülöníteni. Foglalkoztak a próba mechanizmusával és úgy találták, hogy a próba pozitivitása főleg a savó fehérjetartalmával áll összefüggésben.

November 10-iki ülés.

Bemutatók:

Nagy L.: *Spontán pneumothorax ventiljének zárása diathermiás coagulatio útján.* Egy 10 hónap óta fennálló és minden therapiás beavatkozással dacoló spontán pneumothoraxos betegnél thorakoskopiás úton felkereste a ventilnyílást és azt diathermiás coagulatióval sikeresen zárta. Az utóbbi 15 év irodalmában, tehát a thoracosopia térhódítása óta mindössze egy hasonló közlemény található, mégpedig *Dahlstadtól*, de ő az elektromos coagulatióval nem tudott eredményt elérni. *Arnaud*, *Xalabarder* és *Cova* pedig idegen anyagnak (paraffin, vivocoll) a fistulanyílásba való csöpögtetésével értek el eredményt. Az irodalomban tehát ez az egyetlen ilyen módon végzett sikeres beavatkozás. Az eset 3 szempontjából is figyelmet érdemel: először a technikai megoldás miatt, másodszer mert ritka, harmadszer mert tanulságos.

Előadás:

Skutta Á.: *Inoperabilis testihibák javítása terén elért újabb eredmények.* (Esetek bemutatásával.) Az esztétikai prothesisek legtokéletesebb fajtát a rugalmas gelatina prothesisek képezik. *Henning* kezdeményezése óta 40 év alatt e téren a betegellátás, az anyag, a technikai megoldás és különböző prothesis-typusok kialakulása tekintetében lényeges haladás történt. A régebbi és újabb kivitelű orr-, fülkagyló-, többféle lebenyszerű pótlást mutat be. Új típusú prothesisek közül szemüveget kítő, üvegsemet is magában foglaló szemhéjprothesiseket, továbbá ujj és mamma-prothesist is demonstrál. — Vetített képeken esztétikai prothesisekkel elért újabb eredményekről számol be. A rugalmas esztétikai prothesisek, mivel bőrre alkalmazhatók, ártalmatlanok is lehetnek erre. A dermatologus szerepe ily prothesisek alkalmazása terén úgy praeventív, mint therapiás szempontból nélkülözhetetlen.

Szendi B.: *Kettőstorzok az újabb biológiai kísérletek és örökléstani kutatások tükrében.* Adat a nem alakulásának kérdéséhez. 2 thorakopagust ismert az újabb biológiai és emberi örökléstani (iker) kutatások szemszögéből. A magzatpárok mindegyikében azonos szerveken (mellkas, szív, máj, k. zs., lepény és lepényi vérkeringés), hosszstengélyükkel párhuzamosan függnek össze. Egymásnak tükröképei szerveik morfológiájában (tüdő, lép, stb.), a j. o. magzatok szervei situs inversusban voltak. De a nemi szervek a magzatpárokban alakilag és fejlettségben különböztek. Az I. pár egyik tagja feminin pseudohermaphrodita volt — hasonló esetet eddig nem ismertettek, — a II. pár egyik tagjában pedig az ivartractus féloldala hiányozott. A pseudohermaphrodita mellékveséjében fuxinophyl sejtcsoportok voltak, melyeket egyesek masculináló hatásúnak tartanak. Lehet, hogy esetében ez volt a hermaphroditaság oka. Kettős torzai ezen különbségek ellenére is csak egyetűjűek lehetnek. E ritka esetek értékes bepillantást nyújtanak úgy az ember-fejlődés, mint a biológiai és ember öröklődési problémákban.

Kovács F.: A kettőzött torz egyik ikermagzatának pseudohermaphroditismusa értékes adat annak az igazolására, hogy az x chromosoma egyedül nem elegendő a nem determinálására, hanem ahhoz egyéb társtényezők is szükségesek. Hozzászóló utal e tekintetben *Keller* és *Tandler* észleléseire, amelyek szerint különmemű ikerborjaknál a nőstény pseudohermaphroditává fejlődik, ha lepényeik edényhálózatában közösség van. Ilyenkor ugyanis a hím iker ivarjellege a nőstény embryonalis ivarszerv kezdeményét hormonális úton befolyásolja. Ezzel kapcsolatban hivatkozik a *Bonelia* nevű tengeri féreg nemi kialakulásának érdekes viszonyaira is, valamint saját, 1924-ben végzett here-transplantációs kísérleteire, melyek által a fehérpatkányok nemi arányszámát a normális 106:100-ról 153:100-ra

sikerült eltolni. Ezen kísérletek eredményeit újabban *Ludwig* és *Ries* eredményei is megerősítették, akik tyúktojás-sokba fecskendezett hormonkészítményekkel értek el hatalmas nemi arányszám-eltolódást. A nemi jelleg ilyen erős befolyásolása csupán a legkorábbi pete-differentiálódási stádiumában lehetséges; de kisebb mértékben kivételesen a későbbi életkorban is előfordulhat megfelelő alkati intersexualis adottság mellett a belső hormonális milieu hirtelen megváltozása következtében. Hozzászóló hivatkozik két általa észlelt ilyen petefészek eltávolítása, illetve climax bekövetkezése által észlelt ilyen petefészek eltávolítás, illetve climax bekövetkezése által kiváltott erősen kifejlődött hirsutismusra. Ezek a kísérletek és klinikai tapasztalatok azon reményre jogosítanak, hogy bizonyos intersexualis típusú fejlődési rendellenességnél (hypospadiasis, stb.) a születés után rögtön megkezdett erőteljes, megfelelő hormonkúrával, esetleg bizonyos javulási eredmények remélhetők.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztályának november 15-i ülése.

Bemutatók:

Zoltán I.: *Endonasalis műtételt eltávolított alsó orrkagyló carcinoma.* 46 éves férfibeteg, j. o. alsó orrkagylójának hátsó felén nem kifehélyesedett, dudoros tumor látható. Szövettanilag Cc. basocellulare. Röntgenvizsgálat a melléküregeket mindkét oldalt normalisnak mutatja. Mirigyek a nyakon nem tapinthatók. A daganat teljesen a kagylóra localisálva látszik, ezért az orrfelől teljes alsó kagyló-kiirtást végzett. A középső kagyló operculumát is resecálta és a középső orrjárat nyálkahártyáját az alsó kagyló tapadása közelében eltávolította, de ezen részeken daganat szövettanilag nem volt kimutatható. A műtét után három héttel a resecált kagylónak megfelelően granulatiók keletkeztek, melyek histológiailag daganatnak feleltek meg. Ezért legközelebb *Denker* szerint gyökeres műtétet fognak végezni.

Kepes P.: A bemutatott esethez hasonló demonstrál. Ez esetben is az alsó kagyló hátsó végéhez közel foglalt helyet a rákos daganat. Gyakori vérzéssel hívta fel magára a figyelmet. A gyakorló orvosok tüdővérzésre gondoltak, amíg a szakorvos meg nem állapította a vérzés okát. A kagyló nem endonasalis, hanem permaxillarisan, *Danker* szerint távolította el. A szövettani vizsgálat laphámrákot mutatott, papillaris szerkezettel.

Angyal F.: Az orrüreg hátsó részének regionalis nyirokcsomói a hátsó garatfal mögött és a garat oldalsó falán lévén, kívül a nyakon áttételeket csak a betegség igen előrehaladott szakában találunk. A garat mögötti nyirokcsomók természetesen már igen korán megbetegedhetnek és ezt a körülményt a műtét utáni röntgenbesugárzás alkalmával figyelembe kell venni.

Dénes L.: *Stroboskopiás vizsgálatok demonstrálása.* Az Orr-, Gége- és Fülklinikára újonnan beszerzett stroboskopiás készülékén ismerteti a vizsgálatok lényegét. A stroboskopiás vizsgálat megállapíthatjuk: 1. a hangszálagok pontos helyzetét bénulásoknál, 2. az elkülönítő kórismet a recurrens bénulás és ankylosis között, 3. a pontos diagnosist functionális megbetegedés (insufficiencia, stb.) esetén. Az egyik hangszálag kifejezett rezgési eltérése kezdődő daganatos elváltozásra mutathat.

Előadás:

Réthy A.: *A gége sagittalis röntgenvizsgálata.* A gége oldalirányú röntgenképe fontos útbaigazítással szolgál a csontosodás, a szűkületek és daganatokat illetőleg. Hátánya az, hogy a gége két oldalának képe egymást fedi. *Réthy* 1912-ben adta meg a módját annak, hogy a gerincoszlop kiiktatásával sagittalis, azaz antero-post. felvételeket készíthessünk. Megfelelő alakra vágott, fény- és nyálmentesen csomagolt filmet vezet az érzéstelenített hypopharynxba, s a felvétel tengelyét olyan módon vezeti a lig. conicumra, hogy a tengely a melikas felé 15°-al hajoljon el a merőleges iránytól. Az ily felvételen a gége lumenének finom rajzolatát kapjuk meg; jól látható a nyelvcsont, az epiglottis, az arytájak, ál- és valódi hangszálagok conturja.

A gége lumene átmegy a trachea ürébe. Oldalt a periformis árok látható. A porc elváltozásai, szűkületek, tumorok pontosan kimutathatók e felvételeken. Az eljárás hátránya az, hogy hypopharyngealis elváltozásoknál nem alkalmazható. A gégeröntgenológia további fejlődését teszi lehetővé a tomographia, vagy más néven planigraphia, amellyel sikerül tetszéspontú mélységben a szervekről lapszerű felvételt készíteni. Így a gégeről centiméternyi közökben készíthetjük a harántmetszetű felvételeket, miáltal az elváltozások lényegéről fontos felvilágosítást nyerünk.

Liebermann T.: Utal a Phonetikai Társaságban tartott előadására, melyben a gége különböző fonatios helyzetének röntgenvizsgálatát ajánlotta contrastanyaggal bevont gége mellett.

A Magyar Phonetikai Társaság november 22-i ülése.

Előadás:

Selényi P.: *Hangfeljegyzés és hanganalysis a katódsugár-cső segítségével.* A gramofon-ipar, a hangosfilm és a rádiótechnika fejlődése az acustikának és vele rokon tudományoknak valóságos újjászületését indította meg. Az acustikai vizsgálatok igen nagy részénél úgy járunk el, hogy a vizsgálandó hangrezgéseket mikrofon segítségével váltakozó áramokká alakítjuk át és ezeket a váltakozó áramokat teszszük további vizsgálat tárgyává. Az ilyen fajta vizsgálatoknak legértékesebb két segédeszköze az erősítőcső és a katódsugár-cső. Az előbbi segítségével az említett váltakozó áramokat majdnem tetszéspontú mértékben megerősíthetjük és ezáltal a vizsgálatnak alávethető jelenségek körét igen nagy mértékben kitágíthatjuk. Az utóbbival viszont a váltakozó áramoknak, tehát egyuttal a velük conform hangrezgéseknek alakját, időbeli lefolyását tehetjük közvetlenül láthatóvá: a szóbanforgó rezgési görbék a katódsugár-csőnek foszforeszkáló anyaggal bevont ernyőjén világító vonalak alakjában jelennek meg. Alapvető fontosságú az a körülmény is, hogy a katódsugárnak, illetve a sugarakat alkotó elektronoknak tömege, azaz tehetetlensége olyan csekély, hogy a katódsugár a hangrezgéseket, sőt még sok millió/mp rezgésszámú rezgéseket is torzításmentesen követ, illetve rajzol fel.

Az előadó ismertette a katódsugár-csőnek, valamint egy teljes katódsugár-oscillograph berendezésnek szerkezetét és működését, bemutatta néhány egyszerűbb hangnak (hangvilla, ajaksíp, füttyülés, énekhangok, stb.) hangképét és végül ismertette azokat a legújabb berendezéseket, amelyek — ugyancsak a katódsugár-cső felhasználásával — bármiféle hangtüneménynek, pl. folyamatos beszédnek, vagy énekeknek analysisét folytonosan és önműködően végzik el.

Winternitz Arnold 1872—1938

A ködös novemberi napokban új áldozatot követelt tőlünk e rendünk gyászával oly terhes esztendő. Megint az első közlő dőlt ki egy, kinek nevét, ha szeretetszülte rövidséggel kiejtettük, bizalom és derű, az őszinte barátság melege és az igazság tiszta fénye öntötte el szívünket. Szelid lelke, mit úgy igyekezett kemény szavak és nyers modor álarcá alá rejteni, elröppent könnyű páráként a nehéz küzdelemből, mit a reá törő rettenetes kórral hónapokon át vívott, ő a tüdősebész, — ki annyi tüdőnek adta vissza az éltető levegőt. Menthetetlenül küzködve, kikerülhetetlen sorsát ismerve, saját magán kellett tapasztalnia, hogy porszem az ember és gyenge az ő tudománya a Természet második urával, a Halállal szemben.

Winternitz Arnold sebész tudásának és sikerének alapját a tökéletes kórtani felkészültség és ismeret képezte, mit *Pertik Ottó* oldala mellett éveken át halmozott fel magában. Mestere *Dollinger Gyula* volt, kinek

klínikáján 1900-ban szerezte műtői oklevelét. Tudományos működése jutalmául a budapesti kar 1906-ban magántanárrá habitálta és már 1911-ben ott látjuk őt a telepi utcai kórház sebészeti osztályának élén, mint hazánk érdemes, fiatal sebészeinek egyik legtöbbet ígérő tagját. Az akkor még kezdet nehézségeivel küzdő agysebészet terén dolgozik mesterétől tanult merész ügyességgel és germán ősöktől örökölt szívóssággal. E téren elért sikereiért, miket a háború alatt bőven volt alkalma szaporítani, 1915-ben a rendkívüli tanári, 1917-ben az udvari tanácsosi címmel tüntette ki Károly király Ő Felsége.

A háború alatt megismerkedik *Sauerbruch*-al a nagy német sebésszel s a két egymásra lelő jellem között rövidesen benső barátság fejlődik ki. Ez tereli érdeklődését e genialis ember által már nagyban üzött tüdősebészet felé. 1919-ben átveszi a Szt. István kórház nagy sebészeti osztályát és egy kitűnő gárdát nevelve magának egész munkásságát ennek szenteli és kiábrándulva a kezdetben sikerekkel biztató tüdőplombálásokból, egyre mesteribb módon végzi a bronchiektasiák, tüdőtályogok és cavernák gyógyítását, a lebenykiirtásokat. Tapasztalatairól az Orvosegyesületben, a Közkórházi Orvostársulatban 1934-ben tartott Semmelweis-előadásában és ismételtelen lapunk hasábjain számolt be.

1936-ban az a nagy elismerés érte, hogy a budapesti facultas a II. sebészeti tanszékre első helyen őt ajánlotta és semmi sem világítja meg szebben minden becsvágytól mentes tiszta lelkét, minthogy soha a legkisebb keserűséget sem érezte azért, hogy nem őt nevezték ki. Ki tudja! — tán az isteni gondviselés óvta törékeny szervezetét egy nagy klinika vezetésének súlyos feladatától. De boldog örömmel fogadta azt a babért, mit a pécsi orvosi facultas nyújtott felé akkor, mikor ez év tavaszán a nyilvános rendes tanári címmel tüntette ki, részben hálából is, hogy pesti számkivetettsége és professzorának pozsonyi helytállása alatt ő tartotta a sebészeti előadásokat.

Huszonhatéves székesfővárosi közkórházi szolgáltatótól tavaly október 1-én vált meg, s boldogan szentelte magát kedvenc olvasmányainak a csillagászat és világtörténelem terén. Baráti körben szívesen elbeszélgetett ezekről az „éjjeli tanulmányairól”, mert rossz alvó volt és csak ekkor ért rá az olvasásra. Szakmájának elsőrangú művelője, igazi, vérbeli sebész volt, akinek készt biztos kórtani tudása és csakis a beteg érdeke vezette. Betegei és emberei rajongtak érte, mert hártalan szívósságot és oly tiszta erkölcsöt sugárzott, aminek ígérete örökké híveivé tette a vele érintkezőket. Két dolgot utált egész életében: a nagyképűséget és a tudományos törtetést, — de ezeknek azután árnyékát sem tűrte maga körül.

Sokszor csodáltuk gyenge testének szívós kitartását. Talán hivatásérzete sokszorozta meg erejét a nagy és nehéz műtétek alatt. A sebészet sötét ellensége a rák győzte le őt, s a nagy tüdősebészt éppen a tüdején támadta meg. Lehanyatlott a kéz, mely annyiszor vette fel vele a harcot, kialudt szellemének szikrája, melylyel oly mélyen látott be az élet és halál titkaiba. — Búcsút intünk felé és emlékét híven őrizzük!

*

Temetése megható, igazi nagy orvos-temetés volt, ahová százak és százak hozták el szenvedéseik emlékét és szívük háláját, miniszterektől, tábornokoktól, előkelő dámáktól a zokogó fejkendő asszonyig. A farkasréti temető templomnak beillő kápolnájában állították fel

ravatalát s a gyászolók tömege a kápolna előtti teret is betöltötte. Az egyházi szertartás után az első búcsúbeszédet *Scipiades Elemér* a pécsi egyetem proectora mondotta, megindító szavakban elékezve meg az elhunyt jelleméről s a lélek hallhatatlanságáról. Utána *Kubányi Endre* a közkórházi főorvosok, *Elischer Vilmos* a magyar sebésztársaság nevében vett búcsút meleg szavakban az elhunytól; — majd a nagy német sebész, *Sauerbruch* adjunctusa, *Middeldorff* prof. emelt szót s német nyelven a következőket mondotta:

— Egy nagy, munkában és eredményekben gazdag élet záródott le elhunytával. Azok az igazságok, miket szakmánk különböző terén megállapított és művésztünkbe bevezetett, nevét ismertté tették messze a magyar határon túl is. Ez a tudományos munkásság, de különösen a mellkas sebészi problémái kapcsolták őt a mi klinikánkhoz s e kapcsolatot még szorosabbra fűzte a két család közötti benső barátság. Fájdalmas szívvel tolmácsolja mesterének *Sauerbruch*nak, klinikájának és a német sebészeknek mély részvétét.

Tanítványai nevében *Skoff Tibor* MÁV. kórházi főorvos vett tőle búcsút, ki 28 évig dolgozott vele egyfolytában és szem nem maradt szárazon.

Azután megindult a pompás menet, elől két koszorus kocsis, hátul a halottól nem tágitó gyászolók sokasága. Kívánsága az volt: „Temessetek el szüleim mellé csendben, egyszerűen, ahogy éltem.” Drága halottunk megbocsátja nekünk, hogy a szeretet, mi életében körülvette őt, áttörte a szűkre szabott határokat s a maga képére méretezte a halotti kíséretet. Lobogó fáklyafény mellett emelkedett egyre magasabbra a virághegy sírhelyén s az utolsó oszladozókkal nehéz szívvel vettünk tőle búcsút.

Vámossy Zoltán.

Hozzászólás a házassági tanácsadás kérdéséhez.

Doros Gábor dr. egyetemi magántanár, a nemi betegségek elleni küzdelem egyik vezéralakja és a családvédelem lelkes művelője az Orvosi Hetilap 1938. évi 47. sz. 1147. oldalán a tőle megszokott alaposággal és szakértelemmel sorolja fel azokat a nehézségeket, amelyeket a házassági tanácsadással kapcsolatos orvosi és szakorvosi vizsgálatok, valamint az ezekről kiállítandó bizonyítványok ügye magában foglal. Megállapításaiból teljesen érthető az az elutasító álláspont, melyet e kérdésben az Országos Közegészségügyi Egyesület és az Antivenériás Bizottság elfoglalt. Kérdés azonban, hogy bár a megállapítások helyesek és indokoltak, helyese-e a belőlük levont elutasítás? Hagyhatjuk-e továbbra is a házasulandókat egészségügyi és fajvédelmi szempontból vakon, tudatlanul és lelkiismeretlenül menni az oltár és anyakönyvezető elé és amiért 100%-os eredményt nem érhetünk el, a kisebbet meg se próbáljuk?

Véleményem szerint ez nem volna helyes és nem szolgálná sem az egészség, sem a család, sem a nemzet védelmét. A Felvidék magyarlakta területeinek visszacsatolása amúgyis érdekünk és kötelességünk teszi, hogy az ottani egészségügyi és socialis intézményekből mindazt magunkévá tegyük, ami helyes és jó, tehát mindenképen széleskörű és alapos reformokra van szükség. Ezekkel kapcsolatban remélhető, — mert szükséges, — hogy a gyakorlati szakemberek meghallgatásra találjanak és a társadalomegészségügy anyagi alapjainak biztosítására is sor kerül. Így mód nyílik

arra, hogy a házassági tanácsadás ne újabb bürokratikus formasággá laposodjék, hanem beilleszkedjék a megreformálandó egészségvédelmi és gyógyító orvosi rendszer új, helyes és socialis szellemébe, ami által kitűzött közérdekű céljait gyakorlati szempontból elérheti.

Mert ha igaz is az, amit *Doros* cikke erősen hangsúlyoz, hogy az egyszeri vizsgálat 100%-ban helyes eredményt nem adhat, a visszaéléseknek tág teret ad, a vizsgáló orvostól képességeit meghaladó, sokirányú, mélyreható szakértelmet kíván, nagy felelősséggel járó munka: az is igaz, hogy mindez bármilyen beteg vagy színlelő orvosi vizsgálatáról — nehezebb esetben — ugyanilyen joggal elmondható. Szerény véleményem szerint tehát az igazság az, hogy *Doros* aggályai a nehéz esetekre vonatkoznak, amelyekben valóban nagy körütekintésre, szakorvosok bevonására és intézeti kivizsgálásra van szükség. Ezek az esetek azonban kisméretűek, legfeljebb a házasságok egyötöd—egyhatod részére vonatkoznak. A kérdés tehát az, hogy mi jobb: 80%-os valószínűséggel megelégedni, vagy a 20% kockázat miatt a házassági tanácsadót elvetni? Azt hiszem, hogy a kérdés ilyenén megfogalmazása esetén a válasz sokkal könnyebb.

Különös súlyt helyeznék azonban arra a körülményre, hogy a távolabbi jövőben egyedül az egészségügyi törzskönyvrendszer megvalósítása alkalmas volna arra, hogy annak pontosan és folyamatosan vezetett, széleskörű adathalmazából az egyén alkátát, öröklési viszonyait és körelőzményét a lehető legnagyobb hitelességgel és pontossággal meg lehessen állapítani. Ilyen esetekben tehát csak a pillanatnyi egészségi állapot megítélése volna szükséges, amire a körelőzmény ismeretében emberi számítás szerint helyes véleményt lehet alapítani.

A második, nem kevésbé fontos, de ezideig elhanyagolt terület az egészségügyi propagandáé. Kötelező népoktatásunk, átszervezés alatt álló iskolánkívüli népművelésünk, zsenge iskolaorvosi rendszerünk, csirájában levő iskolarádió intézményünk, általános és szakvédelmi gondozórendszerünk, társadalmi egyesületeink rengeteg kihasználatlan lehetőséget jelentenek egy cél tudatos, szakszerű és eredményes egészségügyi propaganda számára, amelynek eredményeként nem lesz nehéz a széles néprétegeket a házassági tanácsadás érdekeiket és lehető boldogulásukat szolgáló voltáról meggyőzni. Nincs kétség aziránt, hogy hazánkban nagyarányú és áldozatos nemzetnevelő munkára van szükség, mert a valódi nemzeti egység csak közös eszméken, egységes világnézetben alapulhat, amelyet — elfogadtatása érdekében — propagálni kell. Ez a nemzetnevelés egészségügyi és socialis alkotás, nevelés és gondozás nélkül nem lehet megfelelő. Ezzel tehát a házassági tanácsadás intézményének népszerűsítésére szolgáló keretet megadtuk.

Rátérve a házassági tanácsadás és nemi betegségek kérdésére, remélhető, hogy a magyar nemibeteg-törvény is belátható időn belül érvénybe lép. Ennek népszerű ismertetése az egészségügyi propagandának ugyancsak fontos feladata, amely a cél érdekében nem halasztható a laikus körök képmutatáson és tudatlanságon alapuló álszemérmére való tekintettel. A nemibeteg-törvény valósággal előkészíti a talajt a házassági tanácsadás számára, mert a nemi bajok terén a helyes ismeretek terjesztését szolgálja, az orvosoknak módot ad a nemi bajok alaposabb felkutatására és erélyesebb gyógykezelésére, a betegek kezelésre szorítására.

Ne felejtsük el azt sem, hogy számunkra életbevágóan fontos népesedéspolitikai szempontok rövidesen ki fogják kényszeríteni (külföldi példák hatására) a házassági kölcsön intézményét. Semmi akadálya sem lehet annak, hogy a kölcsön elnyerését megfelelő orvosi vizsgálat eredményéhez kössük.

Hasonlóképpen nagy jelentőséget tulajdonítunk a házassági tanácsadás kérdésében annak a körülménynek, hogy a tanácsadó orvos a vizsgálandó feleket, azok családi, vagyoni és foglalkozási viszonyait ismerje. Ez elsősorban a szorosabb közösségben élő és népmozgalmak által kevésbé zavart falvakban lehetséges, ami azért fontos, mert népszaporodásunk utolsó mentsvára éppen a falu. Ott azonban sokszor halmozódnak olyan betegségek és öröklődő tulajdonságok, amelyekre a házassági tanácsadásnak nagy figyelmet kell fordítania.

De hangsúlyozni kell azt is, hogy azok a kedvezőtlen tapasztalatok, melyeket a házassági tanácsadás terén bel- és külföldön szereztek, nem az intézmény eszmei helyességét cáfolják, hanem a közönség tájékozatlanságát bizonyítják, annak közönyét, hanyagságát, tudatlanságát, álszemérmét és érzélgősségét jellemzik. Ebből tehát világosan következik, hogy a hiba nem az intézményben, hanem annak előzetes szellemi megalapozásában, a vonatkozó egészségügyi alpműveltség és propaganda hiányában van.

Az elmondottakból tehát a következő gyakorlati tanulságokat tartjuk levonandóknak:

A házassági tanácsadás intézményének kötelező formában megvalósítása időszerű, szükséges és hasznos. A vele szemben táplált aggályok inkább lehetőségeken alapulnak és csak az esetek kisebb részére nézve lehetnek érvényesek.

Az intézmény teljes értékű működésének két fontos előfeltétele van: az egészségügyi törzskönyvrendszert általános érvényű kiépítése és az alapos egészségvédelmi tevékenység az oktatás, nevelés és gondozás terén, megfelelő egészségügyi propagandával. Ezzel kapcsolatban sürgősen életbeléptetendő a *nemibeteg-törvény* és a *házassági kölcsönök* rendszere.

A házassági tanácsadás csak a vizsgált személy egyéniségének, alkatának és kórelőzményének ismeretében lehet a helyesség szempontjából megbízható. Ezért a munkából a kezelő- és háziorvost kikapcsolni nem tanácsos. Tiszta esetekben a gyakorlóorvos helyes tanács adására képes és alkalmas. (Úgy pro, mint contra.) Kétes esetekben szakorvosi vizsgálat és intézeti vizsgálat lehet szükséges. Megfelelő vizsgálatok (kérdőpontok kitöltése nélkül) az eredmény nem lehet megnyugtató. Mintául az életbiztosítási kötvények kérdőpontjait ajánljuk.

A vizsgálatok tisztességes honorálása nélkül az egész tanácsadó munka értéktelen formássá válna. A munka végzésére csak arra vállalkozó, szakbeli és erkölcsi garanciát nyújtó orvosok alkalmasak.

Módot kell találni a vizsgálatok ellenőrzésére úgy formai, mint szakbeli szempontból.

Taxative kell felsorolni azon eseteket, amelyekben szakorvosi vagy intézeti vizsgálat szükséges, a házassági engedély időlegesen vagy véglegesen megtagadható, illetve azt meg kell tagadni. Jogorvoslat csak a ténybeli körülmények tisztázására, záros határidőn belüli szakorvosi vizsgálat formájában engedélyezendő.

Megfelelően szabályozandó a házassági jog, olyan értelemben, hogy házasság csak családalapítás céljából, arra képes és alkalmas életkorban, kellő egészségi állapotban köthető. A magtalanság, illetve meddőség válók, mely a tartásdíj-igény elvesztésével jár.

A fentiek alapján tehát a házassági tanácsadás célja az, hogy a házasság kérdését a házasulandók körében tárgyilagossá alakítsa, a házasság anyagi akadályait megfelelő socialis reformokkal eltüntesse, a házasság egészségügyi feltételeiről bizonyosságot szerezzen, arról úgy az érdekelt feleket, mint az államot biztossítsa. Hirdesse azt az élettani alapelveket, hogy a házasság célja a gyermeknevelés; a meddő házasság céltalan és ezért sem erkölcsi, sem anyagi támogatásra sem az állam, sem a társadalom részéről nem tarthat igényt; értékben a házasságon kívüli, de termékeny viszonyok mögé helyezendő.*)

Semmiesetre sem osztom ezt a véleményt, mert a vadházasságok nagymértékben elszaporodnának, miután erkölcsileg és anyagilag támogatásban részesülnek. Már pedig tudjuk, hogy a házasságon kívül született egyének az asocialis elemek nagy részét képezik.

Végül még azt kívánjuk megjegyezni, hogy bármilyen tökéletesnek látszó formában induljon is meg a házassági tanácsadás munkája, a kezdet nehézségeivel mindenképpen meg kell küzdenie. Csak az élet fogja megmutatni a felmerülő sokféle probléma helyes megoldásának legmegfelelőbb módját és csak kellő számú eset tanulságaiból válik leszűrhetővé a munkavégzés helyes módja. Ezért fontos tehát, hogy az intézmény megalkotásával ne sokat késlekedjünk, mert minél előbb alkotjuk meg, annál hamarabb fog annak helyes munkamódszere kialakulni és hazánk, nemzetünk javára gyümölcsöket teremni.

Zemplényi Imre dr.

*) Semmiesetre sem osztom ezt a véleményt, mert a vadházasságok nagymértékben elszaporodnának, ha erkölcsileg és anyagilag támogatásban részesülnek. Már pedig tudjuk, hogy a házasságon kívül született egyének az asocialis elemek egy részét képezik.

Sz.

VEGYES HIREK

Személyi hírek: Az olasz király és császár az olasz-magyar tudományos kapcsolatok fejlesztése körüli érdemeik elismeréséül *Safrancsik János* Pázmány Péter tudományegyetemi c. rk. tanárnak az olasz koronarend parancsnoki, *Kelemen György* Erzsébet tudományegyetemi c. rk. tanárnak ugyan-e rend tisztii keresztjét adományozta.

Neuber Ede dr. egyetemi tanár orvosi rendelőjét Budapest, IV., Petőfi tér 3. sz. helyezte át. Bőr- és nemibetegek számára rendel d. u. 4-5 óra között.

Munkatársainkat felkérjük, hogy cikkük correcturáját a kézrattal együtt ezentúl kizárólag szerkesztőségünkbe (VIII., Üllői út 26. II.) szíveskedjenek beküldeni.

Orvostári Naptárunk helyes adatainak érdekében kérjük Kartársainkat, kiknek neve a Naptárban szerepel, hogy ha hivatali beosztásuk, lakcímük és telefonszámuk az év folyamán megváltozott, szíveskedjenek azt szerkesztőségünkkel mielőbb közölni.

Orvosi kéziratok németre fordítására ajánkozik *Somsich Józsefné* (IX., Högyes E.-utca, Körtani int.), kinek e téren már 8 éves gyakorlata van.

FAGIFOR „Cito“ lag. orig.

Calcium sókat tart. jóízű mentholos kreosot syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

„CITO“ gyógyszervegyészetigény Budapest, XIV.



HETIREND

December 5-én este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Czeyda Pommerschein Ferenc:* A parathyreoida és mellékvese sebészete.

December 6-án este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése. *Baló József:* A víruskérdés mai állása.

December 9-én d. u. 6 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése. Bemutatások: *Rácz Benő:* Plasztikai eljárások idült genyes mellhártyagyulladás esetében. *Puhr Lajos:* Kő okozta főbronchuselzáródás fulladással. Sorozatos előadások havonta: *Az újabb kutatások eredményei a gyakorló orvos szempontjából.* I. előadó: *Belák Sándor:* A halálozás összefüggése a hőmérsékletingadozásokkal. Hozzászólnak: *Hüttl Tivadar, Perény Gábor, Solth Károly és Wolff Károly.*

Frontátvonulások és kisérőjelenségeik november 22—28. között. A hét első napja frontopathicus szempontból kivételesen súlyos volt, mert este 20 óráig igen fejlett praefrontalis állapot állt fenn, a 20 órai erős felsiklási frontot pedig néhány órán belül két igen erős fejlettségű betörési front követte. A betörési frontok postfrontalis időszaka még 23-ára is áterjedt, viszont 24-én délig frontalis szempontból teljes nyugalom következett. Ezután elég nagy számú, de általában csak gyenge fejlettségű front érkezett. A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatók:*

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő eseményei
hó	nap	óra			
Nov.	22	20	felsiklási	erős	Nyomászuhanás 21-én du.tól 18 mm. e-5 mm
	22	21	betörési	"	Heves zápor, 8 mm.
	22	22	"	"	Szélvihar Ény-ról. max. seb 24 m/mp.
	24	14	"	gyenge	Szélelenkülés,
	24	24	"	"	" és szellőrd. K-ről É-ra.
	25	21	felsiklási	"	Kevés praefrontalis eső.
	25	23	betörési	mérsék.	Hirtelen szélugrás, szellőkések.
	26	2	"	gyenge	Új szélelenkülés.
	27	1	"	"	Kevés postfrontalis eső.
	27	14	"	"	Szélelenkülés.
	28	9	felsiklási	"	Kevés praefrontalis eső.
	28	19	"	"	"
	28	19	"	"	"
	28	19	"	"	"

A meteorotrop jellegű physiologiai és pathologiai jelenségek olyankor lépnek fel határozottan, vagy a rendesnél súlyosabb mértékben, amikor az időjárási elemek közül nem csak egy, vagy kettő változik meg, (pl. nem csak a hőmérséklet, vagy nem csak a légnyomás, vagy csak a levegő elektromos állapota), hanem olyankor, amikor az összes időjárási elemek egyszerre és hirtelen, ugrásszerűen változást szenvednek. Ez történik az ú. n. frontok lakóhelyünk feletti átvonulásakor, amelynek időpontjában megváltozik a hőmérsék, a szél iránya és ereje, a légnyomás turbulentiája, a levegő sugárarócsátása, szennyezettsége, nyomása, elektromos állapota, stb. vagyis a frontátvonulás alkalmával a meteorologiai környezet teljes és hirtelen megváltozása játszódik le.

Tapasztalás szerint a fronthatások igen sokfélék és specifikus jellegűek, amennyiben a fronthatások egy része csakis az ú. n. felsiklási frontok átvonulását megelőző órákban jelentkezik, más fronthatások viszont csakis az ú. n. betörési frontok átvonulását követő órákban mutatkoznak. Példák: régi műtéti és baleseti sebhelyek sajjása, bizonyos neuropathát izalmi állapota a felsiklási frontok átvonulása előtt áll be; az eklampsziás rohamok a betörési frontokon postfrontalisban jelentkeznek.

A felsiklási frontokon és betörési frontokon kívül van még egy harmadik frontja, az ú. n. veszteglő front; ez igen feltűnő meteorologiai jelenségekkel jár, (tartós erős eső, hófúvás, árvíz), de az élő szervezetre közvetlen frontopathikus hatása nem szokott lenni.

Aujeszky dr.

*) A táblázat utolsó rovatában szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. Kir. Orsz. Meteorologiai Intézet öniró műszereinek adatai.

241.200—1938. XIV. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETÉNY.

A 241.000/1938. B. M. sz. rendeletben foglaltakhoz képest az alább megjelölt községi orvosi és — a közegészségügyi kör székhelyének és az odatarozó községeknek, tanácsoknak, pusztáknak, vagy egyéb lakott helyeknek meghatározása mellett — új körorvosi állásoknak szervezését rendeltem el.

Abauj-Torna vármegye: Halmaj (Halmaj, Kásmárk, Felsődobosza, Hernádkércs, Nagykinizs, Szentistvánbaksa, Csobád és Kiskinizs községek), Bakta (Bakta, Beret, Detek, Szárazkék, Felsőgagy, Alsógagy, Gyagyapáti, Abaujsáp, Rásony, Léh, Szárazberencs és Fancsal községek), Fulókércs (Fulókércs, Pusztaradvány, Fáj, Szemere, Szalaszend, Litka és Csenyete községek), Gönc (göncvidéki kör: Telkibánya, Abaujvár, Alsókéked, Felsőkéked, Pányok, Zsujta, Hidasnémeti és Tornyosnémeti községek), Hollóháza (Hollóháza, Füzér, Füzérkomlós és Nyiri községek), Hidvégardó (Hidvégardó, Becskeháza, Tornaszentjakab, Tornanádaska és Bodvalenke községek), Szikszó (szikszóvidéki kör: Aszaló, Onga és Alsóvadász községek) és Abaujkér (Abaujkér, Abaujalpár, Sima, Baskó, Gibárt, Hernádbüd és Boldogkőujfalu községek) községi székhelyekkel alakított közegészségügyi körökben egy-egy körorvosi állás.

Bács-Bodrog vármegye: Felsőszentistván községben egy községi orvosi állás.

Baranya vármegye: Ujpetre (Ujpetre, Peterd, Pécsdevescer, Kiskassa, Vókány, Ivánbattyán és Nemetpalkonya községek), Baranyajenő (Baranyajenő, Baranyaszentgyörgy, Gödre, Gödreszentmárton, Palé, Tormás és Szagy községek), Egyházaskozár (Egyházaskozár, Hegyhátmaróc, Száráz, Mékényes, Nagyhajmás, Tófü és Bikal községek), Babarc (Babarc, Liptód, Versend, Szalyk és Kisnyárad községek), Somberek (Somberek, Cseledoboka, Bar és Cselegörcsöny községek), Berkesd (Berkesd, Ellend, Pereked, Szilagy, Püspökszenterzsébet, Kátoly, Kékesd és Szellő községek), Abaliget (Abaliget, Husztot, Kovácsszénája, Tekerés, Orfú, Mecsekkrákos, Bános, Mecsekzakál, Hetvehely és Okorvölgy községek), Erdősmecske (Erdősmecske, Apátvarasd, Lovászhetyény, Pusztakisfalu, Ófalu és Feked községek), Egyházasharaszti (Egyházasharaszti, Alsószentmárton, Gordisa, Kistapolca, Matty, Old és Siklósnagyfalu községek), Diósvizsló (Diósvizsló, Hegyszentmárton, Kóros, Márfa, Rádalfalva és Szava községek), Baksa (Baksa, Siklósbodony, Babarczóllós, Kisdér, Tengeri, Téseny, Kisasszonyfa és Ozdfalu községek), Dencsháza (Dencsháza, Szentdienes, Bánfa, Katádfa, Rózsafa és Magyarzentiván községek) és Csányoszró (Csányoszró, Nagycsány, Kemse, Piskó, Zaláta és Sósvertike községek) községi székhelyekkel alakított közegészségügyi körökben egy-egy körorvosi állás.

Békés vármegye: Békés (Bélmegyerpuszta székhellyel) és Endrőd (Kondorosi pusztá székhellyel) községekben egy-egy községi orvosi állás.

Bihar vármegye: Derecske (hozzácsatolva Tépe község) és Sarkadkeresztúr (hozzácsatolva Sarkad község külterületének északi része) községekben egy-egy községi orvosi állás.

Magyarhomorog (Magyarhomorog és Körösszakál község), Mezőpeterd (Mezőpeterd és Váncsod községek) és Berettyószentmárton (Berettyószentmárton, Bakonyszeg és Mezősas községek) községi székhelyekkel alakított közegészségügyi körökben egy-egy körorvosi állás.

Borsod, Gömör és Kishont k. e. e. vármegyék: Mezőcsát (hozzácsatolva Tiszakeszi község), Bolyok, Diósgyőr, Sajószentpéter (hozzácsatolva Sajóbáony, Berente és Alacska községek) községekben egy-egy községi orvosi állás.

Lak (Lak, Szakácsi, Irota, Hegymég és Damak községek), Disznóshorvát (Disznóshorvát, Suhakálló és Mucsony községek), Tard (Tard és Mezőnyárad községek), Mezőnagymihály (Mezőnagymihály és Gelej községek), Borsodivánka (Borsodivánka, Négyes, Tiszavalk és Egerlővő községek), Sajóvamos (Sajóvamos, Sajósenye, Arnót és Sajópálfalva községek), Ujhuta (Ujhuta, Óhuta, Répáshuta és Hámor községek), Borsodnádásd (Borsodnádásd, Járdánháza és Batalon községek) Bóta (Bóta, Uppony, Királd, Sajómercse és Sajóvelezd községek) és Dédes (Dédes, Má-

VIPERIN
a nátha legújabb gyógyszere

Az ártalmatlan kigyóméreg-kenőcs a kar bőrébe dörzsölve gyorsan szünteti a náthát.

Előállítja: Dr. Pápay-f. oltóintézet és szérumtermelő r.-t. Bp., IX., Lónyay-u. 12.

lyinka, Tardona és Bántapolcsány községek) községi székhelyekkel alakított közegészségügyi körökben egy-egy körorvosi állás.

Csanád, Arad és Torontál k. e. e. vármegyék: Nagymajlát (Nagymajlát, Nagykopáncs és Ambrózfalva községek), Reformátuskövácsháza (Reformátuskövácsháza és Vég-egyháza községek) és Ujszentiván (Ujszentiván és Ószentiván községek) községi székhelyekkel alakított közegészségügyi körökben egy-egy körorvosi állás.

Csongrád vármegye: Kiskundorozsma (Forráskút tanya-központ székhellyel), Pusztaszer (az orvos ideiglenesen Kisteleken lakhatik) és Kiskirályság községben egy-egy községi orvosi állás.

Fejér vármegye: Bicske (hozzácsatolva Csabdi község), Tárnok, Érd (hozzácsatolva Százhalombatta község), Zámoly, Mór (hozzácsatolva Bakonysárkány és Nagyveleg községek), Előszállás, Nagylók és Ivánca községekben egy-egy községi orvosi állás.

Pázmánd (Pázmánd és Vereb községek) és Alcsut (Alcsut, Vértessedő és Bodmér községek) községi székhelyekkel alakított közegészségügyi körökben egy-egy körorvosi állás.

Győr, Moson és Pozsony k. e. e. vármegyék: Rábapatonna községben egy községi orvosi állás.

Dunakiliti (Dunakiliti, Feketeerdő, Cikolasziget, Doborgaszsiget és Sérfenyősziget községek), Pázmándfalu (Pázmándfalu, Pázmándhegy, Győrság és Nyalka községek), Nagybarátfalu (Nagybarátfalu, Nagybaráthegy, Kisbaráthegy és Kisbarátfalu községek), Győrzámoly (Győrzámoly, Győrújfalva, Győrladomér és Dunaszeg községek), Kajár (Kajár, Kispéc és Sokorópátka községek) és Rábacsécsény (Rábacsécsény, Mórchida, Rábamentmihály, Kisbabót, Rábamentmihály és Mérges községek) községi székhelyekkel alakított közegészségügyi körökben egy-egy körorvosi állás.

Heves vármegye: Nagyréde, Átány, Hatvan és Heves (hozzácsatolva Hevesvezekény község) községekben egy-egy községi orvosi állás.

Bátor (Bátor, Egerbakta, Hevesaranyos és Egerbocs községek), Hasznos (Hasznos és Tar községek), Visonta (Visonta, Abasár, Pálosveresmart és Gyöngyöshalmaj községek), Detk (Detk, Hevesugra és Ludas községek), Parád (Parád és Bodony községek), Sirok (Sirok, Bükkszék, Terpes és Szajla községek), Tarnalelesz (Tarnalelesz, Bükkszenterzsébet, Szentdomonkos és Fedémes községek) és Erk (Erk és Tarnaörs községek) községi székhelyekkel alakított közegészségügyi körökben egy-egy körorvosi állás. (Megszűnik a Tarnaszentmiklósi közegészségügyi kör.)

Jász-Nagykun-Szolnok vármegye: Jánoshida, Kunhegyes, Törökszentmiklós (Kengyel székhellyel) és Jászapáti községekben egy-egy községi orvosi állás.

Alattyán (Alattyán és Jásztelek községek), Nagyrév (Nagyrév és Tiszainoka községek) és Tiszasas (Tiszasas és Tiszaug községek) községi székhelyekkel alakított közegészségügyi körökben egy-egy körorvosi állás.

Komárom, Esztergom vármegyék: Felsőgalla, Tárkány és Bánhida (hozzácsatolva Alsógalla község) községekben egy-egy községi orvosi állás.

Nógrád és Hont k. e. e. vármegyék: Kosd községben egy községi orvosi állás.

Nógrádmarec (Nógrádmarec, Szügy, Iliny és Csitár községek), Kazár (Kazár, Mátraszele és Vizslás községek), Rimóc (Rimóc, Hollókő, Nagylóc, Nógrádsipek és Varsány községek átmenetileg Szécsény székhellyel) és Cserhátszentiván (Cserhátszentiván, Alsótold, Bokor, Felsőtold, Garáb és Kutás községek) községi székhelyekkel alakított közegészségügyi körökben egy-egy körorvosi állás.

Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye: Dusnok, Bócsa, Páhi, Irsa (hozzácsatolva Dányszentmiklós község, székhely Mikebuda külterületi lakotthely), Nagykáta, Dány, Peszéradacs, Vecsés (Ganztelep székhellyel), Farnos és Soroksár (Soroksár-Ujtelep székhellyel) községekben egy-egy községi orvosi állás.

Jakabszállás (Jakabszállás és a Kiskunmajsa községhez tartozó Majsajkabszállás külterületi lakotthely), Őrszentmiklós (Őrszentmiklós, Csomád, Vácrátót és Vácbotyán községek) és Pánd (Pánd és Káva községek) községi székhelyekkel alakított közegészségügyi körökben egy-egy körorvosi állás.

Somogy vármegye: Barcs (hozzácsatolva Drávászentés és Somogytárnóca) községben egy községi orvosi állás.

Görgeteg (Görgeteg, Kuntelep és Rinyaszentkirály községek), Szigetvár (szigetvárkörnyéki közegészségügyi kör: Basal, Hobol, Molvány, Poklósi, Merenye, Pata, Somogyapáti,

Tótszentgyörgy, Kistamási és Nemeske községek), Szentlászló (Szentlászló, Almamellék és Boldogasszonyfa községek), Látvány (Látvány, Visz és Somogytur községek, a kör székhelye még megállapítva nincs), Tab (tabkörnyéki közegészségügyi kör: Kapoly, Sérsekszállás, Torvaj és Zala községek), Inke (Inke és Inkeyantalfa községek), Igal (Igal, Ráksi, Bonnya és Szentgáloskér községek), Attala (Attala, Csoma, Kapospula és Szabadi községek), Kaposméri (Kaposujlak, Bárdudvarnok és Kaposszentbenedek községek), Szöllőgyőrök (Szöllőgyőrök, Gyugy, Balatoncsehi, Orda és Szöllőskislak községek), Szenna (Szenna, Patca, Zselickisfalud, Szilvásszentmárton és Kaposszerdahely községek), Balatonmáriafürdő (Balatonmáriafürdő, Balatonujlak, Balatonkeresztúr és Balatonberény községek), Nikla (Nikla, Csömen és Táskák községek), Miháld (Miháld, Pat és Sand községek) és Somogyszob (Somogyszob és Bolhás községek) községi székhelyekkel alakított közegészségügyi körökben egy-egy körorvosi állás.

Sopron vármegye: Csorna (hozzácsatolva Dör község), Kapuvár (hozzácsatolva Vitnyéd község) községekben egy-egy községi orvosi állás.

Himód (Himód, Hövely, Gyóró és Cziráki községek), Ágfalva (Ágfalva, Sopronbánfalva és Harka községek), Hegykő (Hegykő, Fertőhomok, Hidegség és Fertőszéplak községek), Horvátzsidány (Horvátzsidány, Németzsidány, Peresznye és Olmod községek) és Iván (Iván, Pusztacsád és Csapod községek) községi székhelyekkel alakított közegészségügyi körökben egy-egy körorvosi állás.

Szabolcs és Ung k. e. e. vármegyék: Polgár (Görbeháza székhellyel), Kisvárd (hozzácsatolva Döge), Nagykálló (hozzácsatolva Kiskálló és Biri) és Ujfehértó (hozzácsatolva Érpatak község és Kálmánháza külterületi lakott hely) községekben egy-egy községi orvosi állás.

Prügy (Prügy és Taktakenéz községek), Gáva (Gáva és Tiszabercel községek), Nyirpazony (Nyirpazony és Nyirtura községek), Napkor (Napkor és Sényő községek), Pátroha (Pátroha és Rétközberencs községek), Demecser (demecservidéki kör: Kék, Gégény és Berkesz községek), Kopócsapáti (Kopócsapáti, Révaranyos, Nyírlövő és Lövépetri községek), Piricse (Piricse, Nyirpilis és Encsencs községek), Vasmegeyer (egyelőre Kemece székhellyel: Vasmegeyer, Tiszarád és Beszterec községek) és Mándok (mándokvidéki kör: Eperjeske, Tuzsér és Tizsamogyorós községek) községi székhelyekkel alakított közegészségügyi körökben egy-egy körorvosi állás.

Tolna megye: Dombóvár, Ujdombóvár (Oldalmad-pusztai székhellyel), Kocsola, Dunaföldvár, Paks (hozzácsatolva Dunakömlőd), Kajdacs, Alsónyék, Tolna és Bonyhád (hozzácsatolva Majos) községekben egy-egy községi orvosi állás.

Medina (Medina és Szedres községek), Értény (Értény és Koppányszántó községek), Izmény (Izmény, Györe és Máza községek), Kakasd (Kakasd és Ladomány községek), Kéty (Kéty és Dőripatlan községek), Felsőcsurgópuszta, Juhépuszta, Odolányi szőlőhegy külterületi lakott helyek, valamint Murga és Felsőnána községek), Pálfa (Pálfa és a Fejér megyei Vajta községek), Apar (Apar, Hant, Nagyvejke és Mucsfa községek) és Szálka (Szálka, Grábóc és Möcsény községek) községi székhelyekkel alakított közegészségügyi körökben egy-egy körorvosi állás.

Vas vármegye: Sárvár községben egy községi orvosi állás.

Alsóság (Izsákfa és Mesteri községek), Egyházashetye (Egyházashetye, Borgáta, Kissomlyó, Boba, Köcsk, Kemeneskápolna és Nemeskőcs községek), Pápóc (Pápóc, Kenyeri, Rábakecskéd és Kemenesszentpéter), Torony (Torony, Ondod, Olad, Sé, Dozmat, Kisnarda, Nagymarda és Bucsu községek), Gerse (Gerse, Karátföld, Sáfimizdó, Telekes, Andrács, és Petőmihályfa községek), Dömötör (Dömötör, Sorokújfalu, Sorkitótfa, Sorkikápolna, Sorkipalud, Sorkikisfalud, Nemeskolt, Szentlérend, Gyanógeregye, Püspök-tamási és Rábamónári községek), Alsószőlőnk (Alsószőlőnk, Felsőszőlőnk, Ritkaháza, Szakonyfalva, Rábatótfalu, Orfalu, Permise és Apátistvánfalva községek) és Vasvár (vasvárvidéki közegészségügyi kör: Kismákfa, Nagymákfa, Alsóujlak, Alsóoszko, Felsőoszko és Rábahidvég községek) községi székhelyekkel alakított közegészségügyi körökben egy-egy körorvosi állás.

Veszprém vármegye: Várpalota (hozzácsatolva Tés és Ősi községek) községben egy községi orvosi állás.

Padrag (Padrag, Csékút, Halimba és Őcs községek), Kerta, Nagykamond, Kiskamond, Alsószkáz, Középszkáz és Felsőszkáz községek), Noszlop (Noszlop, Bakonypölöske, Oroszi és Pápasalamon községek), Csót (Csót, Béb, Vanyola,

Pápanyógér és Nagygyimót községek), Bakonyjako (Bakonyjako, Farkasgyepu, Iharkut és Németbánya községek), Bakonyzentlászlo (Bakonyzentlászlo, Bakonygyirót és Fenyőfő községek), Vaszar (Vaszar, Takácsi és Gecse községek), Nemesszalók (Nemesszalók, Külsővat, Vinár és Marcalgergelyi községek), Bakonybél (Bakonybél, Lókut és Szentgál községhez tartozó Hárságy külterületi lakott hely), Bakonycsérnye (Bakonycsérnye és Szápár községek), Tótvázsony (Tótvázsony, Nemesvámos, Veszprémhidegkut és Veszprémfajsza községek), Devecser (devecservidéki közegészségügyi kör: Pusztamiske, Somlyóvásárhely, Borszöröcsök és Kolontár községek) és Marcaltó (Marcaltó, Alsógörzsöny, Felsőgörzsöny és Nagyacsád községek) községi székhelyekkel alakított közegészségügyi körökben egy-egy körorvosi állás.

(Megszűnik a mihányházi közegészségügyi kör.)

Zala vármegye: Keszthely községben egy községi orvosi állás.

Zalabaksa (Zalabaksa, Baglad, Kerkabarabás, Kozmadombja, Kálóca, Cup, Pórszombat és Kerkaszentmihályfa községek), Rédics (Rédics, Lendvadédes, Goszto, Külsősárd, Belsőárd, Gáborjánháza, Bődeháza, Szijártóháza, Zalasombatfa, Resznek és Lendvajakabfa községek), Sármellék (Sármellék, Alsópáhok, Nemesboldogasszonyfa, Égenföld és Zalavár községek), Csopak (Csopak, Balatonkövesd, Balatonarác, Palóznak, Lovas, Alsóors és Felsőors községek), Hahót (Hahót, Pötréte és Felsőrajk községek), Zalasabbar (Zalasabbar, Dióskál, Egeracs, Nagyrada és Kistrada községek), Lesencetomaj (Lesencetomaj, Lesenceistvánd, Lesencenémefalu, Nemesvita és Balatonederics községek), Szepetnek (Szepetnek, Sormás, Eszteregnye és Rigyác községek), Zalaszentbalázs (Zalaszentbalázs, Börzönce, Bocska, Magyar-szentmiklós, Kacorlak, Pölöskefő és Magyar-szerdahely községek), Muraszemenye (Muraszemenye, Murarátka, Csörnyeföld, Szentmargitfalva, Maróc és Kiscsehi községek), Tótszerdahely (Tótszerdahely, Tótszentmárton, Molnári és Semjénházi községek), Becsehely (Becsehely, Póla, Petrivente, Borsfa és Valkonya községek), Gutorfőde (Gutorfőde, Kortaháza, Szentpéterfőde, Náprádfa, Csertalagos, Szentkozmadombja, Zalatárnok és Pusztaderics községek), Csonkahegyhát (Csonkahegyhát, Gomboszeg, Milej, Németfalu, Kustánszeg, Kislengyel, Pajzsszeg, Barabásszeg, Dobronhegy, Pálfiszeg, Bőde és Zalaszentmihályfa községek) és Zalaszentiván (Zalaszentiván, Alibánfa, Ördögheny, Petőhenye, Zalaszentlőrinc, Alsónemesapáti és Nemesapáti községek) községi székhelyekkel alakított közegészségügyi körökben egy-egy körorvosi állás.

Zemplén vármegye: Mezőzombor és Monok községben egy-egy községi orvosi állás.

Ricse (Ricse, Semjén, Cséke, Láca, Nagyrozvágy és Kisrozvágy községek), Hernádnémeti (Hernádnémeti és Berzék községek), Erdőhorvát (Erdőhorvát, Komlócska és Háromhuta községek), Legyesbénye (Legyesbénye és Bekecs községek) és Mikóháza (Mikóháza, Alsóregmec, Felsőregmec, Mátyásháza, Vily és Vitány községek) községi székhelyekkel alakított közegészségügyi körökben egy-egy körorvosi állás.

Ezekre az állásokra, valamint az átszervezéssel kapcsolatosan netalán megüresedő állásokra a 241.100—1938. B. M. számú rendelet alapján pályázatot hirdetnek.

A pályázati kérelmeket a megállapított határidőn belül közvetlenül a m. kir. belügyminiszterhez kell benyújtani. A pályázati határidő a jelen hirdetésnek a „Budapesti Közlöny” c. hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 nap. A pályázati kérvényben a kinevezés akár általánosságban bármelyik meghirdetett állásra, akár azok közül kü-

Sedyl

tabl. 10 × 0'10

megbízható Sedativum, Hypnotikum, Antiepileptikum

Sedyletta

tabl. 30 × 0'15

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum

Szabadon rendelhető: OTI, MABI, MÁV.

Podmaniczky Gyógyszertár, Budapest, VI

lön megjelölt állásra, vagy a megjelölt állások valamelyikére kérhető.

Az állások javadalma a 62.000—1926. B. M. számú rendelet értelmében az állami rendszerű X. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, lakáspénz, és amennyiben a község rendelkezését természetben nem bocsát rendelkezésre, úgy annak bére, fűtési és világítási költsége fejében havi 12 P, továbbá körorvosi állásoknál a vármegye alispánja által megállapítandó utiátalány (fuvardíjatalány). A körorvos, illetőleg az a községi orvos, aki a közegészségügyi szolgálat szempontjából a községhez csatolt más községben, vagy lakott helyen a községi orvosi szolgálatot ellátni tartozik, a megállapítandó utiátalány ellenében köteles a közegészségügyi körbe tartozó valamennyi községet, illetőleg a másik községet (lakott helyet), a megállapítandó kivételektől eltekintve — általában hetenkint kétszer meglátogatni, valamint a járvány vagy más rendkívüli szükség következtében felmerülő kiszállásokat is ellátni.

A szabályszerűen felbélyegzett pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni:

- születési anyakönyvi kivonatot;
- hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítványt;
- állampolgársági bizonyítványt, vagy visszahonosítási, honosítási okiratot, a magyar állampolgárságnak az 1921: XXXIII. tc. 63. cikke alapján igénylését (opciono) tanúsító igazolványt, vagy oly illetőségi bizonyítványt, amely felünteti, hogy a községi illetőség 1921. évi július hó 26-án is fennállott; mindezek helyett orvoskamrai tagoknál elégséges az orvoskamrai tagság igazolása;
- az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet;
- egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat;
- az esetleges tisztai orvosi, illetőleg községi orvosi képesítési igazoló okmányt;
- polgári közszolgálatban való alkalmazást igazoló okmányokat;
- közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztai orvosi bizonyítványt;
- a katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat;
- az esetleges szakképzettséget igazoló okmányokat;
- az esetleges nyelvismeretre vonatkozó adatokat;
- rövid életrajz (curriculum vitae).

A pályázók kérvényükben nyilatkoznai kötelesek afelől, hogy a közhivataloknál, közintézeteknél és közintézményeknél állandó javadalmazással bíró, orvosi képesítéshez kötött alkalmaztatást betöltenek-e, avagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölni.

A közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi lap másolatával is igazolhatják.

Az 1936:IX. tc. 12. §-ának (1) bekezdése értelmében a községi és körorvosi állásokra ezuttal kivételesen olyan orvosokat is ki lehet nevezni, akiknek az idézett tc. 1. §-ának (4) bekezdésében megkivált tisztai orvosi vagy községi orvosi képesítésük nincs meg. Azonban az említett képesítést a kinevezés napjától számított 3 éven belül megszerezni kötelesek, különben állásukat veszítik.

Budapest, 1938. évi november hó 26.-án.

A miniszter helyett:
Dr. Johan Béla s. k.
államtitkár.

A Fehér Kereszt Gyermekórház Erdei Gyógyintézete

3-15 éves gyermekek részére egész éven át nyitva van. Svábhegy, I., Béla király-u. 20. Felvilágosítás és prospektus: Fehér Kereszt kórház Gondnoki Hivatala: Tüzoltó-u. 7-9. Telefon: 143-419.



Valeriana "Teep"
Digitalis "Teep"

forte és mite

forte és mite

pontosan
 titrált friss
 növényi
 tabletták.

Készíti és
 forgalomba
 hozza:

SZILÁGYI IMRE gyógyszerész **MADAUS** laboratóriuma
 Budapest.

Magyarországon 1938 nov. 13 től nov. 19 -ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb.) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Ce-rebrosp. e.		Pollomyelit. ac. ant.		Anthrax		Morbilli.		Varicella		Pertussis		Influenza complic.		Malaria		Typhus exanth.			
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt		
		1. Abaúj-Torna	94.439	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	114.825	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
3. Baranya	251.877	9	—	1	—	1	—	1	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	2	3	—	—	—	—	—	—	—		
4. Békés	338.711	6	—	—	—	2	1	6	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	29	8	6	—	—	—	—	2	—	—	—		
5. Bihar	182.832	3	—	—	—	1	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—		
6. Borsod-Gömör-Kisbont	310.917	6	2	2	—	3	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	3	45	—	—	2	1	—	—	—	—	—		
7. Csanád-Arad-Torontál	174.906	2	—	—	—	—	—	1	—	18	1	—	—	—	—	—	1	—	1	18	1	—	—	—	—	—	—	—	—		
8. Csongrád	148.042	5	1	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	4	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
9. Fejér	231.414	3	—	—	—	1	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	6	2	2	—	—	—	1	—	—	—	—		
10. Győr-Moson-Pozsony	157.401	1	1	—	—	—	—	5	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	1	5	—	—	—	—	1	—	—	—	—		
11. Hajdú	183.047	1	—	—	—	1	1	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	16	10	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
12. Heves	324.605	8	—	—	—	2	—	4	—	16	1	—	—	—	—	—	—	—	18	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
13. Jász-Nagykun-Szolnok	424.811	3	1	—	—	1	—	7	1	8	—	—	—	—	—	—	—	—	4	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
14. Komárom-Esztergom	183.295	3	—	—	—	—	—	1	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
15. Nógrád-Hont	231.167	8	—	—	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	9	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
16. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.488.044	20	—	—	—	7	—	26	—	95	—	—	—	3	—	—	—	—	56	39	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
17. Somogy	391.293	4	1	—	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	2	24	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
18. Sopron	142.161	3	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	18	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs-Ung	429.356	9	1	—	—	1	—	4	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	12	8	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	
20. Szatmár-Ugocsa Bereg	161.277	6	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	
21. Tolna	265.128	8	—	—	—	—	—	4	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22. Vas	271.879	2	3	—	—	—	—	4	—	4	—	—	—	2	—	—	—	—	7	6	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23. Veszprém	248.965	5	—	1	—	3	1	4	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	4	15	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24. Zala	369.809	2	—	—	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	41	5	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
25. Zemplén	150.438	4	—	—	—	1	1	4	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
I. Baja	31.249	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1.059.282	4	—	—	—	10	1	27	1	17	—	—	—	—	—	—	—	—	5	66	15	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
III. Debrecen	126.696	4	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	9	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV. Győr	51.043	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.184	—	—	—	—	—	—	1	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	83.010	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	66.943	2	—	—	—	—	—	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII. Pécs	71.850	1	—	1	—	1	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IX. Sopron	35.918	1	—	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	140.341	—	1	—	—	—	—	2	—	28	—	—	—	—	—	—	—	—	1	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.999	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen:	9.038.189	133	11	5	—	39	7	131	5	3	7	3	1	—	5	—	1	—	258	293	58	8	9	—	—	—	—	—	—	—	—
Medián 1931-37		249	37	4	—	64	13	397	23	372	3	1	—	8	1	—	3	—	366	245	107	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—

VITAJECOL

Természetes A és D vitaminban gazdag
 iztelen és szagtalan standardizált
csukamájolaj

Krompecher Budapest, V., Nádor-utca 15.

Tartalmaz: 1 gr-ban 1500 I. E. természetes A és
 125 I. E. természetes D vitamin.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Gyöngyösi Alapítványi Közkórházban lemondás folytán megüresedett egy segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés világítás és 50%-os térítmény ellenében kiszolgáltatandó I. oszt. étellemezés áll.

A pályázni óhajtok szabályszerűen felszerelt és felbélyegzett kérelmei a Gyöngyösi Alapítványi Közkórház bizottságához címezve, a kórház igazgatóságához küldendők meg. Pályázati határidő: 1938. december 16. napjának déli 12 órája. Elkészve érkezett, a már közszolgálatban álló által pedig a szolgálati út megkerülésével beadott, vagy hiányosan felszerelt kérelmeket figyelembe nem vehetem.

Pályázhatnak nőtlen orvosdoktorok. Magánygyakorlatot folytatni nem szabad. Az állás azonnal elfoglalandó. A választás egy évre szól, azonban javaslatomra további egy-egy évre meghosszabbítható. Távozás két hónappal előbb bejelentendő.

A kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni: a) születési anyakönyvi kivonat; b) hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítvány; c) az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél, vagy annak hiteles másolata; d) egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; e) curriculum vitae; f) közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló újkeletű tisztí orvosi bizonyítvány; g) esetleges katonai szolgálatra vonatkozó bizonyítványok.

Gyöngyös, 1938. november 25.

Wiltner Sándor dr. s. k.
igazgató-főorvos.

Lapunk mai számához a Richter Gedeon vegyészeti gyár Rt., Budapest, *Hyperol*-ról szóló ismertetését csatoltuk.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

PERIHEL naplámpa

ultraibolya és infravörös besugárzásra

A PERIHEL lámpa spektrumában



a napfény
összes
hatékony
sugarai
meglálá-
hatók:
ultraibolya
sugarak
222 μ -ig,
infravörös
sugarak
100 μ -ig.

Aram-
fogyasztása
kb. 50 W.

Ára:
ar. P 260.

Kapható
részletre is.

ENGEL KAROLY ELEKTROMOS GYÁR
Budapest, VII., Vörösmarty-u. 16. Tel.: 14-37-37

TETRACOR-CHINOIN

(hazai gyártású pentamethylentetrazol készítmény)

ANALEPTICUM

EXCITANS

EXPECTORANS

Injectio — Tableta — Solutio — Pulvis

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

MISKOLCZY DEZSŐ
VIDAKOVITS KAMILLÓ

GORKA SANDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANAR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Belák Sándor: A halálozás összefüggése a hőmérséklet-ingadozással. (1203—1208. oldal.)

Haintz Ödön és Romhányi György: A vena portae szűkülete a vena lienalis rögösödésének tüneteivel. (1203—1212. oldal.)

Troján Emil: A genyes szívburokgyulladás és gyógyítása. (1212—1213. oldal.)

Reichenfeld László: Paroxysmusos kamrai tachykardia esete. (1214—1216. oldal.)

Simonovits István: A novurit hatásának erősítése ureum-

mal. (1216—1218. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat kérdései. (197—200. oldal.)

Lapszemle: Belorvosstan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. (1218—1220. oldal.)

Könyvismertetés: (1220—1221. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1221—1223. oldal.)

Mozsonyi Sándor: † Matolcsy Miklós. (1223—1224. oldal.)

Vegyes hírek: (1224—1226. oldal és a borítólappal III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Budapesti Központi Gyógy- és Üdülöhelyi Bizottság az Egyetemi Általános Kórtani Intézettel kapcsolatos Rheuma- és Fürdőkutató Intézetének közleménye. (Igazgató: Belák Sándor ny. r. tanár.)

A halálozás összefüggése a hőmérsékletingadozással.

Irta: Belák Sándor dr., egyet. ny. r. tanár.

A meteoropathologia sokirányú feladatköre közül talán egyik leggyakrabban felvetődő kérdés a hőmérséklet viszonyainak az egészséggel — betegséggel való kapcsolata. Az e téren szerzett tapasztalatokban gyakran találkozunk ellentmondásokkal és ezért szükségesnek láttam, hogy e jelenségek ismeretét saját vizsgálataikkal egészítsem ki. Amikor a környezet befolyását vizsgáljuk, tudnunk kell azt, hogy ennek mivolta sok minden ismert és ismeretlen tényező együtteséből adódik és ha mégis valamelyik tényezőnek a külön befolyását a többi közül kiragadva akarjuk szemügyre venni, akkor ezt csak azzal a fenntartással tehetjük, hogy ugyanakkor más tényezők, amelyek a megvizsgált tényezővel talán éppen valami correlatióban vannak, egyidejűleg szintén érvényesülhetnek.

Ami az emberre gyakorolt hatást illeti, azt — nem beszélve egyes élettani funkciók közvetlen megfigyeléséről — vagy a megbetegedések, vagy a halálozások számával szoktuk mérni. Legbiztosabb volna mindig a megbetegedések számával történő dolgozás, de mivel morbiditási statisztika csak kevés, — inkább csak fertőző megbetegedéseket illetőleg áll rendelkezésünkre, azért legtöbb esetben a halálozás mérvét kell felhasználnunk. A mortalitási számot a hygiene azzal a megfontolással használja az egészségi állapot jellemzésére, hogy minden egyes halálozás háttérében a letalitástól függő bizonyos számú megbetegedés áll, tehát nagyjából a halálozási szám a megbetegedések számára is fényt derít. Ámde a meteoropathológiában kétféle befolyás érvényesülhet: a környezeti tényező egyrészt közvetlen pathogenetikai agens lehet, mint pl. a hőség esetében, de másrészt és pedig talán legtöbbször ön-

maga nem vezet halálhoz, hanem csak már meglévő, más aetiológiával bíró betegségeket súlyosbít annyira, hogy azok halálosakká válnak. Vagyis a környezet bizonyos betegségek letalitását befolyásolja és ebben az esetben a mortalitási szám már nem lesz alkalmas a halál háttérében álló megbetegedések számbeli ingadozásának visszatükrözésére. Amikor tehát a meteoropathológiában a halálozással mint mérőeszközzel dolgozunk tudnunk kell, hogy ez nem minden esetben ugyanaz, mintha egy bizonyos betegség egészségügyi jelentőségét mérjük le a mortalitási számmal.

A feladat körülhatárolása céljából még meg kell említenem, hogy vizsgálataimban a külső légköri, a meteorológiai intézet által megadott hőmérséklet ingadozásairól van szó, vagyis nem volt feladatunk azoknak a mikroklímás temperaturaingadozásoknak vizsgálata, amelynek az egyén kiteszi magát akkor, amikor valamely melegebb helyiségből vagy általában környezetből hidegbe megy át vagy fordítva.

Magában az atmosphaerában jelentkező hőmérsékletingadozások kétfélék. Vannak hosszabb periodusokban lezajló évszakos és a néhány nap vagy néhány óra alatt lefolyó időjárástól függő ingadozások. A halálozás évszakos összefüggéseiről elég sokat tudunk, mégis érdeemes lesz néhány szóval megemlékezni róluk, az időjárás hőmérsékletingadozások kihatásai azonban alig ismertek; mindössze is egy kisebb anyagon nyert adattal találkoztunk (*Jakobs*) és éppen azért láttuk indokoltnak e jelenségek megvizsgálását.

Vizsgálati anyagul a Budapesten az 1926-tól 1932-ig terjedő hét év alatt előfordult napi, összesen kereken 115.000-et kitevő halálozási számok szolgáltak, amelyeket a székesfővárosi statisztikai hivatal bocsájtott rendelkezésemre. A meteorológiai adatokat pedig az Orsz. Meteorológiai Intézet adataiból merítettem.

I. Az időjárásbeli hőmérsékletingadozás.

Ennek a halálozásra való kihatását az ú. n. kiszemelt napok módszerével (*Stichtagmethode*) vizsgáltam meg.

Ez a módszer abban áll, hogy az észlelés anyagából kiszemelünk egy olyan napot, amelyben a vizsgálandó sajtóság, pl. a hőmérséklet úgy ér el magas vagy mélypontot, hogy az előtte és utána való néhány napon is megfelelő szabályos változás, emelkedés, illetőleg esés mutatkozik. Ezen kiszemelt nap értéke elé és utána felírjuk az előtte,

illetőleg utána következő 1–2 nap megfelelő adatait és megnézzük, hogy ugyanezen napokon hogyan viselkedik az a másik jelenség, pl. a halálozás, amellyel a kapcsolatot éppen keressük. Én a hőmérsékleti maximumok és minimumok napjait és értékeit ragadtam ki és pedig úgy, hogy a maximum, illetőleg minimum mint középérték mellett felhasználtam az előtte és utána következő 2–2 nap értékeit; a megfigyelés tehát összesen öt napra terjedt ki. Hosszabb időt, pl. hét napot már nem igen lehet feldolgozni, mert nagyon ritkán esik meg az, hogy a hőmérséklet három napig szabályosan emelkedik és azután megint három napig szabályosan süllyed. Ezeket a hőmérsékleti adatokat sorba egymás a.á írjuk úgy, hogy az 5 napos periodus első, 2-ik, 3-ik stb. napjainak értékei egymás alá essenek és azután az így nyert oszlopokat összeadva és a megfelelő középértékeket kiszámítva eljutunk a hőmérsékletnek egy ilyen összevont, 5 napos periodusban történő átlagos lefutásához. Természetes, hogy megfelelő statisztikai módszerekkel ezen középértékek statisztikai értékelését, a szóródást és a valószínű hibát is meg kell adnunk.

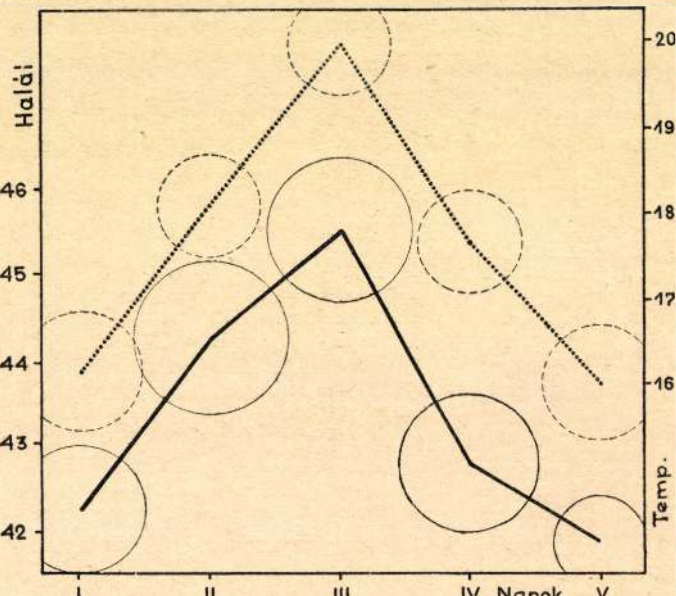
Ezen adatok birtokában azután kiírjuk az ugyanezen napokon előfordult halálozási számokat és pedig ugyancsak egymás alá, mint a hőmérséklet esetében tettük és így eljutunk a halálozási adatoknak ugyanazon napokat illető átlagos értékeihez, mint amely napokat a hőmérsékletnél vettünk figyelembe. A hőmérsékletre és a halálra vonatkozó adatok egybevetéséből leolvashatjuk az eredményt.

Az értékek (görbék) felhasználására vonatkozólag még egy fontos megjegyzést kell tennem, amit nevezetesen rendszerint nem vesznek figyelembe, amiből pedig igen gyakran téves következtetések származnak. (I. Belák: Virchows Archiv 301. 1938.). Hogy az előttünk fekvő konkrét eseteket használjam fel példa gyanánt, ha teszem fel, a választott 5 napos periodus egyes napjain észlelt hőmérséklet középértékéből alkottuk meg az 5 egymásutáni nap hőmérsékletének átlagos lefutását, akkor minden bizonnyal kapunk *egy valamilyen* görbét ép úgy, mint a halálozási adatok is *egy valamilyen* görbéhez vezetnek. Fel kell azonban vetni minden egyes esetben azt a kérdést, hogy vajon az így nyert görbe *kifejez-e egyáltalában valamit*, vagyis hogy emelkedése és süllyedése tényleg a kérdéses jelenség értékeinek valódi emelkedését, illetőleg csökkenését jelenti-e, *vagy pedig a hullámvás tisztán a véletlen műve?* Ennek a megítélésére egyes pontok középértékeinek statisztikai karakterszámait (szóródás, valószínű hiba) önmagukban nem alkalmasak, hanem meg kell vizsgálni azt, hogy a görbe különböző pontjai között, legalább is a hullámhegyek és hullámvölgyek legmagasabb, illetve legmélyebb pontjai között van-e megfelelő jellegzetes (significans) eltérés. Valamely görbe csak akkor fejez ki egyáltalán valamit, ha ennek az eltérésnek az értéke 4, vagy ennél nagyobb. Ellenkező esetben a magas és mélypontokat összefolyóknak kell tekinteni és a görbe egyáltalán nem fejez ki semmit.

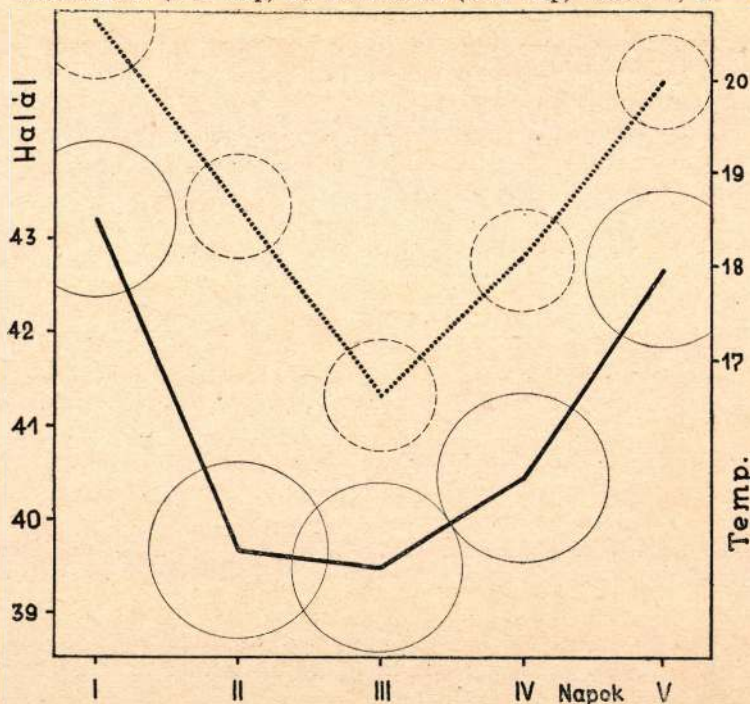
Ezen az értékelés és használhatóság szempontjából annyira fontos viszonyoknak a graphikonban is szemléltető módon történő feltüntetésére alkalmaztam azt az eddig még sehol sem használt módszert, amely az 1., 2. és 3. sz. ábrán is látható. Az ilyen graphikonokban alkalmazott, középértékeket feltüntető pontok igazi értéke tulajdonképpen nem felel meg a matematikai pontnak, mert hiszen kisebb-nagyobb szóródása van; az igazi érték ezen szóródáson belül bárhol foglalhat helyet. Azért én a pont köré egy kört vontam, amely körnek a radiusa az illető középérték kétszeres valószínűségi hibájával egyenlő. Nem akarva messzebbmenőleg kitérni ezen ábrázolási mód statisztikai részleteire, csak annyit jegyzek meg, hogy két egymás feletti pont akkor lesz egymástól jellegzetesen elkülöníthető, ha ezek a körök egymást nem érintik, vagy csak éppen érintik. És ebben az esetben a számított significans differentia legalább 4. Ha a S. D. értéke ennél kisebb, akkor a körök egymásba folynak (I. 3. ábra), ami azt jelenti, hogy nincs jogunk a két pontot egymástól annyira eltérőnek venni, hogy a különbségből valamiféle következtetést le lehessen vonni. Természetes, hogy a leolvasáshoz tulajdonképpen az egyes pontokat nem az ábrán látható helyzetükben kell figyelembe venni, hanem vízszintes irányban eltolva úgy, hogy vertikálisan egymás fölé essenek.

A rendelkezésre álló anyagot két részre osztottuk. Külön néztük meg a vázolt módon egyesítve azokat az eseteket, amelyeknek maximuma, illetőleg minimuma

10° alatt, illetőleg 10° fölött volt. Ezt az eljárást két megfontolás tette indokolttá. Először is az, hogy amerikai, az effectiv temperaturára vonatkozó vizsgálatok kiderítették, hogy az ember a 10° fölötti hőmérséklettel szemben másképpen viselkedik, mint a 10° alattiakkal. Előbbi esetben a nedves levegőt melegebbnek, utóbbiban hidegebbnek érezzük. A 10° tehát bizonyos tekintetben kritikus temperatura az ember számára és azért arra lehetett gondolni, hogy ez a halálozásokhoz történő vonatkozásban is megnyilvánul. Másodsorban pedig eleve kétséges lehetett, hogy ezen alacsonyabb hőmérsékletek adatai a szóbanforgó célra egyáltalában felhasználhatók-e, mert hiszen ilyen hőmérsékletek mellett az ember már másképpen öltözik, tartózkodási helyiségét fűti, tehát tulajdonképpen nem ugyanazon hőmérsékletű környezetben tartózkodik, mint amellyel a szabadban találkozunk és amelyre vizsgálataink is vonatkoznak.

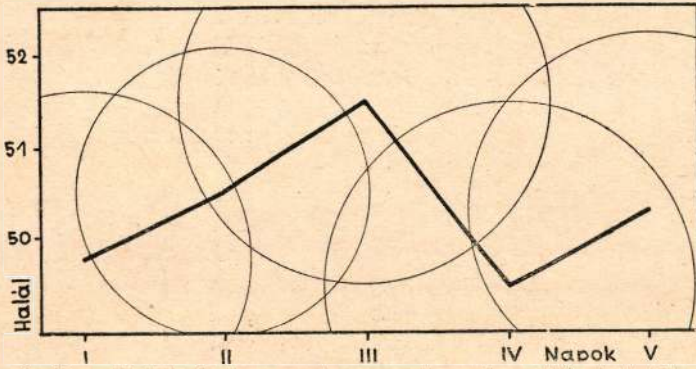


1. ábra. Halálozás temperatura maximumban 10° fölött. 158 eset középértéke. S. D. (significans differentia) a halálozás maximuma (3-ik nap) és minimuma (5-ik nap) között 7, 2.



2. ábra. Halálozás temperatura minimumban 10° fölött. 107 eset középértéke. S. D. a halálozás maximuma (1-ső nap) és minimuma (3-ik nap) között 5,9.

A vizsgálatoknak az 1., 2. és 3. sz. ábrákon feltüntetett eredményeihez alig kell magyarázat. Látni való, hogy 10° -on felüli hőmérsékletek esetén úgy a temperatura maximumában (1. sz. ábra), mind pedig minimumában (2. sz. ábra) eszközölt megfigyelések szerint a halálozás a hőmérséklet emelkedésével szaporodik, süllyedésével pedig kevesbedik. A párhuzam olyan magas fokú, hogy a correlatiós coefficientens $+ 0.9$ körül van. Hogy a közölt adatok a fentebb mondottak értelmében az említett következtetés levonására tényleg feljogosítanak, azt az egyes görbék hullámhegye és hullámvölgye közötti magas significans differentia biztosítja. Ez abból is kiviláglik, hogy a graphikonok legmagasabb és legalacsonyabb pontjának szóródási határai (a körök) egymástól távol fekszenek.



3. ábra. Halálozás temperatura maximumban 10° alatt. (Csak a halálozás adatai vannak feltüntetve, hőmérsékletéi nem.) 75 eset középértéke S. D. a maximum (3-ik nap) és minimum (4-ik nap) között 1.4.

A 10° alatti hőmérséklet esetében másképpen van. A temperaturagörbék itt is jellegzetesek, de a halálozási görbék nem (3. sz. ábra). Noha itt is úgy látszik, mintha a halálozás vonala a hőmérs. emelkedést többé-kevésbé követné, de a hullámhegyek és hullámvölgyek közötti alacsony sign. diff., valamint a pontok szóródási határainak sokszoros egymásba harapódzása azt mutatja, hogy a halálozás görbéje nem jellegzetes (significans) és azért egyáltalában nem használható fel semmilyen következtetés levonására. Más szóval itt a 10° -on felüli viszonyokra vonatkozó összefüggés nincs meg. Oka ennek nyilván az az említett körülmény, hogy 10° alatti külső hőmérséklet mellett az ember mesterségesen megváltoztatja környezetének hőmérsékletét. De az összefüggésnek ez a hiánya másrészt arra utal, hogy a 10° feletti helyzetben tényleg csak a hőmérséklet befolyása érvényesült, mert ha esetleg más, a hőmérséklethez többé-kevésbé kapcsolt légköri tényező is hatott volna, akkor ennek 10° alatt is mutatkoznia kellett volna.

II. *Fronthatás.* A német iskola nyomán újabban az egyes időjárás elemek helyett az időjárásváltozás egész complexumát felölelő fronthatását szeretik szemügyre venni azt állítván, hogy a ható agens valójában az a határréteg, amely a felettünk elvonuló levegőtest frontját alkotja. Ilyen szempontból intézetemben Illényi végzett vizsgálatokat a vérnyomás viselkedéséről illetőleg, de azokat az állításokat, amelyek szerint a meleg frontnak vérnyomást süllyesztő, a hidegnek pedig vérnyomást emelő hatása volna ilyen alakban nem tudta megerősíteni. Tekintve, hogy a hőmérséklet is olyan időjárás elem, amely frontátvonulások alkalmával változik, halálozási anyagomat megvizsgáltam a fronttal való összefüggés szempontjából is. A vizsgálatot többféle módon végeztem el, úgyis, hogy a front előtti nap halálozását hasonlítottam össze a front napjának halálo-

zásával és úgy is, hogy két front előtti napot vettem egybe a front napján és az utána következő napon együttesen előfordult halálozásokkal. A front utáni napot azért volt célszerű a vizsgálatba belevonni, mert nem következés, hogy a front még aznap kifejti hatását. Figyelembe vettem összesen 495 meleg és 362 hidegfrontot a következő eredménnyel:

A halálozás	Meleg fronton	Hideg fronton
emelkedett	276 esetben (55.70%)	156 esetben (43.0%)
csökkent	205 „ (41.42%)	192 „ (53.0%)
változatlan maradt	14 „ (2.90%)	14 „ (4.0%)

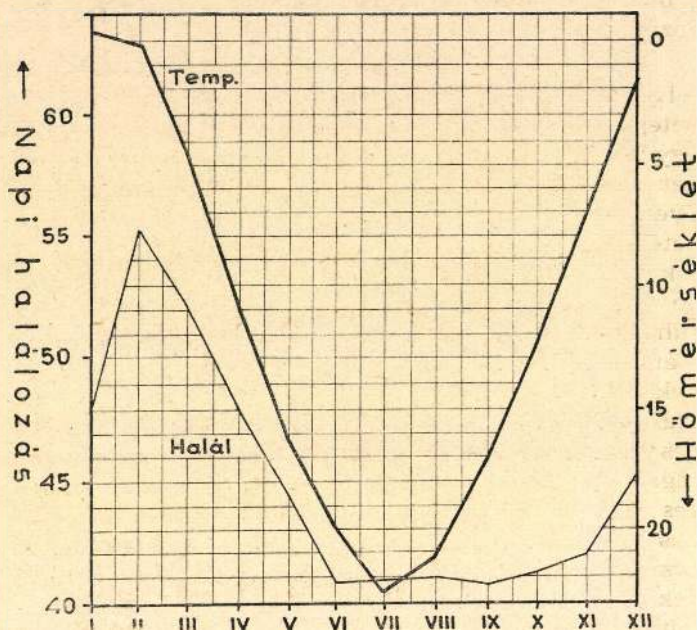
Mint e számokból látható, a frontok hatásában valamennyire kifejezésre jut egy bizonyos egyértelmű eltolódás a halálozás gyakoriságában, amennyiben a meleg fronton valamivel több és a hideg fronton valamivel kevesebb a halálozás annál az értéknél, amit egy teljes hatástalanság esetében tapasztalni kellene. Mivel azonban ellenkező irányú változás is nagyszámban akad és az összefüggés távolról sem olyan szoros, mint a halálozásnak fentebb tárgyalt hőmérsékleti függvényében, azért a fronthatást nem tekinthetjük jellegzetesnek. Valószínű, hogy a front hatása csak annyiban érvényesül, amennyiben a velejáró hőmérsékletváltozás hatásához juthat.

Feltűnő lehet talán az, hogy amíg a fenti viszonyok között vizsgált hőmérsékletváltozás maga olyan szembezőkö következetességgel vonja maga után a halálozási szám megfelelő változását, addig a front megjelenése, amely pedig ugyancsak mindig hőmérsékletváltozással is együtt jár, ebben a szabályszerűségben oly kevéssé osztozik. Ennek az ellentétnek az szolgálhatna magyarázatául, hogy fentebb vizsgált 5 napos periodusokban az ember huzamosabb ideig, egy-két napig van kitéve a hőmérséklet egyirányú (melegedő vagy lehülő) változásának, míg a fronthatással kapcsolatos hőmérsékletingadozás sokkal gyorsabban, esetleg egy-két óra alatt zajlik le. Ebből tehát azt lehetne következtetni, hogy a túl gyors hőmérsékletingadozásnak nincs meg ez a halálozást befolyásoló hatása, mint a tartósabb változásnak. Ortmann berlini boncolási anyagán (16.382 eset) tanulmányozta a frontoknak a halálozásra gyakorolt hatását és azt állapította meg, hogy a frontátvonulás általában fokozza a halálozást. Ortmann a kiszemelt napok említett módszerével dolgozott anélkül azonban, hogy az ugyancsak említett statisztikai értékelést alkalmas mánra volna. Így nincs mód arra, hogy eredményeink mélyére tekintsünk és annak igazát megvizsgálhassuk. Ezzel az eljárással természetesen az sem tűnik ki, amit mi láthattunk, hogy a halálozás emelkedésével szemben, mennyiben fordultak elő csökkenések.

III. *A halálozás évszakos ingadozása.* Régen tudjuk azt, hogy a halálozás télen, jobbanmondva tél végén-tavaszi elején nagyobb, mint nyáron. Sokszor nyár végén is van egy kis emelkedés, ami a nyári gastrointestinalis bántalmaknak köszönhető, melyekből főleg a csecsemők veszik ki részüket. Engem az évszakos ingadozás közelebbi vizsgálatára az az ellentét sarkalt, amely a kétféle hőmérsékletingadozás között fennáll. Az időjárás ingadozások t. i. mint láttuk hőmérséklet-emelkedés a halálozást szaporítja, az évszakos ingadozások pedig a meleg, a nyár csökkenti, és viszont.

Anyagom adatait egy az egész hét évi időszakot egyesítő, összefoglaló ábra alakjában közlöm. (4. ábra.) Az ábra megszerkesztésére nézve meg kell jegyezni, hogy a hőmérséklet adatai a halálozásával szemben fordított értékskála szerint vannak felfektetve. Vagyis a halálozási görbe emelkedése, tényleg emelkedést jelent, viszont a hőmérséklet görbéjének emelkedése csök-

kenést tüntet fel. Ezen módszerrel t. i. a negativ correlatio élesebben domborodik ki. Az említett ismert tény, hogy a halálozás télen, leginkább február márciusban a legnagyobb, nyáron legkisebb és ősszel ismét emelkedik, jól látható.

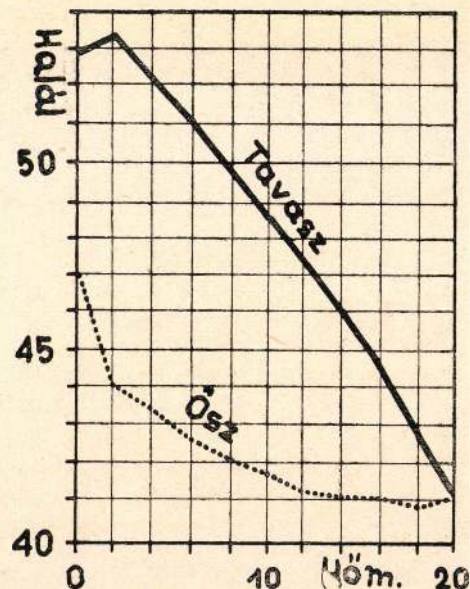


4. ábra. Napi halálozás és hőmérséklet évszakos lefutása Budapesten 1926—32. évek havi átlagában.

Első kérdésem az volt, hogy a tél szigorúságával a halálozás arányosan növekszik-e? Adataim azt mutatják, hogy a hőmérséklet leesését nem minden évben követi arányosan a halálozás szaporodása. Vannak telek, melyekben normalis hidegek mellett is kisebb a halálozás, mint más telek hasonló hőmérsékletű viszonyai mellett, nyilván azért, mert itt a hőmérséklet mellett még más tényezők is szerepelnek. De azért nagyon hideg teleken és tavaszokon a szokottnál alacsonyabbra szálló hőmérséklet halált hozó hatása nagyon is nyilvánvaló. Ilyen 1932 februárja, amikor az e hóban megszokott $+1-2^{\circ}\text{C}$ havi átlag -2.2°C -ra süllyedt le és a halálozás a rendes februári 42—53 napi értékéről 60-ra emelkedett, de még sokkal inkább 1929 január—februárja, amikor a rendkívüli hideg hatására (-7.6°C havi közép) a halálozás havi középértékben napi 79-re, de egyes napokon 97-re is felemelkedett. Vagyis nagyobb hőszüllyedés esetén a hideg annyira dominálón befolyásolja a halálozást, hogy jelentősége kétségtelenül minden más kóroké fölé emelkedik.

Ábránk egy eddig tudtommal nem ismert és nem méltatott jelenségre is utal; amíg nevezetesen tavasszal a hőmérséklet emelkedésével egész párhuzamosan csökkenik a halálozások száma, tehát a két jelenség között teljes fordított correlatio áll fenn, addig az őszi hőmérsékletsüllyedéskor ez nem látható, a halálozás csak erősen, mintegy két-három hónappal elkésve követi megfelelő szaporodással a hőmérséklet süllyedését. Hogy ebben tényleges szabályszerűség van, az abból látszik, hogy ez a késés minden esztendőben egyaránt bekövetkezik. Ezt a jelenséget talán úgy is lehetne értelmezni, hogy a hőmérséklet emelkedésének más természetű hatása van, mint esésének, tehát, hogy a tavaszi temp. elemelkedésnek és az őszi esésnek különböző biológiai kapcsolata van. Gondolni lehetne esetleg arra is, hogy a tavaszi halálozások számának növekedését a nyárral szemben a tavasszal culmináló fertőző betegségek hozzák létre. Bár ez eleve nem valószínű, azért mégis meg-

vizgáltam ezt a lehetőséget is úgy, hogy azokat a halálozásokat, amelyek a téli gyakoriságú fertőző betegségekből (morbilli, scarlatina, diphtheria, pertussis) származtak, hónaponként levontam a halálozások számából és ezeket a redukált adatokat tettem a fentiekhez hasonló módon vizsgálat tárgyává. Pl. a fenti 7 évre számított februári átlagos napi halálozás a fertőző betegségekkel együtt 54.2, a júniusi 40.8, vagyis a különbség 13.4 volt, addig a fertőző betegségekre eső halálozások levonása után a februári halálozást 52.8-nak, a júniust pedig 39.9-nek találtam; a különbség 12.9. Vagyis a fertőző betegségek levonása a fenti eredményen szinte semmit sem változtat, így tehát a tavaszi és nyári halálozás közötti különbség tényleg meteorogen hatásokra vezethető vissza. Én legvalószínűbbnek azt a magyarázatot tartom, hogy a halálozások őszi késésében a nyár folyamán szerzett nagyobb fokú ellenállóképesség tükröződik vissza. Ezen ellenállóképesség növekedés forrása részben a szabad természettel történő intenzívebb érintkezés folytán szerzett edzettség lehetne, de lehet sokkal inkább a nyári táplálkozás. A nyári táplálkozással kapcsolatos ion-eltolódások, alkalosis, Ca túlsúly stb. jönnek létre, valamint vitaminok (D, C) halmozódnak fel és ez teszi az embert ellenállóbbá a hideg behatásával szemben. A hideg főképpen sympathikus tónust fokozó tulajdonsága révén fejtheti ki hatását; a nyári táplálkozás, valamint a meleg vizsont parasymphathikus tónust emel és ilyenformán ez a vagotoniás irányba történő nyári eltolódás a hideg sympathikus ingerével szemben érzéketlenebbé tesz. Mikor azután ezek a nyári tartalékok lassanként kimerülnek és a sympathikus ingerlékenység fokozódik, a hideg hatása érvényre juthat, ami a halálozások számának növekedésében is meglátszik. Vagyis az ember tavasszal fogékonyabb volna a hidegártalommal szemben, mint télen. Ennek megvizsgálására a 4. sz. ábra adataiból megnéztem, hogy bizonyos hőfokokra hány halálozás esik ősszel és hány tavasszal. A megfelelő értékek az 5. sz. ábrában vannak feltüntetve. Ebből élesen kitűnik, hogy



5. ábra. Különböző temperaturáknál előforduló halálozás ősszel és tavasszal. (A 4-ik ábra adataiból számítva.)

ugyanazon külső hőmérséklet mellett mennyivel több halálozás fordul elő tavasszal, mint ősszel, vagyis az ember tavasszal tényleg sokkal érzékenyebb a hidegártalommal szemben. Leolvashatjuk ábráinkból még azt is, hogy az összefüggés tavasszal szinte linearis.

20° C hőmérséklettől lefelé a halálesetek száma a hőszüllyedéssel egyenletesen nő. Nevezetesen az őszi görbe viselkedése is, amely ezzel szemben fenti felvételnek teljesen megfelelően azt mutatja, hogy az ember ősszel egy bizonyos fokú hőszüllyedéssel szemben refractaer. Látjuk, hogy a tavaszi helyzettel szemben kb. 10°-ig lesüllyedhet a hőmérséklet különösebb baj nélkül és csak a további süllyedés vált ki több halálozást. A 10° mint fentebb említettük, bizonyos értelemben kritikus temperatura az ember számára és azért talán nem véletlen, hogy az ember ellenállása éppen ezen 10° körül törik meg még akkor is, ha egyébként a nyár alatt elég jól felkészült a télre. Ez a 10°-os hőmérséklet t. i. októberre esik, amikor a nyári tartalékok valószínűleg még nem merültek ki. Meg kell jegyeznünk, hogy mindez valószínűleg csak a mi mérsékelt égövünkre vonatkozik.

A hőmérsékleti ártalmak különbözősége.

Elmondottak szerint tehát a hőmérsékletingadozás hatása kétféle: az időjárás változással kapcsolatos hőemelkedés kedvezőtlen, a hőszüllyedés kedvező, az évszakos ingadozással kapcsolatos lassúbb, egyenletesebb hőemelkedés kedvező, a tartós hőszüllyedés kedvezőtlen. Ennek a kétféle viselkedésnek oka csak az lehet, hogy az időjárásváltozás és az évszakos ingadozás különböző módon hat. Valószínű a következő magyarázat: A megbetegedés és ennek folyományaként a halál sohasem egyetlen egy kórok, hanem több kórokozó körülmény hatására jön létre. Ezek a körülmények pathogenetikai tekintetben különböző értékűek. Vannak közöttük olyanok, amelyeknek jelentősége annyira előrébe nyomul, hogy a primaer, az egyetlen egy kórok fogalmát megközelíti, vagy eléri. Vannak viszont mások, amelyeknek határfoka annyira háttérbe szorul, hogy önmaga már egyáltalában nem is tud betegséget és halált kiváltani, hanem csak más körülmények jelentőségét tudja fokozni, hatványozni. Ezek tehát csak másodlagos pathogenetikai tényezők, amelyek azonban mégis nagyon fontosak lehetnek, mert a primaer kórok kihatását annyira fokozhatják, hogy az letalissá válik. Ebből a szempontból nézve a hőmérsékletingadozást, úgy látszik, mintha az időjárásbeli hirtelen változás nem volna elsődleges kóroknak tekinthető, hanem csak arra alkalmas, hogy már meglévő más betegségek súlyosságát fokozza, illetőleg csökkentse. Lesznek tehát betegségek, amelyeknek letalitását a hőmérséklet emelkedés növeli, vagy a halál bekövetkezését sietteti, a süllyedés pedig csökkenti, illetőleg a halál beálltát késlelteti. Ujabb vizsgálatoknak kell majd megmutatni azt, hogy melyek ezek a betegségek. Eleve sem tartom valószínűnek, hogy itt a hőszabályozás zavarairól, igazi hőfelhalmozódásról legyen szó, szinte kizárja ezt az is, hogy a jelenség középértékben 16 és 20 fok között zajlik le; sokkal valószínűbb, hogy más természetű, reflectoros vegetatív funkciózavarokkal fogunk találkozni. Valószínűvé teszi ezt *Ortmann* vizsgálatai is, aki főleg a szív és vér-édények megbetegedéseiben talált fronthatásokra nagyobb halálozást.

Az évszakos ingadozással mutatkozó hőingadozás, nevezetesen a hőszüllyedés viszont valószínűleg inkább a primaer kórokok közé volna sorozható, amennyiben itt az alacsony hőmérséklet maga a megbetegedés és a következményes halál kiváltó tényezője. Ez a betegségcsoport az, amelyet a *meghüléssel* betegségek neve alatt szoktunk összefoglalni. Meg kell azonban jegyeznünk azt, hogy ez a megkülönböztetés, amely a statisztikai meg-

ítélésből szükségszerűen folyik, nem jelenti egyúttal azt, hogy egyes adott esetekben a gyors hőingadozás is nem vált ki, mint domináló kórok meghüléssel betegséget. Ezen két betegségcsoport mellé mint *harmadik hőártalom a hőszabályozás igazi zavara*, a hőfelhalmozódás volna sorolható, amely végső fokon a hőgúthoz vezet.

Általános egészségügyi jelentősége. Ha helyes ez a felvételünk, hogy a gyors hőemelkedés már meglévő betegségek súlyosbítása révén fejti ki káros hatásait, úgy ebből az következik, hogy ezeket a hőemelkedéseket általában is, de főként ott kell elkerülnünk, ahol ilyen betegek tartózkodnak. Tehát klinikák, kórházak, betegszobák hőmérsékletének szabályozására a mainál sokkal nagyobb gondot kellene fordítani. Arra általában be vagyunk rendezkedve, hogy a lehülés ellen fűtéssel, ruházattal védekezzünk, de arra, hogy a felmelegedést mérsékelni tudjuk, nálunk Magyarországon nem ügyelnek. Pedig nem kell külön hangsúlyozni, hogy ez a felmelegedés nyáron milyen mérveket ölthet. A mesterséges klimaberendezések meghonosítása ilyen szeszélyesen ingadozó klimájú országban elkerülhetetlenül szükséges volna. A másik betegségcsoport, amelyre az évszakos hőmérsékletingadozások kapcsán rámutattunk, az évszakos ingadozással kapcsolatos meghüléssel betegségek csoportja. Ezeknek a jelentőségét a következő számitással szeretném kidomborítani: Magyarországon 1931-ben összesen 145.000 halálozás volt.

Vizsgáljuk meg, hogy ezekből mennyi esik körülbelül az ú. n. meghüléssel betegségekre. Ez a vizsgálat természetesen csak igen durva becslést eredményezhet, mert hiszen az nincs a statisztikában feltüntetve, hogy mely betegségeken szerepelt a meghülés, mint kórok. A halálokok szerinti megoszlásból kiemeljük a következőket:

légzőszervek megbetegedései	19.160
vérkeringés betegségei	17.451
tuberculosis	17.364
emésztőszervek betegségei	13.632
újszülöttek betegségei	12.632
rosszindulatú daganatok	9.466
rheuma	1.146
diphtheria	1.502
typhus, paratyphus	1.132

Ezen betegségek közül a tüdőgyulladás és légzőszervi megbetegedések (kerekben 19.000) minden további nélkül a meghüléssel betegségek csoportjába sorozandók. De más halál-ok csoportokban is fontos szerepet játszik a meghülés, illetőleg a hőingadozás. Így a csecsemőhalálozásban télen a meghülés, nyáron pedig a felmelegedés igen lényeges tényező. De a tuberculosis halálozásból szintén jó nagy szám tartozik ide azon a közismert révén, hogy a meghülés és az időjárásbeli hőmérsékletingadozások mint elősegítő tényezők itt fontos, a betegséget súlyosbító körülmények. A vérkeringési betegségekről *Koeller* mutatta ki, hogy grippés időkben, amikor pedig a meghülés is igen fontos körülmény, a keringési halálozások igen erősen emelkednek. Ugyancsak ő utalt arra is, hogy ezek a betegségek is télen culminálnak. A rheumás betegségeken a meghülés szerepe nem vitás. Ha nem is veszem tekintetbe azt, hogy ezeknek a klimatényezőknek más fertőző betegségeknél, a diphtheriának, pertussisnak stb. alakulásában is van jelentőségük, akkor is azt látjuk, hogy az említett év halálozásából mintegy 30—40.000, tehát az összesnek kb. egy negyede szorosabb vonatkozásba hoz-

ható meteorogen tényezőkkel, különösen a hőmérséklet emelt ingadozásaival. És így állván a dolgok, valóban el kell tünődnünk azon, hogy amíg 1500 diphtheria és 1100 typhus, parathyphus halálozás megelőzése körül olyan lázas munka és annyi szellemi és anyagi áldozat folyik, addig 30—40.000 meteorogen halálozás felett annyira elsiklik az egész orvosi és laikus köztudat, hogy a védekezésre, vagy annak lehetőségeire senki még csak nem is gondol. Ékes tanúbizonysága ez az öntudatlan nemtörődomség annak, amit annak idején „tények és tanok az aetiológiában” című székfoglaló előadásomban is bővebben kifejtettem (Orvosi Hetilap 1932), hogy t. i. az orvostudományban az a történet, melynek okát megtaláltuk, vagy megtalálni véltük, minden más olyan egyébként kézenfekvő és nagyjelentőségű tény el tud homályosítani és háttérbe szorítani, amelynek létrejöttét okadatolni pillanatnyilag nem tudjuk. Így történt meg tehát a pathologia és a higiénie fejlődése során az az eset, hogy a számbelileg kisebb jelentőségű fertőző betegségekkel való törődés — messze-messze felülmúlja a számbelileg sokkal nagyobb jelentőségű meteorogen betegségek gondozását. Fel kell azonban ismernünk végre ezen utóbbi betegségek fontosságát, bele kell kapcsolnunk ezeket egész orvosi gondolatvilágunkba és ezt a gondolatvilágot gyakorlatilag is értékesítenünk kell a mindennapi életben. E tekintetben sokat várok az Országos Népelelmezési Bizottság munkájától, mert ha a hidegérzékenység a fentiek szerint megfelelő táplálkozással javítható, úgy a célszerűbb néptáplálás a helyzetet javítani fog. De nem tartanám kizártnak azt sem, hogy ez a bizottság ilyen irányú kísérleteket is végezzen.

Összefoglalás. A Budapest székesfővárosban 1926—32-ig terjedő hét évben előfordult napi halálozási adatok alapján, amelyek összesen kéreken 115.000 esetet ölelnek fel, a halálozásnak a hőmérsékleti ingadozásokkal fennálló kapcsolatai vizsgáltattak a következő eredménnyel:

1. Az ú. n. kiszemelt napok módszerével (Stichtagmethode) 5 napos periodusokban a hőmérsékleti maximumok és minimumoknak a napi halálozásra gyakorolt hatása olyan, hogy a hőmérséklet emelkedésekor a halálozás nő, süllyedésekor csökken. Ez minden valószínűség szerint az által jön létre, hogy már meglevő hőérzékeny betegségek súlyosbodnak, illetve enyhülnek. A kórok itt a hőmérséklet bizonyos fokú és tartamú időjárásbeli ingadozása, és mint ilyen másodlagos. A jelenség középértékben 16 és 20° között zajlik le, tehát hőszabályozásbeli zavarokról nem igen lehet szó. Inkább más funktiók reflectoros megzavarására lehetne gondolni.

2. Meleg és hideg frontokon ez a hőmérsékleti hatás csak halványan érvényesül, valószínűleg azért, mert a frontváltással kapcsolatban gyors és rövidebb ideig tartó hőmérsékletváltozás kevésbé alkalmas hatás kifejtésére.

3. A hőmérséklet évszakos ingadozásának összefüggése éppen ellenkező irányú. Itt a hideg növeli a halálozást, a meleg pedig csökkenti. Itt a hatást nem is az ingadozás, hanem maga a hideg fejt ki. Az összefüggés a hőmérséklet és a halálozás között tavasszal egészen szoros, ősszel azonban a lehülést csak két-három hónappal később követi a halálozás növekedése. Oka valószínűleg a hidegártalommal szemben jelentkező ellenállásnövekedés, mely abban áll, hogy a nyári táplálkozás, valamint a környezeti behatások (napsugár, me-

leg) a szervezet vegetatív tónusát parasympathikus irányban tolják el, miáltal a hideggel, mint sympathikus ingerrel szemben érzéketlenebbé válik. A hideg érzékenység tavaszi és őszi különbözősége számszerűleg is kimutatható. A hőmérsékleti ártalomnak ebbe a második csoportjába a meghűléses betegségek tartoznak, amikor is a hideg mint elsődleges kórok szerepel.

4. Fenti kettővel szemben a hőmérsékleti ártalmak harmadik csoportjába a hőszabályozás gátlása, a meleg felhalmozódás (hőguta) volna sorolandó, amelyben viszont a meleg jelentkezik primaer kórok gyanánt.

5. A hőmérséklet időjárásbeli ingadozása ellen betegszobákban, kórházakban, klinikákon mesterséges klímaberendezésekkel kellene védekezni, a hideg ártalom ellen pedig a fentiek szerint az edzés mellett megfelelő táplálkozással.

6. A doigozat még megjegyzéseket tartalmaz görbék statisztikai értékelésének módját illetőleg, valamint egy új eljárást a significans differentia graphikai ábrázolására.

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. belklinikájának (Igazgató: Herzog Ferenc ny. r. tanár) és a Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézetének (Igazgató: Balogh Ernő ny. r. tanár) közleménye.

A vena portae szűkülete a vena lienalis rögösödésének tüneteivel.

Irta: Haintz Ödön dr. és Romhányi György dr.

A portarendszer thrombosisának sok olyan tünete van, amiből a thrombosis közelebbi helyére következtethetünk. Különösen fontos ezeknek ismerete akkor, amikor a betegséget lépkivétellel akarjuk gyógyítani. Ez a műtét ugyanis abban az esetben kerülhet csak szóba, amikor izoláltan a vena linealis thrombotisált, míg a vena portae többi ágának, vagy törzsének ugyanilyen megbetegedése esetén ez az amúgy is nehéz műtét még több veszéllyel jár és rendszeren a beteg elvérzésére vezet. Eppinger a portarendszer thrombosisának négy alakját különbözteti meg: 1. A *radicularis* alak, amikor a thrombosis valamilyen bélvenán keletkezik; 2. A *terminalis* alakban a betegség az intrahepatikus elágazódásokban; 3. a *truncularis* alakban a vena portae törzsében és 4. a *lienalis* alak esetén izoláltan a vena lienalisban van rögösödés.

Mielőtt ezen alakok megkülönböztetését tárgyalnánk, ismertetjük az I. sz. belklinikára felvett beteg adatait.

P. E. 17. éves, földműves lányát 1937 november 19-én vettük fel a klinikára. Szülei és hat fiutesvére egészséges. Kisgyermekkorában testén vörös kiütések voltak, de közelebbit erről a betegségről nem tud. Még nem menstruált. Szeszest italt nem iszik. Nemi betegségről nem tud.

Két éve lázas lett, a bal deréktájáról előre és lefelé húzó görcsös fájdalmai voltak. A görcs naponta többször is jelentkezett és kb. fél óra alatt melegítésre elmúlt. Hosszabb ideig lázasnak érezte magát, de csak egyszer hőmérőzte meg orvosa és akkor 39 C°-os láza volt. A görcsök után vizeletének színe kissé pirosabb lett, de gyakrabban nem kellett vizelnie. Nem hányt, székelésére panasz nem volt.

A görcsös fájdalom azóta naponta többször is jelentkezett és előfordult, hogy csak fájdalomcsillapító injectióra szünt meg. Az utóbbi időben néha hetekig sem volt görcse. csak kisebb húzó fájdalmat érzett a bal oldalában. Étvágya jó, de betegsége alatt mégis 4 kg-ot fogyott. Úgy veszi észre, hogy hasa megnövekedett, feszesebb lett.

1937 nov. 7-én erősebb görcsös fájdalmak után állítólag egy liternél több élénk-piros vért hányt, utána székelete feketeszínű lett, s azóta nagyobb görcse még nem volt.

Mintegy másfél éve, tehát már a fájdalmak jelentkezése után vette észre, hogy hegymenet szive gyorsabban dobogott, nehezen kapott levegőt, ami azóta is kisebb-nagyobb mértékben jelentkezik. Lába nem dagadt meg, éjjel nem kell vizelnie. A gyengén fejlett és közepesen táplált nőbeteg bőre és nyálkahártyái halványak. Fogazata szuvas. A A középnyagi tonsillákból, főleg jobb oldalon, nyomásra detritus és folyékony geny ürül. Gégéje ép. Orrában geny nem látható. Nyirokcsomói normalis nagyságúak, vizenyője, cianosisa nincs. Hónalj és szeméremszőrzete nagyon kevés. Testsúlya 52.40 kg. Hőmérséklete időnként subfebrises, 37.7 C°-ig. Csont és izomrendszere ép, izületeinek mozgása jó.

Mellkasa középdomború, részarányos, légzőskor egyformán tér ki. A tüdőhatárok normalisak, mindkét rekeszfél légzőskor jól kitér. A tüdők felett kopogtatási és hallgatózási eltérés nincsen. A szívcsücsklökés az V. bordaközben, a medioclavicularis vonalban tapintható, nem emelő. A szívtempulát határai: fent a III. borda, jobbra kissé meghaladja a szegycsont jobb szélét, balra a csücsklökés helye, lefelé egybeolvad a májtompulat felső szélével. A tompulat felett diffusz lüktetés. Praesystoles zöreje és hasadt diastoles hang hallható, legerősebben a csúcson. A pulmonalis felett systoles zöreje is hallható, a pulmonalis II. hangja kissé ékeltebb. A radialis pulsus közép magas, közép feszű és közép gyors, rhythmusos, száma percenként 90 körül. Vérnyomása 115—55 Hg.-mm.

A has kissé elődomborodó, feszes, rajta tágult erek sehol sem láthatók. A has bal oldala feszes, kitöltött. A májtompulat felső határa a medioclavicularis vonalban a VI. borda magasságában, alsó szélét a bordaív alatt néha tudtuk tapintani, ez nem volt tömött tapintatú. A léptompulat felső határa a középső hónaljvonalban a VII. borda magasságában. Alsó széle másfél harántujjal ér a köldök alá, jobbra a középvonalat 2 ujjnyira meghaladja. Tapintata tömött, szélei tompák, elülső szélén a köldök felett behúzódás érezhető, dörzsölés nem észlelhető, a légzőmozgást követi. A vesék nem tapinthatók. Más kóros resistentia, vagy nyomásérzékenység nincs. Folyadék a hasban nem észlelhető. Rectalis vizsgálat kórosat nem mutat. Az idegrendszer ép.

Wa.-r. a vérsavóban negativ. *Vérkép:* vvs.-szám 3.980.000, haemoglobin 61%, festék-index 0.86, haematokrit 29, vvs.-volumen 74.3 μ^3 , vvs.-átmérő 5 $\frac{1}{4}$ —7 $\frac{3}{4}$ —9 $\frac{3}{4}$, a vörösvérsejtek kerek. Fehérvérsejtszám 2.800, minőségi vérkép: neutrophil karélyozott magvú 73%, pálcika magvú 5.5%, eosinophil 3%, basophil 1%, lymphocyta 14%, monocyta 3.5%, (egyszer 3.200 fvs.-et és ugyanakkor 23% lymphocytát számoltunk). Thrombocyta-szám 182.000. Reticulocyta 8%. Vértelési idő 2'25", alvadási idő 45 mp. Vörösvérsejtsüllyedés 4 mm 1 óra alatt (*Westgreen*). A serumbilirubin 0.62 mg%, direct elhúzódó diazo-reactio. Vvs.-resistentia: 0.44% a legkisebb, 0.26% a legnagyobb ellenállás. A vizeletben semmi kóros, urobilin és urobilinogen nincsen. A széket sárgás-barna, jól emésztett, formált, a Weber-próba ismételtén is negativ.

A *mellkast átvilágítjuk:* a csücsök, hilusok normalisak. A rekesz egy bordaközrel magasabban áll, jól mozog. A szív jobbra egy cm-el, balra $\frac{1}{2}$ cm-el nagyobb, hypertrophiás, a szívből elsimult. A szív mérsékeltén felynyomott. Az aorta rendes. A mediastinum a pitvar magasságában szűkebb. Az *oesophagus* passage szabad, a nyelés akadálytalan, fali elváltozás nem látható. A *gyomor* 3 harántujjal jobbra helyezett. A *vesékről*, ureterekről, hólyagról készült felvételen concrementum nem látható. A bal vese ptosisos, letolt, alsó polusa leér a III. ágyéki csigolya alsó széléig. A jobb vese rendes helyzetű, alsó polusa a II. ágyéki csigolya felső széle magasságában van. Az V. ágyéki csigolya jobb oldali harántnyulványa sacralisált. Kisfokú jobbra domború lumbosacralis scoliosis. A sacroiliacalis izületek része elmosdott. Helyenként fokozott mézlerakódás. *Elektrokardiogramm:* sinus rhythmus, balszív túlsúly (haránt álló szívterengely).

Galactose-próba: a 40 g. galactoseból 3 óra alatt 1.5 g-ot ürített ki. Azorubin S.-próba: az injectiótól számított 15 perc múlva pirosra színeződött epe ürült. (Az éhgyomri gyomornedvben hypacid értékeket kaptunk.) Takata-reactio: gyengén positiv.

A leírt tünetek alapján könnyen kizárhattuk a porta-rendszer betegségén kívül szóbjáható kórfarmákat. Gyomorfekélyre csak a vérzés miatt lehetett volna gondolni, de ellene szól ennek a beteg kora, a nagy lép,

a betegség lázas kezdete és a fájdalmak sem voltak jellemzőek a gyomorfekélyre. A nagyon nagy lép miatt aleukaemiás myelosisra is gondolhattunk, de sem a fehérvérképben ezt bizonyító elváltozást, sem meg-nagyobbodott nyirokcsomókat nem találtunk. Malariának sem az előzmény, sem a vérelet nem felelt meg. A Gaucher-féle splenomegalia ellen szólt a családi előfordulás hiánya, azonkívül hiányzott a nagy máj, a csontérzékenység és a vérzéses diathesis is. A splenomegalias cirrhosist, a Banti-kórt kizárhattuk a májnak ép voltával és a hasvíz hiányával. A sárgaság hiánya és a nem csökkent vörösvérsejtresistentia haemolyitikus sárgasága ellen szólt és a thrombopeniás purpura, polycythaemia, léggümőkór, lues, lymphogranulomatosis szintén nem kerülhetek szóba.

Lépdaganat, melaena és vérvesztéses anaemia a három főtünete a thrombophlebitises lépdaganatnak. Betegünkön lázas kezdet és fájdalmak után támadtak ezek a tünetek, ezért elsősorban a vena linealis thrombosisára kellett gondolnunk. Már a bevezetésben hangsúlyoztuk, hogy milyen fontos a porta rendszer thrombosisának pontos helymeghatározása és épen a lienalis alaknak a megkülönböztetése bír nagy jelentőséggel a műtéti javallat szempontjából.

A *radicularis* alakban rendszeren a bélfalban támadnak infarctusok, amik peritonitishoz és ilueshoz vezethetnek. Az *intrahepaticus portaágak* csak ritkán betegszenek meg és a májban így támadt vérhiányt vagy a többi portaág, vagy az arteria hepatica kiegyenlítheti, de néha infarctusok is keletkeznek a májban. A *truncularis alak* a leggyakoribb, bár a vena lienalisban is gyakran keletkezik thrombosis, de ez legtöbbször ráterjed a vena portae törzsére is. A *Brugsch* összegyűjtötte 100 eset közül csak 14-nek volt izolált lépvenathrombosisa. A truncularis alak, ha lassan fejlődik ki, akkor többnyire alig okoz panaszt, mivel a jól kifejlett kollateralisok folytán a vérkeringésben nagyobb zavart nem okoz. Tünetei: léptumor, kollateralisok kifejlődése a portarendszer és a vena cava között, esetleg hasvíz *Brugsch* szerint a vena umbilicalis és a hasfali venák a vena portae megbetegedésekor sohasem szoktak kitágulni, ez csak cirrhosisban fordul elő. *Eppinger* szerint az embryonalis vena umbilicalis nyitvamaradásaor előfordulhat Caput Medusae truncularis thrombosis esetében is, különben pedig csak a hasfal hosszanti venái tágulnak. A máj részben a thrombus recanalizációja, részben a kollateralisok utján a portarendszer vérenek nagy részét megkaphatja és ezért lényegesen nem szokott megváltozni, néha inkább valamivel kisebb lesz. A tágult kollateralisokban és a recanalizált thrombusban is gyakori az újabb thrombosis, ami a keringés romlásához és súlyos vérzéshez vezet. A *vena lienalis izolált elzáródására* jellemző a már említett három tünet: az igen nagy lép, a gyomorvérzés és az anaemia. A collateralisok kifejlődnek az oesophagus, a gyomor, a vékony- és vastagbél felé, néha a rekesz, a peritoneum és a hasfal felé is, de a köldök felé nem szoktak collateralisok képződni és a vese felé is csak nagyon ritkán. A vér itt is elvezetődhetik részben a többi portaágak, részben a vena cava inferior felé. A tisztán lienalis alakban a hasfalon nem szoktunk látni értágulatokat, főleg a has jobb oldalán nem, Medusafő pedig sohasem képződik. Hasvíz is csak a truncularis alakban fordulhat elő. A máj nem szokott megnagyobbodni, hogy ha csak a vena lienalis thrombotisált. Betegünkön a májat ugyan tudtuk tapintani, de a májfunctió vizsgálatok nem bizonyították működésének kóros voltát és a máj csak alig volt nagyobb, nem volt tömött

és ezt a kisfokú megnagyobbodást a beteg vitiuma is okozhatta. A porta pangásnak jellemző tünete, az ascites és a cirrhosisra jellemző, de a truncularis alakban is néha előforduló tágult vénák biztosan nem voltak jelen. *Brugsch* hangsúlyozza, hogy hasvíz és leukopenia esetén a porta törzsére localizálhatjuk a betegséget, míg tiszta lépvena thrombosisban szabályos a fehérvérsejtszám. A mi betegünk leukopeniás volt, de ez egymagában nem volt értékesíthető a truncularis alak feltevésére, azonkívül lienalis alakban is találtak leukopeniát. A heveny szakra jellemző urobilinuriát nem észlelhettük.

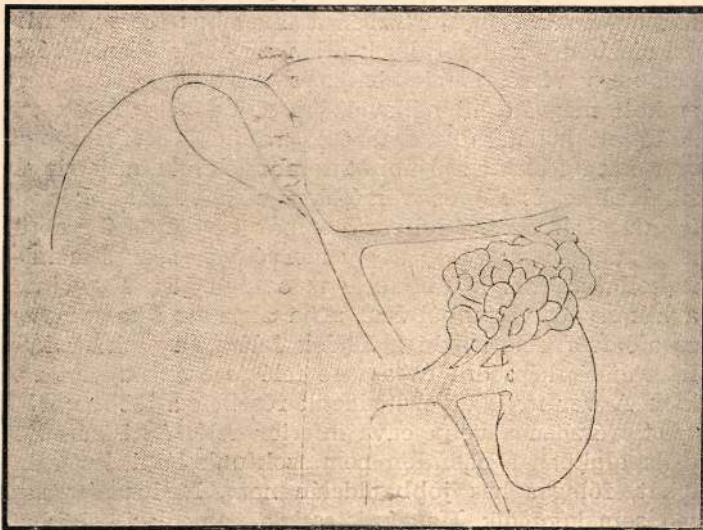
Mindezek alapján a vena lienalisban feltételezett thrombophlebitis okozta léptumor és az ennek következtében támadt igen erős gyomorvérzés miatt a lép kivételét ajánlottuk, ami 1937 december 22-én meg is történt (*Verebélj* prof.) A műtiéti jegyzőkönyv adatai a következők:

Felső median laparotomia. A hasüreg megnyitása után előttünk fekszik a hatalmas lép, amely a hasüreg bal oldalának felső felét teljesen kitölti, a köldök felett jobboldalra is áttérjed kb. 2 harántujjnyi szélességben. Elülső szélé érintkezik a májjal és a duodenummal is. Domború felszínéhez a nagy cseplesz gyermektenyérszerű területen letapadt. A hatalmas lépet helyéből kimozdítva kiderül, hogy a hilusának megfelelően kb. 10 cm hosszúságban számos ceruzavastagságú vena, illetőleg arteria halad. E képleteknek kettős lefogása és átmetszése közben a lép tokja beszakad, mire hatalmas vérzés indul meg a lépből. A léphez vezető összes erek kettős lefogása és átmetszése után a lépet kiirtjuk. A lefogott képleteket gondosan aláöltjük, ami után vérzés sehohsem látható. Az aláöltéseknek megfelelően tampont és szádlócsövet behelyezve a hasfalat rétegesen zárjuk.

Az eltávolított lép súlya 1.800 g., méretei 30x22,5x10 cm. A lép szövettani képe erős fibrosist mutat.

A beteg a műtét után elég jól érezte magát, utóvérzése nem volt. A műtét utáni 7. napon hirtelen meghalt. Klinikai diagnózis: tüdőembólia.

A klinikumában igen tanulságos eset kapcsán a boncolás a portalis keringés zavara folytán kialakult sajátos anatómiai helyzetképet derített ki, amely a műtét utáni halálos tüdőembólia keletkezését is egészen szokatlan úton tette lehetővé. A talált collateralis keringési viszonyokat a mellékelt vázlatos rajz tünteti fel. Az eset érdemére vonatkozó leletek a következők:



1. ábra. A bal vese felső polusán nagy gomolyagot alkotó varix-tömeg, mely a vena lienalissal és a vena suprarenalison át a vena renalissal függ össze. A vena porta nagyfokú beszűkülést mutat. A sötétített rész a frissen rögösödött érpályákat jelenti.

Az arteria pulmonalis főtörzsét elzáró embolusnak forrását a bal vena renalisból a vena cava inferiorba bedomborodó egyenetlen felszínű rög képezte. A rögösödés a vena renalis végső szakaszát még 3–4 cm-nyi terjedelemben teljesen elzárta, de nem terjedt a vese hilusáig, hanem a bal mellékvese és a lép hilusa felé haladó két külön szájadékkal nyíló kisujjnyi tág venaágba terjed felfelé. A rögösödés a vena renalisban friss volt, ennek megfelelően a bal vesében infarceálódás jelenségei még nem mutatkoztak. Csaknem egész hosszában rögösödött volt a bal vena ovarica is.

A bal vena renalisból felfelé kiágazó említett két rögösödött nagy venaág számos, aneurysma racemosum-szerűen tágult és feszülésig vérrrel telt, egész kisujjnyi vastagságú erekből álló, férfiókölnyi gombolyagba vezetett, amely a lép hilusa alatt, a pankreas farka és bal mellékvese előtt helyezkedett el. Ezen érgomolyagból egy kisujjbegyenyire tágult ág a vena lienalisba ömlött, mégpedig a splenektomia céljából végzett sebészi lekötés helyétől 4 cm-nyire a májkapu felé esően. A vena lienalisban egészen a vena mesenterica superiorral való összetalálkozásig, valamint a leírt ökölnyi érgomolyag ágaiban friss rögösödés támadt. Ennek jelei a vena portaeban ugyan hiányoztak, de utóbbinak fala környezetével hegesen összetapadt, megvastagodott volt és belvilága erősen beszűkült, úgy hogy legtágabb részének átmérője mindössze 5–6 mm volt. Belhártyája általában megvastagodott és egyenetlen fehéres kötegekkel átjárt, rajta két helyen is félbabnyi, apró nyulványokkal szárnyaszerűen az érfalhoz odatapadó, nagyrészt elmeszesedett, régi fali rögökből származható felrakódások, amelyek az ér amúgy is szűk üregét még jobban megsűkítik. Ez különösen megsűkül a májkapuban, ahol a két lebenybe térő főágon a gombos kutasz sem mehet át. A máj átlagos nagyságú, kötőszövetes tömörülés jeleit nélkülöző metszéspapján a vérerek és epeutak szabadok.

A klinikai tünettan szempontjából kiemelendő a szív bal gyűjtőeres szájadékának szűkülete, a kéthegyű billentyű mérsékelt megvastagodása, amelyen azonban friss felrakódások nem mutatkoztak. A vena mesenterica ágai szabadoknak bizonyultak; a nyelőcsőnek mind alsó harmadában, mind további szakaszaiban gyűjtőeres tágulat minden jele hiányzott. Hasvízkórnak semmi nyoma nem volt.

A májkapu gyűjtőér ágrendszerének elváltozásai közül magának a verőcérnek fali elváltozásai tekinthetők a legrégebb keletűeknek, amelyeket a heges megvastagodások, valamint a régi fali rögök szervülése és elmeszesedése folytán a venafalhoz részben rögzített phlebolithek képében foglalhatunk össze. A vena portae falán észlelt ezen régen lezajlott folyamatok valószínűleg a kórelőzményben szereplő 2 év előtti lázas betegséggel egyeztetethetők össze időbelileg. A vena lienalis, valamint a leírt lienosuprarenalis gyűjtőeres gomolyag rögösödését, — mely utóbbi a vena renalisra ráterjedve, a tüdőverőér embóliáját és a hirtelen halált okozta, — egészen friss, az egyhetes műtét beavatkozással összefüggő fejleménynek kell tekintenünk.

A boncolás lelete alapján az elváltozások kialakulása úgy értelmezhető, hogy a *pylephlebosklerosis* által fokozatosan előidézett portaszűkület kialakulásának kezdeti idején a vena lienalis még megkímélt maradt, ami feltétele volt a lienorenalis collateralis keringés kialakulásának. Maga az egybeszájadzó, tágult gyűjtőér a boncoláskor csak frissebb keletűnek látszó rögösödést mutatott, ami a megelőző vezetőképes-

ségre utal, valamint az is, hogy benne a rögösödés a vena lienalisból megszakítás nélkül tovavezetve terjedt rá az anastomizáló varixon keresztül a vena renalisra, ahonnan a halálos tüdőembólia is támadt. A friss rögösödést tekintve feltehető, hogy az anastomizáló, tárgult gyűjtőeres gomolyag vezetése a vena lienalistól a vena cava inferior rendszerébe a műtét után is fennállhatott, mert a műtétkor alkalmazott lekötések a communicáló ágtól distalisan voltak és így azok a collateralis keringés lehetőségét nem szüntették meg.

A vena portae nagyfokú megszűkülése és a lienosuprarenalis phlebectasia kialakulása a portalis keringést új irányba terelték, még pedig a vena mesentericából az előzőleg még szabad vena lienalison és renalison át a vena cava inferior rendszerébe. Ez az oldallagos keringés többé-kevésbbé pótolni tudta a nagyfokú verőcérszűkületet, ami megmagyarázhatja a főtörzsének elzáródásra utaló klinikai tünetek hiányát. A vena portae vérenek a májtól való elvezetődése következtében lényegesebb elváltozás nem alakult ki a májon, jóllehet többen ilyen körülmények között a porta véretől elzárt májterületek sorvadását figyelhették meg. *Recklinghausen* azonban esetünkhöz hasonlóan idült teljes porta obliteratióban ép májat talált.

A májkapúgyűjtőrendszer keringési zavarai a kialakulható oldallagos keringés irányba az akadály helyétől függ. Májon belüli akadályok esetén csak hepatofugalis irányúvá válhat a collateralis keringés, extrahepaticus portalis akadályok esetén azonban ez kétféle menetű is lehet. Ritkábban a májba irányuló bőséges collateralis áramlás keletkezhetik, amely még teljes porta elzáródás ellenére is a májba juttatja az összetevő ágak véret (*Pick, Billmann, Fleischauer*). Jóval gyakrabban keletkeznek azonban utóbbi vonatkozásban is hepatofugalis collateralisok, amelyek közül különösen azok figyelemreméltók, amelyek többé-kevésbbé kielégítő vezetőképességgel rendelkeznek és így a portalis keringési akadályt compensálni tudják, még pedig olyannyira, hogy akár teljes portaelzáródáskor is hiányoznak a portalis pangás tünetei. Pl. *Recklinghausen* esetében 20—30 évre visszamenő teljes portaelzáródást a nagy cseplesz kiterjedt összenövésai a májjal, gyomorfundussal, vese és hasfal felé, teljesen ki tudták egyenlíteni. *Saxer*, aki a portalis rendszer változatos collateralis keringési lehetőségeit részletesen ismerteti, maga is egyik esetében májcirrhosis kapcsán, a gyomor nyálkahártyája alatt hatalmas varix-hálózatot észlelt, mely a bal vena suprarenalison át a vena renalis-sal közlekedett. Hasonló vena portae és vena cava inferior anastomosisokról emlékeznek meg *Lejars* és *Sejkal*, amelyekben ugyancsak a vena lienalis és a vena suprarenalis tágulatai hozták létre az összeköttetéseket.

Az elszórt, kevés számú hasonló anastomosisokat tárgyaló közlések alapján nem lehet megítélni az ilyen lienosuprarenalis collateralis előfordulásának gyakoriságát májcirrhosisok vagy portaszűkületek esetében, amelyeknek általában kevesebb jelentőséget tulajdonítanak. Ezzel kapcsolatban említhető egy idevágó leletünk (405—1937. sz. korbonctani intézeti boncjegyzőkönyv) ahol Banti kórjelzéssel eltávolított léptumor esetében (37 éves nő) a műtétet követő 5. napon elhalt beteg tetemében boncoláskor atrophias májcirrhosis mellett a vena lienalis erős tágulásával a lép hilusától kezdődőleg a bal vese alsó pólusáig terjedő, hüvelykujnyira tárgult vénákból álló, ugyancsak hatalmas aneurysma racenosumra emlékeztető gomolyagot észlelhetünk, amely egyrészt a vena lienalis-sal, másrészt a

vena suprarenalis sinistra közvetítésével a vena renalissal függött össze. Az értágulat a bal vena ovaricára is ráterjedt. A hátsó hasfalat a bal oldalon csaknem egészében elfedte ezen varicosus venacomplexus, amelyben friss rögösödés támadt. A vena portae fala és lumene szabad volt. Ebben az esetben tehát atrophias májcirrhosishoz társult, ugyancsak anastomizáló lienosuprarenalis phlebectasiáról volt szó, ami még nagyobb fokú volt, mint az I. sz. belklinika most tárgyalt esetében. A portarenalis collateralisok kialakulásának lehetőségét a vena portae rendszerének főleg a bal vese és mellékvese toki venahálózatának normalis összefüggései adják meg, amelyek közül *Tuffier* és *Lejars* szerint a capsulo-suprarenalis és capsulo-mesenterialis vencsoportok rendelkeznek összeköttetésekkel a vena portae felé, amelyek idült portalis keringési zavarok esetén igénybe vétetnek.

Ki kell még térnünk esetünkben a klinikai tünettan és az anatómiai leletek közötti egyes olyan látszólagos ellentétkekre, amelyek azonban véleményünk szerint a boncleletből rekonstruálható keringési viszonyok tekintetbe vételével teljesen eloszlatatók.

A klinikai tünetek az elmondotak szerint a vena lienalis szűkületére utaltak és nem mutatkoznak a porta törzsének elzáródására utaló jelenségek. Anatómiailag mégis nagyfokú portaszűkület volt, a májba térő két főágnak csaknem teljes obliterációjáig menő megszűkülésével. A portaelzárulás tüneteinek teljes hiányát, amint láthattuk, teljesen megmagyarázza a kielégítőnek mondható collateralis keringést biztosító lienosuprarenalis irányú anastomosis, amely a porta véret a vena cava inferior rendszerébe tudta átvezetni. Ezen megváltozott keringési viszonyokból érthető, hogy ha a vena lienalis proximalis részének, vagyis az anastomizáló varix-szal való összefüggésétől a porta felé eső szakaszának rögösödése régebbi lett volna, az a verőcér főtörzsi elzáródásának tüneteit váltotta volna ki. Minthogy azonban a vena lienalis ezen szakasza csak frissebb rögösödést mutatott, aminek alapján előzetes vezetőképessége is feltehető, megértjük, hogy a truncus-elzáródás tüneteinek a műtét előtti időben hiányoztak. Az izolált lépvenaszűkületre utaló klinikai tünetek okát azért nem is kereshetjük a vena lienalis ezen proximalis, functionalisán szinte a vena portae törzsét helyettesíthető szakaszán, hanem annak az anastomosisal való összefüggésétől a májkaputól distalisan eső részén, valószínűleg a műtétet jelezőkönyvben is említett lépkaputájéki venahálózat részleges rögösödésében. Ilyen módon érthető az a körülmény, hogy a vena portae törzsének nagyfokú szűkülése ellenére is csak különálló lépvenaszűkületre utaló klinikai tünetcsoport állott fenn. Az egész collateralis pályának teljes, de a halál beálltakor még egészen friss keletűnek bizonyult rögös elzáródása valószínűvé teszi, hogy a portalis vér elvezetődésének megszüntével a beteg további életbenmaradása esetén a verőcér főtörzsének teljes elzáródására utaló tünetek rohamosan kifejlődtek volna.

Összefoglalás: 17 éves betegünkön a két év előtt nagy lázzal járó betegség volt a thrombophlebitis heveny szaka. Utána észlelték már kezelőorvosai, hogy nagy lépe is van és a klinikai vizsgálatok előtt 12 nappal keletkezett gyomorvérzése és az anaemia alapján más tüneteknek a hiánya folytán a vena lienalis thrombophlebitisére következtettünk. A beteg a splenektomia utáni 7. napon tüdőembólia következtében hirtelen meghalt. Boncoláskor a vena portae egész törzsének, sőt az intrahepatikus ágaknak is igen nagy fokú szűkü-

letét (pylephlebosclerosis) és szokatlanul nagy kiterjedésű anastomosist találtunk a vena lienalis és a vena renalis között, ami a portalis vért a vena cava inferiorba juttatta. Úgy látszik, hogy a truncusbeli porta szűkület nem okoz mindig általános porta tüneteket, hanem mint a betegünkön is csak a vena lienalis elzáródás tünetei voltak észlelhetők.

A Ferencz József Tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Vidakovits Kamill ny. r. tanár.)

A genyes szívburokgyulladás és gyógyítása.

Irta: Troján Emil dr. egyet. magántanár, c. adjunctus.

A szívburokgyulladás elsősleges — ez ritka, — vagy másodlagos. A másodlagos legtöbbször a mellhártyáról és a tüdőről terjed át. *Bisgard* 171 esete közül 81-ben a tüdő és mellhártya betegsége volt az elsősleges. A szívburokgyulladás társulhat még osteomyelitishez, polyarthritishoz, a szív és szívburok sérüléséhez és egyéb fertőzéshez. *Sauerbruch* kétoldali mediastinalis struma műtete után látott szívburokgyulladást műtéttel gyógyította meg. Az angol, amerikai statisztikák szerint a tüdőgyulladásban meghaltaknak több mint 14%-ában találtak szívburokgyulladást. Kórokozója leggyakrabban a pneumococcus, utána következik a streptococcus, staphylococcus és egyéb genyesztő.

A szívburokgyulladás nem jár jellegzetes tünetekkel. Ez az egyik oka, hogy ritkán kerül műtétre és a kórismét legtöbbször csak a kórboncnok állítja fel. Sokszor meg az alapbetegség, a mellhártya és a tüdő betegsége, oly súlyos és annyira előtérben van, hogy eltereli a figyelmet a másodlagos szívburokgyulladásról. *Castro* betegének jobb oldalt a bordaív alatt a hasában támadt fájdalom 40 C°-os láz kíséretében s 120-as pulssal. Átfúródott epehólyagra gondolt. A hasüreg megnyitáskor nem talált semmi. A későbbi boncolás derítette ki, hogy a megvastagodott szívburokban nagymennyiségű barna geny volt, amelyhez mindkét oldali véres mellhártyagyulladás is társult és ez okozott kisértő fájdalmat a jobb hasfélbe. *Spinner* és *Gillison* is leírt hasonló esetet. A betegnek hosszabb séta után hirtelen támadt a jobb vállában és a jobb mellkasfélben szűró fájdalma, amelyhez hányás is társult. A fájdalom lassan lehúzódott a jobb bordaív alá, a hasba. Mivel a beteg állapota folyton rosszabbodott, májtályog gyanújával a has feltárására határozták el magukat. A kétszeresen megnagyobbodott májon és kevés véres epés folyadékön kívül azonban a hasban mást nem találtak. Két hét múlva a beteg meghalt. A boncolás derítette ki, hogy a szívburokban aránylag kis mennyiségű sűrű zöldes geny volt és kiterjedt fibrinosus összenövés.

Szívburokgyulladásban szembe tűnik az aránylag jó közérzet közepette fennálló dispnoe, ami a beteget ülő helyzetbe kényszeríti. Amellett szederjesség s kis szapora pulsus van, a bal infrascapularis tájék felett megnagyobbodott szívtempulát tompult szívhangokkal. A vena portae területén súlyos pangásos tüneteket találunk. A röntgenkép a jellegzetes palack alakúan megnagyobbodott szívárnyékot mutatja.

A szívburokgyulladás biztos kórjelzését a szívburokban felgyülemlett folyadék vizsgálata adja. A szívburokban felgyülemlett folyadékhoz szűrőcsapolással vagy a szívburok feltárásával jutunk. A szívburok szűrőcsapolására sokféle eljárás van. Egyik legrégebbi a

Curschmann-féle. Ezt csak nagymennyiségű folyadék esetén használhatjuk veszélytelenül. *Curschmann* az 5. vagy 6. bordaközben a bimbó vonalban, vagy attól kifelé szúr be. Bár a mellhártya két lemezén áthatol a szűrőcsap, a tüdő sérülésétől nem kell félni, mert a tüdő oldalra van szorítva, a mellhártya két lemeze pedig összetapadt.

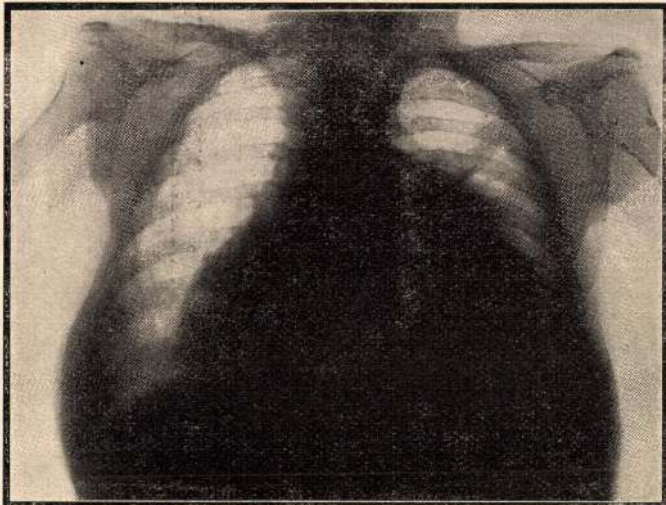
Amikor kevés a geny a szívburokban, már óvatossá kell lenni. A folyadék eleinte a szív mögött gyülemlik fel és csak később, ha megszorodott, helyezkedik le elől is. Erre a célra a szegycsont jobb- (*Rotch*) és baloldalát (*Delorme*) használják. Azonban itt állandóan fenyeget az a. mamma internának a sérülése. *Sauerbruch*nak a műtőasztalon vérzett el a betege ennek az ütőérnek a sérülése következtében, amikor a szívburokot szűrőcsapolta. *Larrey* a szívbasist ajánlja mint legveszélytelenebb pontot a szívburok szűrőcsapolásához, ezt a VII. borda és a szegycsont alkotta szögletben éri el. *Marfan* e célra készített hajlított csappal hatol be a szegycsont alatt a középvonalban. A műszer hegyét közvetlenül a szegycsont alatt tartva halad felfelé, míg a szívburok üregét el nem éri. Ez gyermekben 4 cm., felnőttben 6 cm. magasságban van. Bármennyire óvatos is volt *Marfan*, mégis 59 esetben végzett szűrőcsapolás során háromszor megsértette a szívet és két betege meghalt. Ezért sok sebész elveti a szívburok szűrőcsapolását és helyette mindig a pericardiotomiát végzi. *Küttner* úgy módosította a szívburok csapolását, hogy helyi érzéstelenítésben kis területen feltárja a szívburokot és azután végzi a csapolást. Ez az eljárás sem tökéletes, mert a szűrőcsapolással nem kaphatunk tökéletes tájékozódást a szívburok belsejéről, szalagos összenövésekről, letokolt tályogokról.

Gümős savos szívburokgyulladás esetén megengedhető a szűrőcsapolásos kezelés, mert ezzel a szívburok üregének másodlagos fertőzését elkerülhetjük. Ugyancsak gyermekek pneumococcus-fertőzésében meg lehet kísérelni a szívburokgyulladás szűrőcsapolásos kezelését, azonban ha hamarosan javulást nem észlelünk, térjünk át a műtéti feltárára.

A genyes szívburokgyulladást tökéletesen csak feltárással gyógyíthatjuk meg. *Larrey* eljárásával jól betekinthezünk a szívburok üregébe, amelynek feltárása közben legkevésbé sérül meg a szív. Eljárásának lényege, hogy a VII. bal bordaporc alsó szélén a szegycsontig hatol be, a bordaporcot és a szegycsont szélét eltávolítja, ha ez nem elég, akkor a IV. bordaporcot is lecsípi. A *Pool*-féle eljárás szerint a metszés a IV. bordaporc magasságában a szegycsont közepénél kezdődik, az V. bordaporcon át a szegycsont bal szélén a VII. bordaporcig terjed. A lágyszövetek átmetszése után az arteria mamma interna megkimélésével a bordaközi izmok és a perichondriumot szétválasztva jut a szívburok üregébe. A franciák (*Benhamou* és *Goinard*) az epigastriális megnyitás hívei. Ők az epigastriális szögletben 5 cm. hosszú metszéssel hatolnak be. A hashártyát letolva, a rekeszt megnyitják és a szívburokba tompán hatolnak be. *Sauerbruch* két eljárást dolgozott ki, amelyet a kívánalmaknak megfelelően változtat. Ha kis feltárást elegendőnek vél, akkor a pericardiotomia longitudinalist végzi. Ez a szegycsont kardnyújtványán át vezetett hosszmetésből áll, a processus xyphoideust felfelé kampózza és úgy nyitja meg a szívburokot. Nagy betekintés céljára *Sauerbruch* a pericardiotomia transversát dolgozta ki: a processus xyphoideust egészben eltávolítja a VII. bordaporccal együtt. Az a. mamma internát kétszeresen leköti és átvágja, a hasizmokat letolja és így hatol a szívburok üregébe. A felsorolt mű-

tetek alkalmával a műtét után a szívburkot elülről szádolják és szívóberendezést alkalmaznak. Moqr az V. és VI. bordát a bordaporc külső szélétől a hátsó hónaljvonalig irtja ki. Ezzel tág betekintést kap a szívburkok üregébe, az alagcsövezést oldalról hátrafelé végzi. Gyermekeknek mellkasa rugalmas és intercostalis szöglete merőleges, az oldalsó szívburkokmegnyitást ajánlják; felnőttnél (merev mellkas és lelapult intercostalis szöglet) a középső, a szegycsonthoz közeli beavatkozás ajánlatos (Goinard). A szívburkot két csípővel felemeljük és óvatosan megnyitjuk, evvel a szív sérülését megakadályozzuk. Ha a szívburkok megnyitását szívblokád kísérik, a szívbe adott ephedrin-injectióval meg lehet ezt szüntetni. A szádolt szívburkot ugyanolyan oldatokkal öblögetjük, mint a genyes mellhártyagyulladás: rivanol-, optochin-, Dakin-oldat, physiologiás konyhasó-oldat, stb. Bume kalium jodatum 1.0, jód 0.5 : 4000 hígítású oldatot ajánl, ettől állítólag jobb hatást látott haemolyticus streptococcus kezelésében, mint Dakin-oldattól. Végül még a Bier-féle tüzesvas-eljárást említem meg, melyet ő genyes szívburkokgyulladás kezelésére ajánlott. Bier kb. 14 cm. bőrből és bőralatti kötőszövetből álló lebenyt készített a szív felett, mely alatt a pectoralis izomzatot és a lebeny belső felszínét izzó vassal megégette, majd a lebenyt visszavarrta. Ez az eljárás a hozzá fűzött reményeket nem váltotta be (Babcock).

A műtéti eredmény szempontjából lényeges a jó szádlás, mert sokszor ennek hiányossága az oka annak, hogy a beteg nem gyógyul meg. Két gummicsovét ajánlanak, egyet baloldalra a szív mögé kell elhelyezni, a másikat pedig jobboldalra. A szádlócsövet a beteg baloldalán csak akkor szabad kivezetni, ha a szívburkokgyulladással egyidőben baloldali genyes mellhártyalob is fennáll. Amikor a baloldali mellhártya ép, ajánlatos a szádlócsövet szívással összekötni.

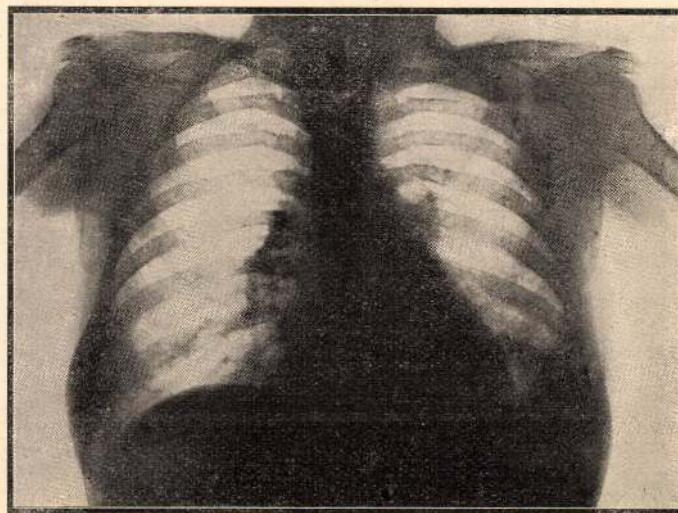


1. ábra. A műtét előtt készített röntgenkép a jellegzetes palack alakú szívárnyékkal.

Kórjólás szempontjából elég rosszak az eredmények. Venus gyűjtőstatisztikájában az operált betegek halálozási számaránya 55%. Truesdale 152 összegyűjtött esetben 42%, Shipley és Winslow 99 betegből 49.9% műtét utáni halálozást talált. Ez utóbbi szerzőknél a halálozás a szűrőcsapolással kezelt betegek 85%-a volt, míg a nem kezelt betegek 100%-a halt meg. A műtéti eredmény attól is függ, milyen korán került a beteg műtétre és milyen baktérium volt a kórokozó.

K. Sz. 25 éves nőbetegnek ez év januárjában evipanaltatásban perforációval távolították el magzatát. Másnap

lázás lett és szűrő fájdalmat érzett a bal mellkasfelében. Két nap múlva a szegedi belgyógyászati klinikára felvették baloldali tüdőgyulladás kórisméjével. A tüdőgyulladásához egy hét múlva ugyanazon az oldalon genyes mellhártyagyulladás is hozzá társult. A csapolással kapott genyben pneumococcusokat találtak. A mellhártyagyulladás ismételt szűrőcsapolásra sem javult, sőt a szívtompulat is lassan nagyobbodott, úgy hogy ez év február 7-én genyes mell- és szívburkokgyulladással áttették a beteget a sebészeti klinikára. Másnap a betegen műtétet végeztem. A műtét előtt Curschmann szerint a bal V. bordaközben a bimbóvonalban szűrőcsapolást végeztünk. A rögtön megvizsgált genyben pneumococcusokat találtunk. Ezután rátértünk a szorosán vett műtétre. Bal oldalt a VII. bordaporc alatt Larey-féle metszéssel hatoltunk be. A VII. bordaporcot, a szegycsont szélét, majd a VI. bordaporcot is eltávolítva, széles betekintést kaptunk a szívburkok üregébe. 300 ccmnyi genyet előbb lassan lebocsátottunk, majd a gyermektenyérenél nagyobb fibrindarabokat távolítottuk el. Ezután kítűnt, hogy a szívburkok hátra- és jobbrafelé lenőtt, lefele pedig négy szalagos köteggel volt rögzítve a szív. A lenövéseket és szalagos rögzítettséget felszabadítottuk, a szívburkok üregét rivanollal kimostuk, majd az erősen megvastagodott szívburkot néhány catgut-öltéssel az izomzathoz varrtuk. Két darab gummicsovét a sebbe elhelyezése után körülöltöttük, a sebet beszűkítettük és Bülauszívást alkalmaztunk. Ezután hátul a scapularis vonalban a IX. bordaközben thorakotomiát végeztünk, itt két férfikölnyi letekolt tályogüregbe jutottunk. A genyben szintén fibrindarabok voltak. Ebbe az üregbe is gummicsovét helyeztünk. A beteg úgy a műtét alatt, mint utána erősen előrehajlott helyzetben ült. Zavartalan gyógyulás után ez év március 9-én gyógyultan hagyta el a klinikát.



2. ábra. A beteg gyógyulása után készült röntgenkép a rendes szívárnyékot mutatja.

A szívburkok szűrőcsapolását gyógyítás végett ne végezzük, kivétel a savós vagy a gümös szívburkokgyulladás, amelyet ha feltárnánk, másodlagos fertőzéstől kellene félnünk. Ha szűrőcsapolást akarunk diagnosztikai célból végezni, tanácsosabb előbb helyi érzéstelenítésben egy kis metszésből a szívburkot feltárni és csak azután végezni a csapolást. Nagymennyiségű váladék esetén a feltárással szűrőcsapolást mellőzhetjük és az egyszerű szűrőcsapolást végezhetjük, ha ezt rögtön nyomon követi a műtéti széles feltárás, mely után bőséges és alapos gummicsovés szádlásnak kell következni a genyedés megszűnéséig.

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

Az Erzsébet Tudományegyetem belklinikájának közleménye.
(Igazgató: Ángyán János ny. r. tanár.)

Paroxysmosos kamrai tachycardia esete.*

Írta: Reichenfeld László dr. tanársegéd.

S. I. 70 éves nőt 1930-ban észleltük első ízben klinikánkon. 2 év óta nyugtalanságról, szívdobogásról, némi nehézlégzésről és testsúlycsökkenésről panaszkodott. Akkori statusából a következőket emeljük ki: pajzsmirigy megnagyobbodott, göbös. Szíve balra kissé meghaladja a medioclavicularis vonalat, aortája merev, széles, csúcson az I. hang megnyult, aorta II. ékelt. A szív működés szaporasága p-ként 100. A peripheriás erek merevek, kanyargósak. Vérnyomása: 170—85 Hgmm. Mája kissé nagyobb. Graefe: pozitív. Wasserman-r. a vérben negatív. Alapanyagcsere 73%^o-kal fokozott. EKG feltűnő eltérést nem mutat. Kórjelzésünket akkor hyperthyreosis, hypertonia, myodegeneratio cordisra tettük. Fektetésre, jód- és digitalis-kúrára kb. 5 hetes klinikai tartózkodás után javultán távoztak.

5 évvel később került ismét a klinikára. A közbeeső idő kielégítő állapotban telt el. Az utóbbi hónapokban egyre gyakrabban jelentkezik szív-táji fájdalom. 4 nap óta, állítólag előzetes gyomornergethelés és hasmenés után heves szív-táji szorító fájdalom és állandó kínzó szívdobogásérzése van. Hozzá tartozói szerint állapota folyton rosszabbodik, gyengül, az utóbbi napokban aluszékonyvá vált. Felvételkor rendkívül elesett, moribund benyomását kelti, sensoriuma zavart. Nagyfokú szeredjesség, rendkívül erőltetett, szapora légzés. Végtagjai nyirkosak, hideg tapintatúak. A tüdők alsó lebenyei felett finom szőröcsölés. Szívcsúcslökése a kp. vonaltól 12 cm-re, a medioclav. vonalon kívül. A tompulat felfelé mérsékelten, jobbra nem nagyobb. Hallgatózva rendkívül halk, tiszta szívhangok formájában percenként 180—200-as szaporaságú rhythmusos szív működést hallunk. A radialis pulsusa nem tapintható. Vérnyomása: hallgatózással sem mérhető. A kp. tömörségű máj 2 harántujjal ér a bordaív alá. Hőmérséklete normalis. Vizeletében egészen kevés fehérje. Fehérvérsejtek száma felvételkor 9.000, mely 3 nap alatt 16.000-re növekedik. A segmentált magvú fvs-ek relative is megszorodtak.

A felvétel napján készített EKG-n (1. ábra, a; horodozható Siemens-féle elektrokardiograph, szokásos végtag elvezetések) rhythmusos, egymás között tökéletesen egyforma alakú, széles, több csomót mutató biphasis kilengések láthatók, melyek percenként 200-as szaporaságban, úgyszólván szünet nélkül sorakoznak egymás után. A kezdőlengés az első elvezetésben felfelé, a második és harmadik elv.-ben lefelé irányul, az utólengések a kezdőlengéssel mindenütt ellentétes irányúak. A kilengések tehát laevogram-typusúak. A görbén csak egy rövid kis szakasz (0.025—0.03 mp.) látható, ahol a jelzőkészülék nyugalomban marad s amely kis szakaszokból az izoelektromos vonal megszerkeszthető. E nyugalmi szakaszok pontosabb megítélésekor kiderül, hogy nem tökéletesen egyező lefutásúak, többnyire — bár nem teljes szabályszerűséggel — minden második kamralengés után kis, felfelé irányuló, hullámok láthatók, melyekben P-hullámokra ismerünk (↓). Az utóbbiak szaporasága percenként 100.

Szabályosan egyforma alakú, rhythmusosan jelentkező atypikus kamrai complexumok jelenléte, már magában is nagy valószínűséggel mutatja a tachycardia kamrai eredetét. Elkülönítés szempontjából csak supraventricularis kiindulású tachycardia jönne tekintetbe, melynél kamrán belüli functionalis vezetési zavarok okozhatnának atypikus kilengéseket. Ilyen körülmények között azonban a vezetési zavar functionalis természetének megfelelően a kamrai lengések sohasem olyan szabályosan egyezők, mint a mi görbéinken. Mi-

vel a beteg rohama még a klinikai felvétel előtt keletkezett, a roham fellépését nem regisztrálhattuk, s így annak a kimutatása, hogy az első abnormis contractio valóban a kamarából indult ki, nem sikerült. A kamrai kiindulás mellett feltétlenül bizonyít azonban, a kamraitól független, lassúbb pitvarműködés kimutatása is; ez a sajátság a mi görbéinken igen nagy valószínűséggel fellelhető. Kamrai tachycardia mellett pitvarműködés felismerésére csak ritkán van alkalom. (Gallavardin, Robinson és Hermann, Strauss és Becker közölnek ilyen észleléseket.)

A kórelőzmény adatai alapján tehát 4 nap óta tartó kamrai tachycardiával volt dolgunk, amely a keringés legsúlyosabb elégtelenségére vezetett. Amellett nyilvánvaló volt, hogy itt anatómiai is súlyosan elváltozott szívről és érrendszeréről van szó. A régi szív-elváltozás, a beteg magas kora, a subjectiv panaszok, a magas fehérvérsejtszám és a paroxysmosos roham kamrai kiindulása felkeltették a gyanút, hogy az állapot koszorúsérelváltozásnak lehet a következménye. Állatkísérletekből ismeretes, hogy egyik, vagy másik koszorúsér lekötése kamrai tachycardiára, majd kamralebegésre és csillámlásra vezet (Erichson, de Boer). Az irodalomból ismeretes kamrai paroxysmosok között is soknak ilyen volt a lefolyása és a kórbonctani lelet igazolta a koszorúsérelzáródás gyanúját.

Mindjárt a felvételkor végzett carotis és bulbusnyomási kísérlet, ismételt hypertoniás szőlőcukoroldat, euphyllin, majd 0.3 mg. strophantin intravenás adása eredményt nem hozott. Másnap a szederjesség és dyspnoe még fokozódott, a pulsus csak időnként sejtethető, alkalmas időben mérve a vérnyomás hallgatózással 95/75 Hgmm. Az ez időben készített sorozatos EKG-felvételek az előzőhöz mindenben hasonlóak.

A beteg állapota állandóan romlott, a keringés nem javult a prognosis valóban kedvezőtlennek látszott. A megismételt strophantin injectio eredménytelensége után, 36 órás klinikai tartózkodás elteltével a Bohnenkamp ajánlotta digitalis-lökést kíséreltük meg. Bohnenkampt ugyanis paroxysmosos tachycardiában, mikor egyéb kísérletek csődöt mondtak, 4—5 ccm. digipuratumot adva érbe a roham megszűnését észlelte. Tudomásunk szerint esetei között kamrai tachycardia nem volt. Wenkebach és Winterberg írják könyvükben, hogy súlyos szívbeteg rohamának megszüntetése rendkívül sürgős s éppen úgy, ahogyan a sebész, a belgyógyász se riadjon vissza attól, hogy ilyen körülmények között valamely, akár heroikusnak mondható, beavatkozás felelősségét vállalja. Hasonló gondolat alapján végeztük el mi is ebben a minden joggal elvesztettnek tekinthető esetben a Bohnenkamp-féle kísérletet. — 5½ ampulla Knoll-féle digipuratumot kb. 10 perc alatt fecskendeztünk be intravenásan. A befecskendezésre a szederjesség szemmel láthatóan csökkent, az érverés tapinthatóvá vált, a vérnyomás 125—95 Hgmm.-re növekedett. Azok az EKG-felvételek, melyek az injectio adása alatt és az azt követő 2 órán belül készültek, alakilag az előzőkhöz képest változatlanok, szaporaság: 170—174 percenként.

A digitalis-lökés után 12 órával a beteg állapota hatalmas javulást mutatott, sensoriuma feltisztult, a táplálékot elfogadta, a pangás (dyspnoe, cyanosis, szőröcsölés) nagymértékben csökkent, bőséges vizeletürítés indul meg. Kb. 70-es szaporaságú, egyenletes, kp. telt pulsus tapintható. A beteg arról, hogy állapota hirtelen javult volna meg, nem tud számot adni. Az ekkor készített EKG-n (1/b. ábra) tökéletesen rhythmusos, 66-os szaporaságú, supraventricularis típusú kamrai

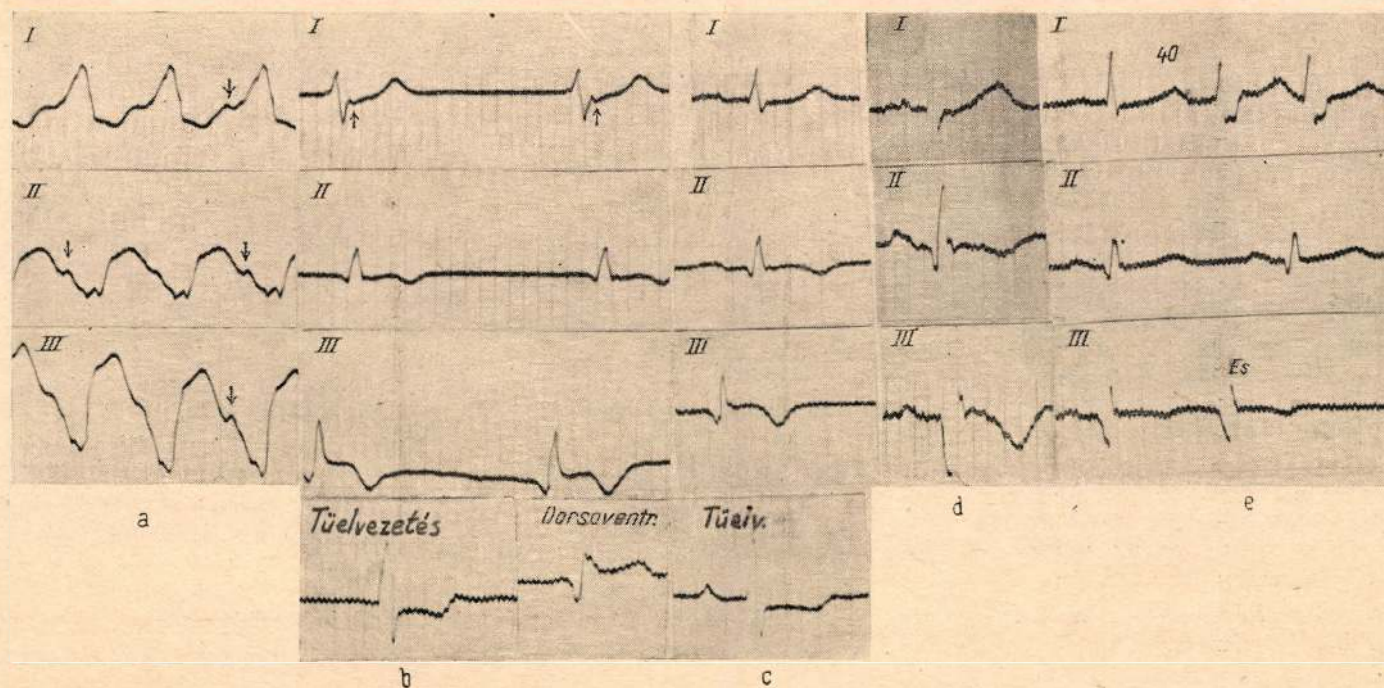
* 1936 nov. 23-án az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályán tartott bemutatás nyomán.

complexumokat P-hullámok nem előzik meg, a tü-elektrodokkal (jobb oldali II—VI. bordaköz) készített felvételen sem. Az I. elvezetésben azonban az ST-szakasz alakja nem mindenütt egyforma, helyenként kis negatív csipkék láthatók (\uparrow), melyek negatív P-hullámoknak felelnek meg. Ezenkívül feltűnik, hogy az ST-szakasz az I. elv.-ben depressió, a III. elv.-ben kissé elevált és felfelé ívelt; T₂₋₃ negatív, utóbbi feltűnően mély és hegyes, Q₃ kifejezett. A dorsoventralis felvételen jól látható Q mellett, R leszálló ága az izoelektromos vonal felett megy át a pozitív T hullámba. A vezetést tehát a Tawara-csomó vette át (középső és kamrai része) s a felvétel emellett még a jobb art. coronaria területén infarctusra utaló elváltozásokat tartalmaz.

ket (0.40 mp.) Az infarctus maradványaképpen még a mély Q₃ látható, T₂ már pozitív, T₃ még kissé negatív. (1/e ábra). A beteg kb. 1 évvel a klinikai tartózkodás után is gyógyultnak mondható.

Esetünkben tehát előrehaladott korú, hyperthyreosisos alkatú egyén kamrai paroxysmusát észleltük, kinél talán a hyperthyreosis okozta hajlamosság mellett a kiváltó okot koszorúsérelzáródás szolgáltatta, melynek elektrokardiographiai lefolyása jól követhető volt. Észlelésünk érdekességét elsősorban a digitalislökés feltűnő hatása adja meg.

A hatás magyarázatában nagy nehézségekbe ütköztünk. Maga *Bohnenkamp* és azok, kik a nagy digitalisadagot alkalmazták, vagusingerlésben látják a hatás mechanizmusát. Az uralkodó felfogásnak megfelelően



A digitalis-lökés után 19 órával készült EKG-n (1/c ábra) a QRS-csoportot alacsony P-hullámok előzik meg (tü-elektrodokkal magas P-hullámok jelentkeznek). Az átvezetési idő a szabályos felső határán van. Alakilag ez a felvétel megfelel az előzőnek.

Ebben az időben már a beteg nehézlégzése is megszűnt, pulsusa telt, vérnyomása 140/70 Hg.-mm., diuresise kielégítő. A klinikai tartózkodás további folyamán állandó javulás észlelhető, melyet csak decubitus keletkezése zavart meg. A beteg nyugodtan viselkedik, kielégítően táplálkozik. Napon-ta egy amp. digalent kap izomba.

A további észlelés folyamán felvett görbéken az infarctusos elváltozások még jobban előtérbe kerülnek: Q₃, T₃ mélyül, Q₂ is feltűnik és mélysége is fokozódik. A klinikai tartózkodás negyedik napján 4 napig tartó pitvarcsilllogásos arhythmia jelentkezett, melyet ezután ismét és most már véglegesen sinusrhythmus vált fel. A görbék sorozatából csak a távozás előtti utolsó felvételt közöljük: (1/d ábra.) 92-es szaporaságú sinusrhythmus, mély Q és T hullámok a II. és III. elv.-ben, típusos „Coronary-T₃”, P is szélessé, magassá vált, benne hasadások láthatók.

A beteget tökéletesen rendezett keringéssel (felfekvése is meggyógyult) 19 napos klinikai tartózkodás után hazabocsátjuk.

Az azóta készített EKG-ok állandóan 100—110-es szaporaságú synusrhythmust mutatnak, halmozott compensált septalis típusú kamrai extrasystolékkal, melyek egyforma időközben követik a normális kamralengése-

azonban a kamrai ingerképzés vagus útján történő befolyásolását nem tételezzük fel, bár egyes régebbi vizsgálatok alapján (*Hering, Ángyán*) a vagusnak a kamrai ingerképzést gátló hatásával is számolni kell. Hasonló akadállyal állunk szemben akkor is, ha a digitalisnak közvetlenül a kamrai ingerképzésre gátló befolyását tenőnk fel, hiszen ennek éppen ellenkezője: a közvetlen ingerlőhatás ismeretes (*Rothberger és Winterberg*). Egyes esetekben éppen digitalis hatására kamrai tachykardiát és kamralebegést figyeltek meg. Mindenesetre ilyen súlyos kamrai izgalmi állapot a kivételek közé tartozik.

A legvalószínűbbnek a digitalis ismert hatásának a magyarázatában mégis az látszik, ha feltesszük, hogy a digitalis a pitvaroknak a kamrák felé eredményesebb kiürülését hozza létre s ezáltal elsősorban magában a szívben uralkodó pangást szünteti meg. Eképen nemcsak a pitvaroknak a kamrák, de a koszorús ereknek a pitvar felé történő kiürülése is lehetséges, s így a digitalis végső hatásában a *coronariakeringés* s a szív táplálásának javítása által járult hozzá a roham megszüntetéséhez. Figyelemreméltó észlelésünkben az is, hogy a nagy digitalisadag s az azt követő digitaliskúra kapcsán *Bohnenkamp* és az ő eljárását alkalmazó szerzők észleléseihez hasonlóan, számbavehető intoxicációs jel nem mutatkozott.

Mint hogy a parox. tachykardia kezelésébe bevezetett nagy digitalisadagokat eddig kamrai kiindulású

rohamokban nem alkalmazták, érdemesnek tartottuk észlelésünkről beszámolni.

Összefoglalás: Hyperthyreosisis egyénben észlelt és szívinfartus kapcsán előálló paroxysmusos kamrai tachykardia klinikai és elektrokardiographiai észleléséről számolunk be. E rohamot a *Bohnenkamp* ajánlotta egyszeri nagy digitalisadaggal sikerült megszüntetni. intoxicatio létrejött nélkül. Megkíséreljük a digitalis-hatás magyarázatát adni.

A Gróf Apponyi Poliklinika II. sz. belosztályának közleménye. (Főorvos: Engel Károly egyet. rk. tanár.)

A novurit hatásának erősítése ureummal

Irta: Simonovits István dr.

Néhány hónappal ezelőtt egy súlyosan decompensált szívbeteünk kórtörténetét ismerttettem, akinek diuresisét novurittal jó digitalizálás mellett sem tudtuk megindítani. A novurit hatását rendszerint fokozó szerek, mint az ammoniumchloridos savanyítás, a novuritnak suprachollal, ill. decholinnal együtt adása, a májtájéki piócázása eredménytelenek maradtak, bár közben a novurit adagjait 2 ccm-ről 4-re növeltük. A beteg vizenyője annyira nőtt, hogy sorsa teljesen reménytelennek látszott, amikor ureummal tettünk próbát. Az ureum egymagában hatástalan volt, de amikor utána novuritot adtunk, a vizelet napi mennyisége az eddigi 14 dl-es maximumról 36 dl-re ugrott fel. Ettől kezdve felváltva hol ureummal, hol anélkül adtuk a novuritot s azt tapasztaltuk, hogy ha novurit előtt ureumot adtunk, a vizelet mennyisége minden esetben sokkal több volt. Ez a megfigyelésünk indított arra, hogy a novuritnak ezt az előttünk mindeddig ismeretlen erősítő szerét más betegünkön is kiprobáljuk. Erről óhajtók a következőkben beszámolni.

Az ureum szintelen, vízben jól oldódó, keserű, kristályos anyag. Rendkívül gyorsan szívódik fel. 20 gr. beadása után 2 óra múlva éri el a vérben maximumát s jó veseműködése esetén 14 óra alatt ki is ürül. *Laennec Magendie* alkalmazták először, majd *Friedrich s Senator* hívta rá fel újra a figyelmet. Szívbaajos vizenyő ellen, májeredetű hasvíz ellen, de különösen nephrosis eseteiben szokás adni napi 20—100 gr-os adagban. Elterjedésének főakadálya keserű íze. *Adagolására* a következő módot találtuk legalkalmasabbnak: A beteg korán reggel, de lehetőleg ne éhgyomorral kezdjen inni 3 dl. rumos teában, vagy málnaszörpben feloldott 50 g ureumot s kb. délelőtt 11 óráig fogyassza el. Ha túl gyorsan itták, könnyen kaptak hányingert, gyomorégést, esetleg hasmenést. Egy-két különösen érzékenygyomrú betegünk hányt is tőle, de ezek könnyen hánytak spontán is. Jobb gyomrúak egyszerre hajtották föl az egészet, minden kellemetlenség nélkül. A novuritot az ureum elfogyasztása után adtuk be, többnyire intravenásan, 10 ccm szőlőcukorral. Néhány betegünknek az összehasonlítás céljából ammoniumchloridot adtunk a novurit előtt ureum nélkül. A z ammoniumchloridot enterosolvens dragee alakjában adtuk, napi 8 g-os adagban, két napon át. A novuritot a harmadik napon kapta a beteg.

Eddig 18 betegünknek adtunk ureumot és novuritot. 15 cardialis vizenyője, 2 májzsugorodása, 1 pedig elhízása miatt szorult húgyhajtókra. A kezelést minden esetben tiszta novurittal kezdtük s csak a második vagy harmadik novurit befecskendezése előtt adtunk ureumot, sokszor, amikor a tiszta novurit hatása már nem volt kielégítő. Ahol a vizenyő nagyfokú volt, vagy gyorsan visszatért, felváltva hol ureummal, hol anélkül adhattuk a novuritot. Ammoniumchloridot 5 betegünknek adtunk. Digitalist szükség szerint kaptak a betegek.

Az eredmények a mellékelt táblázaton láthatók. A táblázaton a betegek kezelésbevételük időpontja szerint

Sorszám	Név	Kor (év)	Diagnosis	Az inj.-k száma	Novurit után		Az inj.-k száma	Ureum + novurit után		Az inj.-k száma	Ammoniumchlorid + novurit után	
					24 ^h múlva			24 ^h múlva			24 ^h múlva	
					Vizelet menny. l.	Testsúly csökk. kg.		Vizelet menny. l.	Testsúly csökk. kg.		Vizelet menny. l.	Testsúly csökk. kg.
kp. érték	kp. érték	kp. érték	kp. érték	kp. érték	kp. érték							
1	G. K.	45	Insuff. bic., cor bov., ascites, oedemák	12	1'5	0'8	6	3'4	2'6	2	0'95	0'1
2	J. J.-né	69	Myodeg. cordis, ascites, oedemák	1	2'1	2'3	1	2'7	2'2			
3	Cs. A.	33	Insuff. aort. et bic., cor bov., oedemák	5	1'4	1'7	2	2'7	2'0	1	1'9	1'5
4	B. F.	66	Myodeg. cordis, oedemák	4	1'7	1'2	2	2'6	1'1			
5	W. H.-né	54	Myodeg. cordis	2	1'8	0'8	1	3'0	1'0			
6	F. S.-né	66	Myodeg. cordis, ascites, oedemák	2	2'5	2'0	1	2'9	2'5			
7	L. S.	72	Myodeg. cordis, cirrh. hep.	2	3'5	3'2	2	4'4	2'2	1	3'4	2'3
8	R. J.	23	Sten. et insuff. bic., cor bov., oedemák	11	2'1	1'5	8	4'0	3'6			
9	K. J.	53	Cirrh. hep., ascites	2	2'3	1'9	3	3'5	3'1			
10	P. S.	58	Insuff. bic., cirrh. hep., ascites, oedem.	5	1'2	1'0	5	2'4	2'1	2	1'8	1'2
11	P. L.-né	52	Cor. bov., oedemák	1	2'5	2'5	1	4'2	4'3			
12	L. M.	64	Myodeg. cordis, ascites, oedemák	1	1'6		2	3'3				
13	K. F.-né	28	Insuff. bic., cor bov.	1	2'5	2'5	1	2'5	1'8			
14	R. J.	49	Insuff. bic. et aortae	2	1'8		2	3'5		1	1'6	1'5
15	M. F.	42	Insuff. aortae, neph. chron.	6	1'9	1'8	3	1'9	0'9	3	1'3	0'9
16	S. S.-né	53	Diabetes mell., adipositas	2	4'9	2'1	1	5'9	3'7			
17	S. P.-né	55	Sten. bic., oedemák	3	2'5	2'6	2	3'5	3'6			
18	M. F.	44	Cirrh. hep., ascites	1	1'6		2	2'6	1'0			

sorakoznak egymás után. Az első oszlopban a novurit-befecskendések után, a második oszlopban a novurit és ureum együttes használatára, a harmadik oszlopban az ammoniumchloridos előkészítés utáni 24 órás vizelet-mennyiség illetve testsúlycsökkenés van feltüntetve. Az injectiók száma a táblázatból szintén leolvasható.

Amint a táblázatból láthatjuk, a kiürített vizelet mennyisége legtöbbször sokkal nagyobb az ureum-novurit együttes adása után (közéérték 3.3 liter) mint a tiszta novurit után (közéérték 2.0 liter) s minden esetben meghaladta az ammoniumchloridos savanyítás utáni novurit diuresist. Eredménytelen volt az ureum a 15. sz. esetben, de ott veselégtelenség is volt: a beteg vérében a maradék nitrogén az ureum beadása után 24 órával még 60 mgr volt, szabályos vérchlor érték mellett s a novurit hatása is csak 48 óra alatt zajlott le.

Ha betegeink testsúlycsökkenését is figyelembe vesszük, már nem ily jók az eredmények, bár az ureum és novurit után közéértékben 2.2 kg., a tiszta novurit után pedig csak 1.5 kg volt a testsúlycsökkenés. Fel-tűnő, hogy különösen a 4—5—7—15 számú betegünk esetében maradt el nagyon a testsúlycsökkenés a kiürített vizelet mennyisége mögött. Ennek kétféle oka is lehet: az ureum elfogyasztása után néha nagyon erős szomjuzás támad. Lehet, hogy betegeink többet ittak anélkül, hogy ezt bevallották volna. Gondoltunk ez esetekben a *perspiratio insensibilis negativa* lehetőségére is. Da Silva Mello és Zák irták le először s azóta többen, megerősítették, hogy szívbetegségek testsúlya jobban növekedhet, mint ahogy a felvett és leadott folyadék-mennyiségnek megfelelne. Megfigyelésüket úgy magyarázzák, hogy ilyen esetekben a bőr és tüdő útján vesznek fel vizet a betegek a környező levegőből. H. Heller, Schwenkenbacher és H. Gabriel u. Kahler viszont tagadják ennek a lehetőségét. A *perspiratio insensibilis negativa* kérdése még nincs lezárva. A mi klinikai észlelésünk ellene szól. Néhány említett esetünkre valószínű, hogy a több ivás okozta az eltérést. Az szól emellett, hogy éppen fegyelmezetlen betegeinken tapasztaltuk a testsúlycsökkenés elmaradását, olyan betegeken, akik egyéb utasításainkat sem tartották meg, vagy akiknek betegségük is enyhébb volt s épp ezért nem kívánták akkor önfegyelmet tőlük.

A táblázatból látható az is, hogy a vizelettel mindig tiszta novurittal kezdtük s csak később térünk át az ureumos erősítésre, sok esetben olyankor, amikor a vizenyő nagyrésze már kiürült. (2, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 16, számú betegek.) Szándékosan adtuk mindig nehezebb viszonyok között az ureumot. Természetes viszont, hogy ilyen esetekben az ureum novurit együttes hatásának kifejlődésére vizenyő hiányában nem lehetett mód. Az ureum erősítő hatására legbizonytobbak azok az eseteink, ahol a vizenyők gyorsan visszatértek, ahol felváltva adhattuk a novuritot ureummal és anélkül. (1, 3, 4, 8, 9, 10, számú betegek.) Külön ki kell emelnünk az 1. és 8. sz. betegünket, akikre a novurit egymagában, az 1. számú betegünkre pedig még az erősítő szerek után is hatástalan volt, míg ureumos erősítés után jelentős diuresist tudtunk elérni. Épp ezek azok a betegek, akik ureumos kezelésre kiválóan alkalmasak, sőt akikre az ureumot egyenesen életmentőnek kell tartanunk. Azokban az esetekben, mikor a novurit egymagában is jelentősen növelte a vizelet mennyiségét, az ureum hatása kisebb néha egész jelentéktelen volt. Ez esetben nincs is értelme annak, hogy ureummal együtt adjuk a novuritot, már csak azért sem, mert a túl nagy diuresis igen megterheli a szívet. Ugy látszik, hogy az

egyszer adott ureum nemcsak a közvetlen utána adott novurit hatását erősíti. Ezt elsősorban 8. sz. betegünk kortörténete mutatja. Az ureum hatásában az idők folyamán csökkenést nem vettünk észre, vele szemben tehát megcsökkenésről nem beszélhetünk.

Az a tapasztalat, hogy az ureum a novurit hatását erősíti, mindeddig ismeretlen volt előttünk. Ezért átnéztem az erre vonatkozó szakirodalmat, így Engel-Epsteinnek higanydiuresist minden vonatkozásában tárgyaló nagy monográfiáját is, de az ureumról ilyen vonatkozásban nálunk sem találtam említést. Mindössze egy szerző Kurt Weese ismertette 1934-ben röviden egy lueses aortaelégtelenségben szenvedő súlyosan decompensált beteg kortörténetét, aki naponta 2—5 dl vizeletet ürített, akinek sem digitális, sem euphyllin nem fokozta vizeletét s a salyrgan befecskendése után is csak 1,3 litert vizelt. Amikor a salyrgan befecskendése előtt ureumot szedett a beteggel, a vizelet felszökkent 3.4 literre. Weese 1934-ben néhány esetéről be számolt egészen röviden, ahol az ureumot érbe, mellhártyaközbe s hasüregbe fecskendezte. Közleménye nem keltett nagyobb visszhangot, azóta sem ő, sem mások nem ajánlották a higanyos húgyhajtók erősítéséül az ureumot.

Az ureum-novurit hatásának módjáról nem sokat mondhatunk. Jól tudjuk, hogy a vizelet milyen bonyolult működés eredménye. Szerepel benne a vérnyomás nagysága, a vese vérellátása, a vér vizelet tartalma, a vér sóinak mennyiségi és minőségi összetétele, (Na-K antagonizmus, stb.), a vér és a szervezet fehérjéinek duzzadó-képessége, a sav-bázis egyensúly, a máj, a pajzsmirigy, a hypophysis működése, stb. Stroman szerint az ureum a vérbe jutva hydraemiát okoz, csökkenti a fehérjék vízkötő képességét, izgatja a vese tubulusait (tubulusdiarrhoea). Mások szerint izgatja a vízforgalom agyi központjait is. M. Bauer úgy találta, hogy kolloid hártyáknak, így a hajszálereknek áttersztő-képessége ureum jelenlétében nő. Minthogy az ureum a szövetekbe is eljut, bizonyára megváltoztatja az ottlévő sók összetételét (transzmineralisál). Talán ezzel magyarázható késői hatása is. A novurit elsősorban a szövetek vízkötő képességét csökkenti, de közvetlenül izgatja a vesét is. Az ureum-novurit együttes hatásának vizsgálatára kiterjedt laboratóriumi vizsgálatok szükségesek. Elvégeztük a jövő feladata.

Az ureum-novurit hatását vizsgálva önkéntelenül is felmerült az a kérdés, hogy az ammoniumos „savanyításnál” nincs-e szerepe az ammonia componensből képződött ureumnak. A savanyítás elmélete ugyanis nem áll minden ellenmondás nélkül. C. Dienst szerint minden vizenyő savak visszatartásával jár. A teend; tehát a beteg lúgosítása. Egy esetében pl. a vizelet növekedése, a testsúly csökkenése közben a tartalék alkali 40-ről 85-re szaporodott.

Eddigi vizsgálataim eredményeit a következőkben foglalhatom össze:

18 kórházi betegünkön ureum és novurit együttes adásával jóval nagyobb diuresist tudtunk elérni (kp. érték: 3.3 lit.), mint pusztán novurit után (kp. érték: 2.0 lit.). Betegeink testsúlycsökkenése ureumos előkészítés után átlagban 2.2 kg volt, tiszta novurit után 1.5 kg. Egy betegünk 3.6 lit. vizeletet ürített ureumos előkészítés után akkor is amikor novurittal a szokásos erősítő szerek (ammoniumchlorid, suprachol, decholin, a májtájék piócázása), ellenére mindössze 1.4 l. vizelete volt. Ureumos előkészítés után minden esetben többet vizeltek betegeink, mint ammoniumchloridos savanyítás után. Nem jelenti ez azt, hogy az ammoniumchloridot

az ureum fölöslegessé teszi. A két eljárás értékesen fogja kiegészíteni egymást.

Mindezek alapján azt ajánljuk, hogy azokban az esetekben, ahol novurittal nem tudjuk a diurést megindítani, vagy ahol a novurit hatását erősíteni akarjuk, tegyünk próbát ureummal.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Coffein szívre irányuló hatása. M. Kisse és H. Gummel. (Klin. Wschr. 1938. 27.)

Friss izolált kutya szívére 50—300 mg. coff. natriumbenzoicum növelte a szív frekvenciáját és fokozta az oxigén fogyasztást. 200—300 mg. után 50—70%-ot ért el az oxigénfogyasztás növekedése. Fáradt szíven a coffein megjavította teljesítményt: csökkentette a szívolument és a pitvarnyomást, emelte az oxigénfogyasztást. Ugyanilyen hatást gyakorol a coff. a barbitursav származékokkal gyengített szívre. A coff. hatás rövid ideig tartott. A vizsgálatok eredményeképpen kitűnt, hogy a coff. emeli a szív frekvenciáját és az oxigén fogyasztását. A kimerült, vagy barbitursav származékokkal gyengített szívre szintén serkentő és oxigénfogyasztást növelő hatása van. Ennél fogva a coff. hatás eltérőleg a digitális glykosidák hatásától, az adrenalin és ehhez hasonló szerek hatásához hasonló. Digitális glykosidák ugyanis emelik a fáradt szív teljesítőképességét anélkül, hogy az oxigén fogyasztása lényegesen emelkednék.

Szell Imre dr.

Sebészet.

Egyszerűsített érzéstelenítő eljárás golyvaműtét esetében. W. Günther. (Zbl. f. Chir. 1938. 33.)

A fejbiccintő izom alsó és középső harmada határán, belső szélétől 2 cm-re kifelé bőrpúpot rétegez novocain-oldattal. E pontból kiindulva felfelé és lefelé, kb. 5 cm. hosszúságban és 1 cm. szélességben érzésteleníti a bőr alatti kötőszövetet, mikor is a plexus cervicalisből eredő bőridegek érzéstelenné válnak. Hasonlóan érzésteleníti kb. 5 cm. novocain-oldattal a bőnye alatti szöveteket is. Harmadik szűrással 1 cm. mélyen beszűr a fejbiccintő izomba és 2 cm. novocain-oldatot rétegez ide. Végül a nyelvcsonst szarva elé 8 cm. oldatot fecskendez. Ezáltal érzésteleníti a nervus laryngeus sup. külső ágát, az art. thy. sup. idegköteget és a nyelvcsonst izomzatát. — Jó mélyen kell beszűrni, szakaszosan érzésteleníteni. 10—15 perc múlva teljessé válik az érzéstelenítés. Az eljárás előnyei: a beteg csak két szűrést érez és 40 ccm. $\frac{1}{2}\%$ -os novocain-oldat elégséges.

Király József dr.

Adatok a Perthes-féle betegség keletkezéséhez. Nagura S. (Zbl. f. Chir. 1938. 1707—1712. o.)

Szerző érinti mindazokat az elméleteket, amelyek a Perthes-féle betegség keletkezését magyarázzák s mindezekkel ellentétben a nem túlságosan nagyfokú tompa mechanikai insultust tartja az igazi kóroknak. Elméletét házinyúl-kisérletekkel támasztja alá, amelyekből kitűnik, hogy a tompa eszközzel megsértett házinyúl-combfejecsből regressziós folyamatok indulnak meg, amelyek a combfejec ellaposodásában és a coxa vara képződésében állanak. Ugyanakkor a metaphysaer csonthártya kötőszövetes burjánzással betör a combnyak-diaphysisbe. A különböző időben leölt vizsgálati állatoknál a fent leírt elváltozást már a 120-ik naptól kezdve észlelte a szerző. Az elváltozások vázlatos és görcsövi képeit 3 ábrában közli. Többszörösen hivatkozik már régebben végzett hasonló irányú kísérleteire (Zbl. Chir. 1937. 2058., Arch. klin. Chir. 191. 369.), amelyekkel a „primaer aseptikus csontelhalás” lényegéről kideríti, hogy az nem elsődleges, hanem teljes mértékben másodlagos jelenség.

Puky Pál dr.

Az anamnesis jelentőségéről az agydaganatok kórismezésében. Vogel. (Dtsch. Med. Wschr. 1938. 1277. o.)

Az agydaganatok kórismezésében döntő fontossága van a kórelőzmény részletes és pontos felvételének. Ennek segítségével sikerült az ú. n. daganatsyndromák felállítása.

Ez alatt az értendő, hogy bizonyos daganatok csak az agy bizonyos helyén lépnek fel szabályszerűen. Ezeknek növekedéstypusa majdnem mindig egyforma és a környezetükre gyakorolt reactiótypus is ugyanaz, ugyancsak egyforma a szövettani strukturájuk is. Ilyenek pl. hypophysis adenoma, meningeoma, acusticus neurinoma, a nagyagy-féltékék malignus gliomái, kraniopharingeomák, érdaganatok stb. Ezeknek ismeretében sikerül azután bizonyos agytájékon belül az ott előforduló egyes daganat-typusok kórismézése, így a hátsó scala tumorainál az acusticus neurinoma, Lindautumor, astrocytoma, a IV. gyomrocs ependynomája. Azonban ezen elveknél is van határuk. Az atypusos növekedésű daganatok már nehezen illeszthetők be az említett sémák valamelyikébe, ezenkívül a helyi és általános agygyomlás okozta tünetek is zavarólag hathatnak. Ugyancsak megnehezíti az anamnesis felvételét a beteg psychéjének és egyéniségének, megfigyelőképességének, a tumor okozta korai megváltozása; ilyenkor sokszor a legjellegzetesebb anamnestikus adat elveszhet, pl. a szaglász elvesztése oftalmikus meningeomáknál. Sok esetben a környezet, családtagok adatai szolgálnak felvilágosítással. Az orvostól függ annak megítélése, hogy a bementett adatok közül melyiket és milyen súllyal használja fel. Ez sokszor nehézségekkel járhat és nem is mindig vezet eredményre, sok türelemmel azonban a beteggel való hosszabb foglalkozással sikerül az anamnesis alapján a valószínű kórismét felállítani.

Findeisen László dr.

Szülészet.

Ujszülöttek hüvelynyálkahártyájának élettana. Maria Alexiu. (Arch. Gynäk. 167. 1. 1938.)

Az egész női nemzőcsatornán észlelhető ciklusos változások, melyek a petefészek működésétől függenek. Újabb vizsgálatok szerint a női hüvelyben is játszódhatnak le ilyen átalakulások, melyek között 3 szakot lehet megkülönböztetni: a két havibaj közötti regenerációs szakot, a praemenstruális szakot, és végül menstruációs szakot. Szerző jelenleg a szülés utáni első hetekben az ujszülöttek hüvelyében végbemenő, jellemző elváltozásokkal foglalkozik. 10 halvaszületett, 6 a terhesség IV—VIII. hónapjából való magzatot és 22 ujszülöttet az 1 naptól IV. hónapig vizsgált meg ilyen szempontból. Szülés alkalmával a hüvelynyálkahártyájának 3 jól fejlődött és élesen elkülönült rétege van. A basalis sejtek rétege, a kerek magvú sejtek rétege és végül az elszarusodott réteg, mélyebb szemcsés és festékes, és felületesebb magnélküli elszarusodott sejtsoraival. Már az első héten megváltozik ez a szövettani kép. A mélyebb rétegek tömöttebbek, az egyes sejtek vacuolások lesznek. A felső réteg lemezekben lelekedik. A glykogen lerakódás igen kifejezett. A 2—3 héten a nyálkahártya lelekedése tovább folytatódik. A 4. hét végén már csak néhány sejtsor marad, úgyhogy magának a csirarétegnek a felismerése is nehéz. Ezután a nyálkahártya regenerálódik, azonban a szövettani kép most már egészen más. A nyálkahártyának egy nyugalmi képe áll előttünk teljes glykogen hiánnyal. A hüvelynyálkahártyája ebben az állapotban marad azután egészen a serdülés koráig.

Thaisz Kálmán dr.

A méhnyálkahártya elhúzódo lelekedésének kórbonctani és klinikai képe. H. Rockstroh. (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 116 k. 2. f.)

Anyagának nagyobb részét (640 eset) a berlini, kisebb részét (54 eset) a hallei női klinika beteganyagából meríti. A betegek részben klinikai bentfekvők, részben kinti esetek. Utóbbiak beküldött kaparékainak vizsgálata, majd személyes, illetve írásbeli utánjárás, a klinikaival egyenértékű anyagot nyújtott.

A méhnyálkahártya tökéletlen, elhúzódo lelekedésének szövettani képe a következő. A havivérzés alatti lelekedést egyes hámszigetek elkerülik és a következő érő tüsző hormonhatása és a felszálló guylladás elváltozásokat hoznak létre: zsugorodás áll elő, a stroma sűrű lesz, a mirigyek csillagalakúak, a véredények részben igen tágak, részben erősen szűkültek. A sejtek működő jellegét azok glykogenfestődése, alapi elhelyezkedésű magja és a mirigy-lumenek felé elmosódott sejthatára adja. A felületi hám hiányos, a regeneratio tökéletlen. Ezen „régí” területek mellett új, fejlődő nyálkahártya részletek találhatók. Az esetek klinikai lefolyását (elhúzódo vérzések) 2 kórtörténet referálásával ábrázolja. A kor-megoszlás vizsgálatánál pedig a kli-

makterium idejét találja hajlamosítónak. Sem alkati formák, sem belső elválasztásos megbetegedések szerepe nem valószínű. Okának a ciklus első napjaiban csökkent mennyiségű hormontermelést tartja és állítását állatkísérletekkel igazolja. Áttérve a kezelésre, a méhkaparást nem találja véglegesen gyógyítósnak. Természetes, hogy a csonkolás, röntgen-castrálás megszünteti a vérzéseket. Az állatkísérletekkel beigazolt feltevés (csökkent folliculintermelés) ily irányba terelte érdeklődésüket és prognon adagolással pár esetben szép eredményeket értek el.

Margitay Becht Dénes dr.

A kézzel történő lepényelválasztáskor alkalmazandó első műfogás. R. Knebel. (Mschr. f. Geb. u. Gyn. 108. k. 4. f.)

A szerző azt ajánlja, hogy ha az altatásban végzett Credé-féle műfogás eredménytelen, ne válasszuk le kézzel a lepényt, mielőtt az alatt leírt fogást nem alkalmaztuk. Ez abból áll, hogy steril körülmények közt egyik kezünkkel a köldökzsinórt húzzuk erősen, arra vigyázva, hogy lehetőleg el ne szakadjon, másik kezünkkel a méh fundusát erősen dörzsöljük, nyomkodjuk, arra ügyelve, hogy behorpadás ne keletkezzék (inversio veszélyes!). Ha ez az eljárás 5 perc alatt nem vezet eredményre, a köldökzsinór elszakad, vagy pedig észrevesszük, hogy a méhfenék behorpad, abbahagyjuk a további kísérletezést és kézzel választjuk le a lepényt.

A fent leírt eljárás nincs még eléggé kipróbálva, de a szerző néhány esetben szép eredményt ért el vele és teljesen veszélytelennek találta.

Simon Ágoston dr.

Cukorbeteg és terhesség. Tassilo Antoine. (Wiener Klin. Wschr. 1938. 38.)

Már 20 évvel ezelőtt e kérdéssel kapcsolatban a vélemény az volt, hogy diabetikák igen kivételesen fogamzhatnak, ilyenkor legtöbbször elvetélnék, ha ritkán ki is viselik a terhességet, a coma veszélye fenyeget. Az insulin óta annyiban változott meg a helyzet, hogy az említett szövődmények lényegesen kisebb számban és kevésbé súlyos formában fordulnak elő. A terheseknél ép viszonyok között is előforduló cukorvizeléstől — mely kivételesen valódi cukorbetegségbe mehet át — megkülönböztetendő a valódi cukorbeteg, melynek 3 alakja ismeretes: 1. cukorbeteg nő terhes lehet, 2. a cukorbeteg terhesség alatt kezdődik és utána is megmarad, 3. a terhesség alatt kezdődő cukorbetegség szülés után nyomtalanul megszűnik. Cukorbeteg anya kiviselt magzatának legtöbbször igen nagy a súlya (7 kg-ost is leírtak). A magzat főleg a terhesség utolsó idejében van veszélyeztetve, ezért ajánlották, hogy ha a szülők feltétlenül élő gyermeket akarnak, néhány héttel a szülés ideje előtt császármetszést végezzünk. Minthogy a cukorbeteg anyák magzatai közül általában csak 50% marad életben, a császármetszés sem biztosítja a magzat életét. Sok magzat pusztul el a szülés utáni első napokban is. Az újszülöttnél gyakran jelentkező hypoglykaemia miatt szőlőcukor adagolása szükséges.

Cukorbeteg terhes kezelését, étrendjét belgyógyász irányítsa (acidosisra való hajlam). Szigorú vizelet- és vércukor ellenőrzés szükséges. Cománál a terhesség gyors megszakitása kerülhet szóba. Az ellenőrzés a gyermekágyban is folytatandó, mert itt hypoglykaemia veszélye fenyeget.

Horváth Kornél dr.

Szemészet.

Az enucleatio befolyása a canalis opticus fejlődésére. Luzsa E. (Klin. Mbl. Augenhk. 101. 413.)

Azon esetekben, amikor az enucleatio a koponya fejlődésének befejezte előtt történik, az ezen oldali szemgödör fejlődésében visszamarad. Szerző azt vizsgálta, hogy ilyen esetekben kimutatható-e hasonló elváltozás a canalis opticon. Vizsgálatai alapján, amelyeket állatkísérlettel is támogat, megállapítja, hogy a can. opt. végleges alakját a 18-ik életévben veszi fel. Az ezen idő előtt elveszett szemek oldalán lévő can. opt. a látóideg sorvadása és valószínű visszahúzódása következtében fejlődésében ugyancsak visszamarad. Röntgen-képen az ép oldalival összehasonlítva megkülönböztethetők látszik. Ha tehát a mindkétoldali can. opt.-ról azonos viszonyok között készült Röntgen-képek összehasonlításakor ilyen elváltozást látunk, ennek értékelésénél erre a lehetőségre is figyelemmel kell lennünk.

Bendenritter Ferenc dr.

Operált iridocyclitisek sorsa. Miklós A. (Graefes Arch. 139. 2.)

A debreceni szemklinika uveitises betegein azt vizsgálta, hogy van-e összefüggés a műtéli javallat, illetve az operált szemek későbbi sorsa s a különböző eredetű megbetegedések között. Továbbá, hogy miért jó egyes esetekben a műtéli eredmény s más esetekben miért rossz. Alapelv: uveitisnél csak kényszerítő szükség esetében operálnak (pl. glaukoma). Általában a gyógykezelés inkább conservativ, mint radicalis. 500, túlnyomórészt tbc. és rheumás eredetű uveitises beteg közül 54 került műtétre. Punctio corneae heveny és félheveny esetekben jó hatású, idült, főleg tbc. eredetű uveitisnél célszerűtlen, inkább veszélyes. Iridektomia tbc. eredetű uveitisnél hatástalan, gyakran heveny rosszabbodást is okoz, míg rheumás eredetűnél néha jó hatású. Cataracta uveitica kifejlődésénél csak tokos hályogműtéttől várható eredmény.

Bendenritter Ferenc dr.

Gyermekgyógyászat.

Súlyalatti iskolásgyermek életkörülményeinek vizsgálata. A. Ruotsalainen. (Duodecim. 1938. 9.)

Mivel általában azt hiszik, hogy az iskolásgyermeknél a koruknak megfelelő súlyalattiságot a táplálkozás kielégítetlen volta, a rossz lakásviszonyok és általában a socialis elesettség okozza, ezért míg iparkodnak ezen rendesen segíteni, hogy segítyezik ezeket a gyermekeket, illetve családjukat. A tapasztalat azonban azt mutatja, hogy ez a segítyezés nem hozza meg a kívánt eredményt a legtöbb esetben, ezért a szerző tanulmány tárgyává tette a helsinki északi kerületben lakó iskolásgyermek életkörülményeit és különösen a súlyalatti fejletlen iskolásgyermek otthoni állapotát tanulmányozta. Ezek a vizsgálatok azt mutatták, hogy lényeges befolyással nincsenek a gyermekek fejlettségére sem a szűk lakások, sem a család sokgyermekűsége, sem az előző betegségek, de még a táplálkozási viszonyok sem. A legtöbb esetben más okokat talált, mégpedig a gyermekek eredeti astheniás alkata és a belső secretiók mirigyek működési zavara volt a fejletlenség oka. Szerző szerint az ilyen fejletlen gyermekek socialis helyzetének emelése és ezeknek egyszerű segítyezése nem fogja a várt eredményeket meghozni és ez az oka a sok kudarcnak. Az ilyen gyermekek orvosi átvizsgálása a fontos.

Koralewski Géza dr.

Still-féle betegség (gyermekkori chronicus arthritis). Robert Portis. (Amer. Journ. Dis. Childr. 1938. 55. 1000.)

A Still által közölt 22 eset összefoglalása után részletesen ismerteti a chicagói klinikán ápolott és ott is boncolt 2 gyermek igen pontos vizsgálati leleteit és kórlefolysát. A betegség a 7. illetve a 11. évben kezdődött és 5, illetve 8 évig tartott. Mindkét beteg uraemiában halt meg és súlyos amyloidosisuk is volt, mint Still több esetében is. Az ízületek szövettani vizsgálata chronicus proliferáló gyulladást mutatott. Egy esetben sem lehetett akár még az életben, akár a halál után kórokozót, vagy más aetiologiai tényezőt kimutatni.

Véghelyi Péter dr.

Rheumás eredetű erythema nodosum. Wallgren. (Amer. Journ. Dis. Childr. 1938. 55. 897.)

Fertőző betegségek nyomán a tbc-s allergia csökken, majd ismét az eredeti szintre emelkedik. Ezen emelkedés időszakában éppúgy felléphet tbc-s erythema nodosum, mint az allergiás állapot kifejlődésekor primaer infectio kapcsán. Az erythema nodosum jelentkezését megelőző heveny fertőző betegség tehát még nem szól annak gümőkóros eredete ellen. Ennek értelmében rheumatikus eredetűnek az erythema nodosumot jogosan csak akkor tarthatjuk, ha a gümőkóros fertőzés hiányát 6 heti időközben 10 mg. tuberculinnal két ízben végzett negatív Mantoux-reactio igazolja, továbbá, ha a rheumatikus eredet mellett ízületi fájdalmak, az endokarditisnek physicalis és elektrokardiographiás jelei, stb. bizonyítanak.

Lénárt György dr.

Újszülöttek gyomortartalom reactiójának vizsgálata az első etkezés előtt. H. Huhtikangas. A. S. M. F. (Duodecim. 1937. XXIV. 1.)

Szerző 405 újszülöttnél végzett gyomortartalom reactió vizsgálatot. Az újszülöttek közül 25 1/4 óráig volt és fo-

kozatosan emelkedik az életkor a 24 órásig. A gyomortartalmat 15—19-es Nélaton-katheterrel vették szívó nékül. A reakciót elektrochemiai úton *Mislowitzer* szerint határozták meg. Szerző részletesen leírja az eljárást, majd az újszülöttek súlyszerinti és egyéb csoportosításáról ír. Külön vannak az anyák szerint is osztályozva, primiparától XIV paráig és ikerszülésig. Az újszülöttek és anyák betegségei szerint is külön vannak osztályozva az újszülöttek.

Végső összefoglalásai: 1. Az újszülött gyomortartalmának reakciója függ a méhenbelüli életben lenyelt anyagoktól, de többnyire a semleges vegyhatás körül ingadozik (ugyanannyi a gyengén savi, mint amennyi a gyengén lúgos). A szülés előtt nem lehet kimutatni jelentékenyebb savelválasztást.

A megszületés után azonban azonnal megindul a gyomormirigyek működése és az élénk savkiválasztás. A születés utáni ötödik órában már eléri minden esetben a 3 pH-t, sőt 8%-ban a 2 pH-t. A 260 több mint 5 óras újszülöttnél a középérték 1.45 pH volt. Táblázatokban igen szépen lehet látni a savérték emelkedését, az első táplálékfelvételig. A savkiválasztás lehet oka az újszülötteknél gyakran észlelt hányásoknak. A gyomormirigyek meginduló erős működése szerző szerint a véráramváltozásokkal áll összefüggésben; ugyanis a szülés után a gyomorerek, illetve a gyomornyálkahártya bőségesebb vérellátásban részesül, mint a méhenbelüli életben.

Szerző szerint az újszülöttek erősebb aciditása hatással van: 1. a gyomorból kiinduló fertőzésekre, mert megvédi ezektől; 2. a pepsinnek emésztőműködésére hat aktiválólag és a tápcsatorna összes mirigyének működésére ingerlőleg hat; 3. szabályozza a pylorus záródását; 4. lehetséges, hogy támogatja az első életórák hiányos légzését is, mivel a sósav előállításához a vérből CO₂-ot von el és evvel a véralkali tartaléka emelkedik.

Koralewski Géza dr.

Bőrgyógyászat.

A besugárzott, illetőleg gyulladt bőr histaminszerű hatása. *F. Voss. Köln. (Derm. Wschr. 1938. 38.)*

Patkány- és tengerimalac-kísérletekben vizsgálta, hogy a mesterségesen ingerelt bőrben szabaddá tett II-anyagok milyen hatást gyakorolnak a gyomornedv-elválasztásra. Az állatoknak a hátát Röntgen-, Bucky- és ibolyántúli sugárral ingerelte. A megölt és felboncolt állatok gyomornedvét kis mennyiségük miatt nem a szokásos 1/10 normál, hanem 1/100 normál lúggal titrálta. A kísérletek azt mutatták, hogy 1—4 besugárzás után megölt állatok gyomorsavértéke emelkedett, a kezelés 3-ik hetében pedig ismét csökkent, mégpedig részben normális, részben subacid értékre. Ha a besugárzásokat 4 és 5 héten keresztül úgy végezte, hogy a bőr egyenletesen gyulladt maradjon, akkor hypo-, de többnyire anaciditást talált. Vagyis sugáringerlés hatására az első két hétben a gyomorsavtartalom emelkedése, a harmadik hétben normális érték, vagy enyhe hypaciditás, később és általában idült állapotban anaciditás észlelhető. A hyperacid értékek előidézésében nem játszott szerepet a sugárzás faja, ezzel szemben a csökkenés röntgenbesugárzás után gyorsabb, mint Bucky- és mint ibolyántúli besugárzás után valószerűleg a hatás mélysége játszik szerepet. Eredményeiben, valamint más szerzők és saját régebbi vizsgálataiban amellet talál bizonyítást, hogy kiterjedt gyulladt bőrfelületben histamin válik szabaddá, mely a gyomorra hat. Ebből következik, hogy az esetek nagy részében elsősleges a bőrgyulladás, másodlagos pedig a gyomorsav elválasztásának zavara.

Szép Jenő dr.

Adat a pemphigus májtherápiájához. *R. Kyser. Oldenburg. (Derm. Wschr. 1938. 40.)*

Az irodalomból és saját megfigyeléseiből bemutat pemph. vulgaris eseteket, amelyeket túlnyomólag májképzőanyagokkal kezeltek. A májat hepaventrat és hepatrat alakjában adagolta. Egy esetben az eredmény feltűnően jó volt. A 8 eset közül 7 fél év alatt recidivamentes lett, egy meghalt.

Szép Jenő dr.

Az uliron-kiválasztása a vizelettel. *H. Döllken. Leipzig. (Derm. Wschr. 1938. 8.)*

Az uliront az I. G. Farben eljárásával mutatta ki a vizeletből. Ez a mennyileg kimutatás tulajdonképpen az uliron szabad aminosoportjának diazotálódásán és ennek

a kötésnek egy aromás aminnal, egy azofestékké való kapcsolódásán nyugszik. A kémléshez erősen savanyú oldat szükséges. A megfelelő színnek elérésére a felesleges nitritet carbamid hozzáadásával bontják szét, s ekkor a sárga színű nitrose-kötések keletkezését is megakadályozzák. A kémlésben fontos szerepe van az aethyl- α -naphthylaminnak. Igenleges próba esetében a töménység erőssége szerint világosvöröstől sötétvörös és kékesvörös szín jön létre. A kémlést úgy kell végezni, hogy egy rész ulironhoz egy rész 1/10 normál natrium hydroxydot és 8 rész 2/1 n HCL-oldatot öntünk. Ennek a hígításnak 1 ccm-éhez 0.1 ccm. natriumnitritet (1%-os oldatból), 1 ccm. 0.2%-os carbamid-oldatot és 1 ccm. 0.3%-os aethyl- α -naphthylaminchlorhydrat oldatot adunk. Ezt az eljárást klinikailag használhatónak és kielégítőnek tartja. Ott talál alkalmazásra, ahol a kankógyanúsak felügyeletéről van szó. Megállapította, hogy az uliron már 1 g. bevétel után 2 óra múlva kimutatható és a kiválasztás 20 óra múlva éri el tetőfokát. Ezután az uliron mennyisége a vizeletben csökken. 3 g. uliron a bevétel után még 7—9 nap múlva is kiválasztódik a vizelettel. Tehát az uliron felhalmozódik a szervezetben és kiiktatása után még hosszú időn keresztül hat. Ez természetesen a gyógyhatásban is tekintetbe veendő.

Szép Jenő dr.

Új eljárás a hajas fejbőr megbetegedéseinek kezelésében. *A. Wolter. Berlin. (Derm. Wschr. 1938. 40.)*

A hajasfejbőr különböző ekzemáinak, valamint a dermatitis papillaris capillitiinek, psoriasisnak kenőcsös kezelése a járóbetegrendelésen rendkívül kényelmetlen. A Crinon oleum laurit, sulfonátokat és aetherikus olajokat tartalmaz, emulsió alakban alkalimenter schampenszerű testhez kötve. Ez a szer gyorsan gyógyítja az ekzematát és hígítva a hajas fejbőr mosására is alkalmas.

Szép Jenő dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Lebensweg eines chirurgen. *Anton Freiherr von Eiselsberg. (Tyrolia Verlag. Wien-Insbruck 1938. 566. oldal.)*

Kevés sebész él ma a világon, aki kilenc egyetem díszdoctora, kevés, akit annyi tisztelet és ünneplés övezett, mint *Eiselsberg*-et. Már csak abból a szempontból is érdekes önéletrajzát elolvasni, hogy megtudjuk, mi ennek a külső sikernek titka, rúgója. Mi az oka annak, hogy a német nyelvű egyetemek sebészeti tanszékein számszerint az ő tanítványai vezetnek. — Aki személyes érintkezésből nem ismeri az ő bájosnak mondható egyéniségét, bámulatos név- és tárgylelkész képességét, azt a szinte a régi táblabíró-világba kívánczó kedvességét, amellyel minden tanítványát, ismerőst és barátját elhalmozta, a könyvből és kérdésekre nem találja meg a feleletet. Ez az életrajz annyira tárgyilagos, mintha kívülálló idegen írta volna azt. Meglátszik minden során, hogy pontosan és lelkiismeretesen vezetett naplóból állította össze, szigorúan csakis azokat az adatokat válogatva, amelyek sebészi pályájára vetnek világosságot. Kikapcsolt abból mindent, ami pályáját, belső egyéniségét az összeomló világbirodalom politikai, társadalmi, vagy kortörténeti vonatkozásokban érinthette. Ez a megszorítás bizonyos fokig szürkév, egyoldalúvá teszi ezt az életrajzot. De éppen ez az egyoldalúság, ez a szűk keret fokozza annak emberi értékét.

„Emlékezéseimből mindent számba véve kiderül, hogy gazdagon mozgalmas, egészben véve boldog életet juttatott számomra a Gondviselés.”

Lélektani szempontból igen érdekes annak megfigyelése, hogyan kelnek munkájában harcra az ösöktől öröklött katonai erények az orvos, a bűvár, a gondolkodó és jó ember tulajdonságaival.

Ősei atyai és anyai ágon (édesanyja báró Pirquet leány) több nemzedéken át osztrák katonatisztek. Hogy vérbeli katonák voltak, misem igazolja jobban, mint az, hogy két öse a Mária Terézia rend lovagja volt. Hogy a katona vére benne is buzog, a világháborúra vonatkozó naplójának minden sora igazolja. Mint a Máltai lovagrend kórházainak legfőbb orvosi irányítója és a tanítványából alakított „Sebészcsoporthoz” felügyelője, sorra járja a harcterekeket. Mindenütt a tűznek legjobban kitett frontszakaszokat keresi és golyózáporban járja végig a lövészárkokokat, kavernákat. Ebben a veszélykeresésben látjuk munkában katonaiséitől öröklött vérért.

Az itt tapasztalt borzalmas pusztítások, a gáztól fulladó katonák halálalás vergődése, a megvakult, béna harcosok ezrei újból és újból megismétlődve íratják vele a jó ember és kiváló orvos feljajdulását: „Ezt kellene a háborús uszítók szeme elé állítani, hogy a fölösleges vérontás és kínlódás örületéből meggyógyuljanak.” Ezért állít fel bécsi klinikáján külön osztályt a gerinclövötték kezelésére. Legnagyobb boldogsága, ha ilyen — örök bénaságra kárhoztatott — szerencsétlenül a nyomást megszüntető műtéttel segíteni tudott.

Az életrajzi rész végén néhány nagy, öt különösen érdeklő orvosi kérdéstről összeállítja véleményét és nézeteit (kuruzslás, orvosképzés, a klinikus tanár feladatai, orvosi titoktartás, az orvos modora, dohány és alkohol, a pajzsmirigy betegségei, a rák kezelése, a mai sebészet fejlődése, euthanasia.)

Ha ezeket a rövid cikkeket figyelemmel olvassuk, megkapjuk a választ fölvetett első kérdésünkre: mi a magyarázata, hogy *Eiselsberg* munkája világszerte oly nagy elismerésre talált.

A klinikus professor feladatairól így nyilatkozik:

„*Billroth* szellemében beszélek, ha ezeket a gyógyításban, tanításban és kutatásban jelölöm meg. Ennek az önmagában záródó körnek egyedüli és kizárólagos célja a beteg ember szolgálása.”

Életrajzában végére ezt a mondatot helyezi: „Boldogító tudatom és évtizedek óta megszokott és megkedvelt foglalkozásom az volt, hogy beteg embertársaimon segítek és tapasztalásommal tanácsukra legyek; ennek a munkának hiányát érzem ma leginkább.” Az orvos és sebész gondterhes életéről pedig így nyilatkozik: „A jogász sem szabad irodája zárása után hivatásának minden gondjától. A sebész azonban állandóan terhek alatt él és kísérteteiktől meg nem szabadul. Ha műhelyünket elhagyjuk, annak árnyékába lépünk. Ez az árnyék sötét, az élet és a halál között húzódik.”

Nagy sikereit, hírét, kortársainak szeretetét és elismerését nagy emberi és orvosi tulajdonságaival szerezte meg. Elsősorban lelkiismeretes orvos volt, aki ebben az irányban nevelte tanítványait és iskolájának kutató munkáját is e cél felé terelte. Orvos ő a szó legnemesebb értelmében, méltó tanítványa nagy mesterének, *Billroth*nak.

Manninger Vilmos dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület december 2-i ülése.

Bemutatás:

Mező B.: *Kocsányosítás nélküli vesemetszés időleges tokalatti vérzéscsillapítással.* Egy 41 éves férfi kétoldali kiújult veseköveit kellett operálnia. A jobb vese működése elég jó, a bal vese működése nagyon rossz volt. Először a jobb vese nemrög anuriát okozó mozgó köveit operálta. A vesemedencék a vesében voltak elhelyezve, s ezért vesemetszést kellett végeznie. A megelőző műtét következtében a vese környezetével úgy össze volt nőve, hogy a vese kiemelése csak a saját tokon belül sikerülhetett volna. A vese saját tokjától megfosztott vesén végzendő vesemetszés a varratok esetleges átvágása miatt nem látszott tanácsosnak, ezért a vesét helyben hagyta. A vese zsíros tokja és a háti izomzat közt két újjal a vesekocsányig behatolt, annyira, hogy a vese ütőerét két tapintóujjára fektethette. Ezután a vese felső harmadában lehetőleg elől a vese saját tokját 4–5 cm. hosszban a vesekocsányig leválasztotta és a tok alá egy görbe ércsipeszbe fogott gazetapontot vezetett. A vesetűteret a vesemetszés tartamára evvel a tamponnal az ujjakhoz szorította és ily módon vérzés és melléksérülés nélkül eltávolíthatta a vesekövet. Ily módon a műteti shockhatás is jelentékenyen kisebb volt, mint amekkorára a vese kibuktatása után lett volna.

Pallos K.: *Csontszövet és rák méhben.* (Kézirat nem érkezett.)

Előadás:

Hajós K.: *Az allergiás betegségek kórisméje és kezelése.* Az allergia fogalmának meghatározása után ismerteti az allergia kritériumait. Az allergiás reactio középpontjába az antigen-antitest kötést helyezi, azonban kiemeli az allergiás diathesis, az allergiás constitutio, a szerzett vagy veleszületett hajlam nagy jelentőségét. A diagnostikai módszereket két csoportban ismerteti, az egyik csoportban tár-

gyalja az allergia kimutatására vonatkozó megfigyeléseket, a másik csoportban azokat az elváltozásokat tárgyalja, melyek az allergiás szervezetet jellemzik. A második csoportba tartozó vizsgálati módszerek: az eosinophilia kimutatása, a Widál-féle haemoklaziás crisis, a leukopeniás index, a vegetatív idegrendszer tonusállapotának megállapítása, hűgysav, cholesterolin, stb. meghatározások. Egyes esetekben szükséges májműködési próbák elvégzése, vagy valamely passiv átviteli kísérlet a fajlagos antitestek kimutatására.

A kezelési módszerek tárgyalása három részre tagolódik: 1. Az allergiások, az endogen allergének, a hajlamosító elváltozások, fertőző góccok kiküszöbölése a szervezetből, vagy eltávolítása a beteg környezetéből. 2. Az allergiás szervezet, a constitutio, a hajlam, az antigen-antitest kötés-megváltoztatására irányuló módszerek összessége. E csoportban tárgyalja a deszenzibilizálás, deallergizálás, anti-productiv hatás, megszoktatás keresztülvitelére szolgáló összes specifikus és nem specifikus kezelési eljárásokat. 3. Az allergiás tünetek megszüntetésére szolgáló beavatkozásokat csak egészen röviden érinti.

A gyógyulási eredmények megítélését megnehezíti az, hogy az allergiás tünetek megjelenése szakaszosságot mutat, spontán remissiók, hosszú ideig tartó tünetmentesség gyakoriak. Legjobb eredményeket észlelt a specifikus deszenzibilizálási eljárások segítségével. A leghatásosabb kezelési módszer a lázkeltés. Különböző allergiás tünetekben tartós javulást látott autovaccinától, a rohamok alatt vett saját savóval történt kezelés után és a szervezet víztelenítése segítségével.

Fornet B.: Előadó mindkét szempontból az allergia classikus meghatározásához lényegileg hozzátartozó specificitást helyezte előtérbe. Ha azonban figyelembe vesszük, hogy az allergiás eseményeknek csakis első phasisa, maga az antigen-antitest találkozása specifikus és mindaz, ami ezt követi, már csakis a specifikus reactio következtében létrejött hyperergiás gyulladás közben felszabadult shock-méregnek (főként histaminnak) hatásán alapszik, elvileg is jogosult nagyobb súlyt helyezni a kórismezés és gyógykezelés nem fajlagos eszközeire. Minthogy a histamin hatására bekövetkezett változások túlnyomórészt a máj functiozavarán alapulnak, ezeknek kimutatása allergiás eseményekre enged következtetni. Így a vízháztartás zavarának a felszívódási idő vizsgálatával, valamint a colloidalis eltolódásoknak a vér complement titerének ellenőrzésével könnyen és folyamatosan tájékozódhatunk kétséges esetben nemcsak diagnosisunk helyességéről, hanem az allergiás betegség lefolyásáról is. A nem specifikus diagnostikai jelek között előadóval egyetértve az eosinophiliának tulajdonít igen nagy jelentőséget. Különösen az allergiás gastritisek felismerésében van jelentősége, mikor is a diagnosis a gyomorbennégekben kimutatott eosinophilejtek alátámasztják. Fontos a helyi eosinophilia kimutatása, mert allergiás reactio tetőfokán a vérben keringő eosinophilejtek száma megfogy és normális is lehet. Megjegyezni kívánja, hogy az anaciditás nem egyszer olyan allergiás roham kísérő tünete, amelyben pathogenetikusan szerep biztosan nincs. Migraine alatt olyan betegek is anacidok, akik különben hyperaciditásban szenvednek. Hangsúlyozza, amit különben az előadó is kiemelt már, hogy a gyógykezelés terén is különösen eredményesek azok az eljárások, amelyek az allergiás események nem specifikus részét veszik figyelembe. Ennek a felfogásnak köszönhető a legkülönbözőbb allergiás megnyilvánulásokban már eddig is oly biztató eredménnyel alkalmazott histaminkezelés bevezetése is.

Rajka Ö.: 1. Az allergiánál olyan immunbiológiai jelenséggel állunk szemben, melynek eltérő a megnyilvánulási formája, eltérő a kimutatási módja, de éppen úgy antigen-antitest kapcsolódásnak tulajdonítandó, mint a többi immunbiológiai jelenségek, melyektől abban is eltér, hogy mindig a sejtekben zajlik le. A fordított passiv átviteli kísérletek igazolják, hogy nem maga a sejt „túlérékeny”, hanem csupán a reagin képesíti a fokozott reactióra. 2. Az allergia szigorúan fajlagos jelenség, a nem-fajlagos reakciók a bőr nemfajlagos biológiai törvényeivel magyarázhatók. 3. A reagin mellett még egy antitest: a dereagin működik, mely allergiás gyulladással lobellenes hatású. Bizonyítéka az ellentétes irányú Praussnitz-Küstner reactio és Lebner-Rajka-féle nyúlfülkísérlet. 4. Az allergiás reactio első szaka: az allergen-reagin reactio fajlagos, a többi szak: a szövetanyag-képződés, a colloidchemiai zavar klinikai megnyilvánulása nemfajlagos. A therapiás

módszerek ilyen alapon oszthatók be. Allergiás antitestek első képzésére csak fajlagos módszerek alkalmasak, de a már egyszer megindult reagín-dereagin-termelést a nem-fajlagos módszerek is tudják fokozni. 5. A haemoklasziás crisis nemfajlagos jelensége: a sejtekben hirtelen nagyobb mennyiségben képződött szövetanyagok (H-anyagok) vérplájába tódulásának következménye.

Somogyi Zs.: Az allergiás betegségek talán a dermatológust érdeklik legközelebről, mert az ekzemat, amely beteganyagának 15—20%-át szokta kitenni, az allergiás betegségek közé sorozzuk. Ezenkívül az urticaria és toxikoderma bizonyult allergiás eredetűnek. Hogy mik a sensibilizálhatóság előfeltételei, arra támpontunk nincs, de idült fertőzések, mérgezések, vérszegénység, hypovitaminosis, idült genyedések, stb. elősegíthetik a túlérzékenységet. Szemben a csecsemőkori ekzémával, a felnőtt korban az alimentaris tényezőknek kisebb szerepe van. Ma még nem állapíthatjuk meg, kik a latens ekzémások. Másfelől tény, hogy pl. primulával minden egyén sensibilizálható, vagy ammonium-persulfattal igen könnyű a sensibilizálás.

Minden elképzelhető anyag létrehozhatja a túlérzékenységet, amely azután ekzema, toxikoderma, urticaria keletkezésére vezet. A túlérzékenységet létrehozó anyag kimutatása rendkívül nehéz. Ennek megvilágítására néhány esetet ismerteti. Egy nőbetegen az ekzema mindig hétfőn újult ki, amiből alimentaris eredetre — a vasárnapi étkezésekkel kapcsolatban — kellett volna gondolnunk. Kiderült azonban, hogy a betegnek akkor jelentkezett az ekzema, amidőn vasárnap a templomban olyan oltár mellett tartózkodott, ahová a hívek primulát helyeztek el. Két beteg jelentkezett a penisre kiterjedő ekzémával. Kiderült, hogy ez az ekzema mindig olyan coitus után jelentkezett, midőn a betegek gummiovszert használtak.

Az allergia tanának igen nagy jelentősége van a foglalkozási betegségek sorában. Már az allergia-tan ismerete előtt is az ekzémák 30—40%-át foglalkozási eredetűnek tartották. Az egyes iparágak között elsősorban az asztalosipar, gépipar, bőr- és szőrmeipar munkásai, galvanizálók, kőművesek szerepelnek. Régóta ismeretes a pékek ekzémája, melynek oka az volt, hogy a liszthez különféle oxydáló sókat kevertek. Amikor ezeket elitiltották, a pek-ekzémák száma megcsökkent. Legutóbbi rendelkezésén ismét 2 pek jelentkezett ekzémával. A vegykísérleti állomás megállapította, hogy a megadott pékműhelyben a tilalom ellenére is ammoniumpersulfatot használtak. Gyakran a tisztálkodásra felhasznált benzol, terpentin és pótszerei hozzájárultak az ekzémához. A foglalkozási ekzémák gyakori oka a víz, szappan és lúg. A legnagyobb ekzema-morbidityást a háztartási alkalmazottak mutatták.

A foglalkozási betegségek kártalanítására a legtöbb államban törvényes rendelkezések vannak. Az allergia-tannak itt is jelentősége van, mert a tekintetbe jövő anyag felderítésére a bőrpróbákat szokták használni.

A Debreceni Orvosegyesület november 17-i ülése.

Bemutatás:

Ókrös S.: A szív és függőér sérülés magasból lezuhanás-kor. A kb. 200 m. magasságból lezuhant utasszállító repülőgép 12 áldozata közül 10-ben vizsgálta a szív és a függőér sérüléseit. Két sérültnek a szíve ép, a többi pedig kisebb-nagyobb mértékben sérült volt. A függőér azonban mind a 10 esetben megsérült. A kamrák és a pitvarok falán, továbbá a szemölcsizmokon teljes vagy részleges szakadás, a függőér és a tüdőverőér billentyűinek szakadása, a koszorús verőerek és egyes bordaközi verőerek kiszakadása a függőérből, továbbá a függőér kezdeti részén, isthmusán, mellkasi szakaszán haránt szakadások mint indirect sérülések gyakran mutatkoztak. Két esetben ezenkívül a szíven és a függőéren szúrt (borda) illetve zúzott sérülést talált. Mind az ép, mind a sérült szívekben kiterjedt volt az izomtöredezés. Az izomzat széttagolódása az Eberth-vonalak mentén következett be.

Jankovich L.: Magyarországon eddig repülőbalesetek aránylag ritkán fordultak elő s még ritkább volt, hogy boncolásuk megtörtént volna. Hozzászóló is csak egy esetet látott még életében, de azt nem közölte, mivel mindössze 10—15 méter magasból zuhant le a pilóta gépével, s így rajta mást nem lehetett észlelni, mint amit magasabb helyről lezuhanásnál vagy emeletről leugró öngyilkosoknál lehet

látani. A debreceni esetben már nagyobb magasság szerepelt és így különösen kiemelendő, hogy mindegyik áldozat szívizmában, akár volt a szíven szabad szemmel látható elváltozás, akár nem, mindig ki lehetett mutatni a feltűnő súlyos fragmentációt. Hozzászóló nézete szerint ezt csak hidrodinamiás hatással lehet magyarázni.

Jeney E.: A magasból alázuhanó emberi test földre-érkezése pillanatában először annak csontosváza és az azzal szorosan összefüggő szervek (izmok, stb.) jutnak nyugalmi helyzetbe. A többi szervek — tehetetlenségükönél fogva — a tömegükkel arányos mozgási energiával folytatják útjukat az erő irányában. Ezért az ilyen szervek (szív, máj) laza összeköttetésükről leszakadva haladnak addig tovább, míg a test valamelyik nyugalmi helyzetbe került része által erős nekiütődés után visszatartatnak. Ezért jön létre a szív leszakadása a függőérről tiposus helyen és a szívizomfragmentatio a nekiütődés folytán. A máj leszakadása még gyakoribb. Ugró állatok mája — dacára az életmódnak — azért mutat ritkábban sérülést, mert a májuk többleányú. Mindig csak egy lebeny halad tovább tehetetlenségénél fogva. Ennek tömege azonban kisebb lévén, kisebb lesz a mozgási energiája is s nem lesz elegendő a szerv leszakadásához. Az előadó által ismertetett szakadások az a. intercostales legkezdeti részén szintén a szív és a függőér előbb jelzett továbbmozgása révén nyerhetnek magyarázatot.

Borsos-Nachtnébel Ö.: Miután az előadó említette, hogy a repülőgéppel lezuhanás boncolási elváltozásairól csak kevés irodalmi adat van, felhívja figyelmét Lubarsch ezirányú észleléseire.

Bókay Z.: Rendkívül nagy fontosságot tulajdonít annak, hogy lezuhanáskor a leszijazott egyéneknek praktice nem következik be a gép alkatrészeihez való többszöri ütődés, illetve contra coute hatás. Bizonyosra veszi, hogy ezen katasztrófánál a többé-kevésbé szabadon ülő mechanizmust figyelmen kívül hagyni nem lehet.

Törő I.: A bemutatott szívfragmentatio esete megerősíti azt a nézetét, hogy az Eberth-vonalak a szívizomrostnak gyengébb helyei, amelyeknek megfelelően az izomrost szelvényekre eshetik széjjel. Szívizom regenerációs kísérleteiben a szívizomrostok szintén az Eberth-vonalaknak megfelelően történő befűződését, ú. n. Eberth-segmentekre való elkülönülését figyelhette meg. Ezeknek alapján az Eberth-vonalakat ha nem is tartjuk sejthatároknak, mégis olyan szerkezeti képleteknek kell felfognunk, amelyek a szívizom működési egységekre osztják. Az elváltozás élőben keletkezésére mutat szerinte a vetített szövettani képeken az, hogy az izomszelvények között tág hézagok vannak, ahol a sarkolemmacső üresen megmaradt. A nagyfokú, rendkívül gyors összehúzódás szakította el az izomrostokat az Eberth-vonalaknak megfelelően, de elszakadtak ugyanekkor azok a finom rostok is, amelyek a sarkolemmából az izomrost belsejébe hatolnak, úgy hogy a sarkoplasma összehúzódása a sarkolemmától függetlenül történt.

Előadás:

Péterffy P.: A tápcsatornában keletkező fekélyek mechanizmusa. A tápcsatornát a redők lefutása szerint 4 szakaszra osztja: 1. az ajak szélétől a duodenum első harmadának végéig, 2. a duodenum második harmadának kezdetétől a vakbélig, — ide tartozik a féregnyúlvány is, — 3. a vastagbél, 4. a végbél, a végbélnyílás pereméig. Az első és utolsó szakaszban a redők hosszirányúak, a másodikban harántirányúak, a harmadikban a taeniák miatt hossz- és harántirányúak egyaránt.

Képeken mutatja be, hogy az elsődleges fekélyek a redők irányában és a redők fenekén helyezkednek el. Ezt a redők mozgásaival magyarázza. Majd pedig ugyancsak mechanikailag igazolja, hogy a berepedések, illetve a fekélyek miért képződnek a redők fenekén a leggyakrabban és miért ritkán a redők élén. A redők alja ajtószarok módjára mozgást végez és ezáltal az ittlévő szövetrészek széthúzódnak szétválnak. Hogy hányszor kell hajlítani, hogy ez megtörténjék, függ a redő görbülete sugarától, amellyel egyenes viszonyban áll, továbbá a nyálkahártya vastagságától, ezzel fordított arányban áll, végül függ az anyag rugalmasságától, amelynek kétszeres szorzatával ugyancsak egyenes arányban áll.

Orsós J.: A tápcsatorna fekélyeinek keletkezésében a redők mechanizmusának kétségtelenül döntő szerepe van. Azonban más elősegítő körülmény is figyelembe veendő. Így: a redők legmélyén a nyálkahártyának viszonylagos

vérzegénységét, a rögzítettségén kívül különösen fontosnak tartja a redők mélyén levő állandó retentiót, ami jó támadó lehetőséget biztosít a fertőző csiroknak és ezáltal a fekély keletkezésének.

Borsos-Nachtnebel Ö.: Bármennyire érdekesek és ötletesek is az előadó elgondolásai a tápcsatorna fekélyeinek keletkezési mechanizmusáról, mégis azt hiszi, hogy ezekkel a fekélyképződésnek minden formáját megmagyarázni nem lehet. Ebben a tekintetben csak a gyomorfekély keletkezésének körülményeire utal, ahol elsősorban a gyomornak különleges szerkezeti és secretiósi viszonyai játszanak szerepet s az előadó által említett mechanikus repedéses tényezők valószínűleg csak másodlagos fontossággal bírnak.

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvostudományi Szakosztályának november 7-iki ülése.

Előadás:

Vendég V.: Az insulin hatás lényege. Bevezető részben vázlatosan ismerteti az insulin felfedezésének körülményeit, az insulin hatásának vizsgálatára használatos eddigi kísérleti módszereket és az azokkal elért eredményeket.

Ismerteti az insulin hatás vizsgálatára kidolgozott módszereit, amely a májra nem ártalmas, lehetővé teszi a vércukor-concentratio tetszés szerinti szabályozását és ellenőrzését. Ezen módszerrel elért eredményeit nagyszámú táblázatban mutatja be.

Az insulin egyidőben gyorsítja a májglykogennek úgy a felépítését, mint a lebontását (illetőleg további alakítását zsírrá), hogy a kettő közül melyik jut túlsúlyra azt a vércukor-concentratio értéke dönti el. Kifejezett hyperglykaemiában (ha a vércukor-concentratio állandóan 0.150 felett van) túlsúlyra jut a felépítő hatás. Kisfokú hyperglykaemiában physiologiás vércukor-concentratio alkalmával különösképpen pedig hypoglykaemiában túlsúlyra jut a lebontó, (zsírrá átalakító) hatás.

Rámutat végül arra, hogy a napi 500 g szénhidrat adagunk glykogen formájában elraktározására az 1½ kg-os máj kicsi lenne, s ez a helyzet megköveteli, hogy az insulin főhatása a lebontó (zsírrá átalakító) hatás legyen.

November 14-i ülés

v. Duzár J.: elnöki megnyitójában megemlékezett a német és magyar tudományos élet évszázados kapcsolatairól, melyeket a németországi neves előadók is szorosabbra fűznek. Ezután **Wittek** prof. tudományos munkásságát ismertette.

Előadás:

A. Wittek prof.: (a grazi egyetemi orthopaed-sebészeti klinika igazgatója): „Wiederherstellungs-Chirurgie” címen tartotta meg előadását. A filmbemutatókkal is szemléltetővé tett érdekes előadásban a legmodernebb pótló-sebészeti eljárásokat ismertette (hüvelyujjékepzés, különböző intransplantatiók, ankylosisok megszüntetése, tsb.) A nagy és harmonikus orvosi lelkületet eláruló előadásnak igen nagy sikere volt.

November 21-i ülés

Előadás:

Röhlich K.: A bőrvenák functionalis szerkezete. Functionalis szempontból a vena falának két rétege van: belső (intima) és külső (media + adventitia). A belső réteg hosszanti collagen rost nyalábokból áll, megfelelően annak, hogy e réteget a reá ható erők (a vér súrlódása, a billentyűkre nehezedő vérsúly) az ér hosszában igekeznek megnyújtani. Az enyvadó rostokon kívül finom rugalmas rostokból és sima izomsejtekből álló rece is van az intimában. A külső réteg (media + adventitia) ferde lefutású sima-izomnyalábokból áll, melyek összehúzódva, éppen ezen elrendezésüknél fogva, szűkítik az eret és meg is rövidítik azt. Az izomsejt-nyalábok közé szótt collagen-rostok egymással kereszteződnek, egymásközt át vannak szöve és meredek spirálisokban futnak végig a vena egész hosszán. Ugyanígy az elrendeződése és lefutása a külső réteg izommentes részében (az adventitiában) levő enyvadó rostoknak is. Vagyis a collagen-rostok a nyújtó és tágító erők komponenseinek irányában helyezkednek el és ezért a vena bizo-

nyos fokon túli megnyújtásának és tágulásának egyaránt képesek ellentálni. Az izom-elemek közt nagyszámú elasztikus rost is van, melyek hosszanti lefutásúak és ferde rostok útján egymással összekötöttesben állva, hálózatot alkotnak. A külső réteg izommentes részében nagyszámú rugalmas hártya van. A rugalmas rostok elrendeződése tehát olyan, hogy az ér tágulását és nyúlását egyaránt lehetővé teszi. Ezen változásokat létrehozó erők megszünte után pedig a megnyújtott rugalmas rostok összehúzódnak és visszaállítják az ér eredeti hosszát és tágasságát. A venafal külső rétegének építő elemei tehát valamennyien olyan elrendeződésűek, hogy az ér hosszát és tágasságát egyaránt képes mindegyikük szabályozni. Ha ezen építőelemek elpusztulnak, az illető ér-részlet abnormisan kitágul és megnyúlik (kanyargós lefutású lesz), vagyis létrejön az a vena megbetegedés, amelyet varixnak nevezünk.

Vendég V.: Az insulin-hatás alatt eltűnt cukor sorsa. Ismerteti a „bilanz”-kísérletekkel elért eredményeket s részletesen megokolja, hogy ezekben a kísérletekben miért nem sikerült insulinhatás alatt cukor-eltűnést kimutatni.

Nagyszámú táblázatban demonstrálja a glykogenképzés vizsgálatára kidolgozott methodikával elért eredményeit: pro kg. 1.0 E. I. óránként felépít a májban hyperglykaemia mellett 0.8% glykogen. Ugyanennyi idő alatt hypoglykaemia mellett eltűntet a májból (zsírrá átalakít) 2.0% glykogen. 1.0% májglykogen eltűnésekor a májszír szaporulat közepértékben 0.25%.

Rámutat a zsír formájában való raktározás előnyeire:

1. A zsírrá való átalakítás alkalmával a három elemi alkotórész közül az egyik (oxygen) majdnem teljesen el lesz távolítva, a megmaradó anyag tehát kisebb helyen elfér.

2. A szénhidrátoknak zsírrá való átalakításakor az elraktározáshoz korlátlan területek állanak rendelkezésre (a zsírraktárak).

3. Az oxygen eltávolítással egy relativ súlytalan energikészlethez jutunk.

4. Az oxygen eltávolítása azért is a legcélszerűbb, mert éppen az oxygen a körlevegőből tetszésszerinti mennyiségben rendelkezésünkre áll.

Matolcsy Miklós †
1869—1938

Lehullott a fákról a lomb, a természet az enyészet képét mutatja. Ennek az enyészetnek a jelképe az a koporsó is, mely egy nagyszerű magyar úr, egy nagyra-becsült, értékes ember földi porhüvelyét fogadta be éppen névnapján, december 6-án a farmosi ősi kúrián.

Mert **Matolcsy Miklós** nagyértékű ember volt. Hízen számos olyan tulajdonsággal volt ékes, aminek révén emléke és egyénisége világitó fáklyaként ragyog bele a sötét magyar éjszakába.

Szoros, elszakíthatatlan kapcsolatok fűzték a magyar földhöz és annak egyszerű, szántó-vető népéhez.

Maga is szántóvető volt, mert mint földbirtokos rájongója az ősi magyar rögnék, annak a földnek, amelyet törzsökös családjának, ennek az ősrégi nemesi familiának minden egyes tagja, oly forró és izzó szeretettel vett mindenkor körül, mint ő. De szerette szíve egész melegével, lelke mélyéből e földnek egyszerű népét is, amellyel annyi jót tett s amelynek javáért, boldogulásáért küzdött egész áldásos életében, sőt küzd halála után is, az általa mindenkor fennhangon hirdetett keresztyén nemzeti gondolat eszméjét tovább életető, fenkölt gondolkodású utódaiban is.

Szántó-vető volt, mint orvos és gyógyszerész és mint tudós, a magyar közegészségügy ugarán is, amelyből nagy területeket tört fel és tett televény talajjára szorgos, gondos munkájával.

Szántóvető-volt, mint egyetemi professor, mint oktató, mert évtizedeken át szántott és vetett annak a magyar ifjúságnak a lelkében, amelyet a Gondviselés

a kezére bízott és amely oly bőségesen aratott annak a talajnak a terméséből, amelyet ez a nagyszerű, láng-lelkű magyar ember művelt meg olyan gondosan és maradandóan, tanítványai: gyógyszerészek, orvosok, vegyészek, tanárok generációiban.

És szántó-vető volt az Uristen virágoskertjében, mert mélységes hit és szilárd kálvinista vallásos meggyőződés élt lelkében, mert bibliás ember volt.

Jóságos és jötevő, szerény és földi hiúságtól mentes, puritán ember volt.

Eltávozott lelke sok-sok ezer olyan élő ember lelkével találkozik, akiknek szívét mélységes fájdalom hatja át eltávozása hírére s akik mindig melegséget éreznek a szivükben, ha rágondolnak.

Ilyen az ősi budapesti tudományegyetem és közelebből annak orvostudományi kara, amelynek oly soká volt hasznos, buzgó, építő tagja.

Ilyen az orvosi rend számos tagja, akik benne úgy is, mint egykori gyakorló orvosban a közegészségügy kiváló katonáját tisztelik mindenha.

Ilyen az egész magyar gyógyszerésztársadalom, s benne külön a Magyar Gyógyszerésztudományi Társaság, amelyek tagjainak példaadó, útmutató vezetője, tanítója volt.

Ilyen a munkatársak, tanítványok nagy-nagy serege, akik életpályájuk szilárd épületét építhették a lelkükben általa megrakott fundamentumra.

És ilyen mindenekelőtt az az institutio, amely a szívéhez legközelebb állott, az Egyetemi Gyógyszerészeti Intézet és Egyetemi Gyógyszertár, amelyet 1907-ben ő alapozott meg s amelyet több mint 26 éven át oly odaadó szeretettel istápolott és vezetett, amely második otthona, alkalmazottai második családja voltak, akikkel annyi jót tett, akikhez oly jó volt s akik őt édesatyjuként tisztelték, szerették és becsülték mindenkor.

Ez a sok-sok tisztelő és barát mind-mind a ragaszkodás a szeretet örökké élő, soha el nem hervadó, szimpompás virágainak néhány szálát nyújtja most át neki, amelyet a szív legmélyéből fakadó kristálytisza forrás, a soha el nem múló nagyrabecsülés és hála vizével öntözött meg.

Egy hatalmas magyar tölgy dőlt ki, amelynek hiányát sokan és soká érezni fogjuk. De az Uristen végtelen bölcsességéből mégis tovább fog az élni közöttünk. Tovább fog élni emlékében és tovább fog élni sarjaiban. Mert ez a magyar nemzet ősi talajából fakadt pompás fa nagyszerű hajtásokat hozott. Gyermekai minden vonatkozásban példaképei a legértékesebb magyar typusnak, mindegyikük érdemes, munkás egyénisége, sőt fákyavivője nemzetünknek.

Nyugton pihenhet és csendesen alhatja tehát örök álmát, a nagy magyar álmat, az ittmaradtak öröknek és gondosan sáfárkodnak azokkal a talentumokkal, amelyeket Ő oly jól gyümölcsöztetett, s amelyekről most a nagy Bíró előtt oly nyugodt lélekkel adhat számat.

Matolcsy Miklós 1869-ben Cegléden született. A budapesti egyetemen gyógyszerészi, gyógyszerészdoktori, majd orvosdoktori oklevelet szerzett s gyakorlóorvos, később pedig a nagynevű vegyészprofesszor, *Than Károly* assistense lett s a „gyógyszerészet”-ből m. tanárrá habilitáltatott. *Bókay Árpád* őt szemelte ki az 1907-ben *Matolcsy* által felállított, berendezett és üzembe helyezett Egyetemi Gyógyszertár, illetve az azzal kapcsolatos és 1935 óta Egyetemi Gyógyszerészeti Intézet elnevezést nyert elméleti és oktató tanintézet vezetőjévé. Több, mint 26 éven át igazgatta és irányította

annak működését puritán becsületességgel és minden elismerést megérdemlő szellemben, nagy erkölcsi és anyagi hasznára Egyetemünknek és az államkincstárnak. Ő tanította először Egyetemünkön intézményesen a „Gyógyszerészet” című kötelező tárgyat a gyógyszerészhallgatóknak és a gyógyszerészdoktorjelölteknek, valamint a vénkészítési gyakorlatokat az orvostanhallgatóknak.

Az Országos Közegészségügyi Tanácsnak és a IV. gyógyszerkönyvet szerkesztő bizottságnak is tagja volt s oktatói és tudományos érdemei elismerésül az egyetemi rk. tanári címet, közegészségügyi vonatkozású munkásságáért pedig a m. kir. egészségügyi főtanácsosi kitüntetést nyerte el. A vármegyei politikai életben is tevékeny részt vett, mint a törvényhatósági bizottság tagja. Háborús érdemei is voltak.

Több tudományos munkája jelent meg. Egyszóval hasznos, értékes és munkás, kiváló tagja volt a magyar társadalomnak, aki megérdemli nevének és érdemeinek megörökítését.

Emlékét őrizni fogják, míg élnek szerettei, tisztelői, barátai, munkatársai és tanítványai s azok eltávoztával továbbra is mindenkor alkotásai.

Nyugodjék békében!

Mozsonyi Sándor dr.

VEGYES HIREK

Johan Béla dr. államtitkár a budapesti Orvosi Kamara elnökségének felkérésére folyó hó 2-án a Zeneművészeti Főiskola nagytermében tájékoztató előadást tartott az orvosok elhelyezkedésének kérdéséről. A hallgatóság soraiban ott láttuk az orvosi fakultás tanári karát csaknem teljes létszámban, valamint a fővárosi orvostársadalom színejavát. *Bakay Lajos*, a budapesti Orvosi Kamara elnökének üdvözlő szavai után tartotta meg *Johan Béla* államtitkár előadását, melyben hangoztatta, hogy a kormány egészségügyi célkitűzéseit időről-időre ismertetni kívánja. Az egészségügyi kormányzat az irányított orvoselhelyezés politikáját követi, mert nem lehet komoly az egészségügyi politika anélkül, hogy az egészségügyi kormányzat kezébe ne tartsa az orvosi munka irányítását. Majd sorra vette a tisztiorvosi, községi orvosi, kórházi és gyógyintézeti orvosok kérdését. Magyarországon a tisztiorvosoknál valósították meg elsőnek a családvédelmet. A tisztiorvos társadalmi állásának megfelelőleg V–VIII. fizetési osztályba kerül és gyermekei számának megfelelőleg családi pótlékot kap. A községi orvosokról szólva rámutatott arra, hogy míg eddig 959 községi orvos működött s egyes községekben havonta egyszerűszer volt csak orvosi látogatás, úgy a mostani új beosztás szerint a községi orvosok hetenként kétszer is eljárhatnak minden községben. Az új beosztás szerint 1197 községi orvos lesz, ami azt jelenti, hogy 205 fiatal orvos számára nyílik elhelyezkedés. A falu közegészségügyének feljavítására s az orvosi lakások részére 3.5 millió pengő áll rendelkezésre, melyből egyelőre 90–100 kultúremberhez méltó orvosi lakást építenek azokban a falvakban, ahol orvosi lakásokat rendszeresítenek. A falusi orvosi állás ma már nem jelent eltemetkezést. A nagyobb községekbe való áthelyezésről s általában a községi és körorvosok előmeneteléről eszentül a minisztérium gondoskodik s így lehetővé válik, hogy aki jól megállta helyét és főleg ha családja van, később nagyobb községbe kerüljön. Egyéb pályázatokban is figyelembe fogjuk venni a körorvosi szolgálatot.

A kórházi és gyógyintézeti orvosok számát a belügyi egészségügyi kormányzat szintén szaporítani akarja. Kidolgozták a tüdőbetegvédelem országos rendszerét, melyet tíz év alatt akarnak realizálni. Az első évben 55 tüdőbeteg dispansert állítottak fel s ekkor kitűnt, hogy kevés a tüdőszakorvos. Ezen a téren is számos lehetőség nyílik az elhelyezkedésre. Orvosi állásokra nyílik még kilátás a gyermekmenhelyeken, az iskolákban és több helyen felállítandó nemibetegkezelőkhöz. Végül a Felvidék orvosellátásáról emlékezett meg előadásában *Johan Béla* államtitkár. Itt az őslakosságon kívül elsősorban a Felvidékről menekült orvosok jönnek számításba. Jövő hónapban tisztiorvosi tan-

foiyam lesz a felvidéki orvosok számára, hogy azok az ot-tani tisztiorvosi állások megszervezésénél kellő képzéssel rendelkezzenek.

Mindebből látható, hogy az orvosi elhelyezkedés felfelé ívelő vonalat mutat, a falusi ember jobb egészségvédelembe fog részesülni s a falu közelebb kerül a közegészségügyi kultúrához. A rendkívül értékes előadást a hallgatóság lelkes tappsal köszönte meg az illusztris előadónak.

Egyhangúlag választották meg az Országos Orvosi Kamara tisztikarát. A december 3-án, reggel 8 órakor összeült választó közgyűlést *Verebélly Tibor* prof. nyitotta meg, kinek *Mutschenbacher Tivadar* prof. választási elnök jelentést a választási eljárás lefolyásáról. Megállapította, hogy a választás előkészítése és a választási eljárás a fennálló jogszabályoknak minden tekintetben megfelelően ment végbe és, hogy az eljárás eredményeképpen a MONE kamarai pártja által benyújtott egyetlen szabályszerű ajánlason szereplő jelöltek tekintendők az Országos Orvosi Kamara tisztikari tisztségeire megválasztottaknak.

A választási elnök bejelentése után *Verebélly Tibor* prof., az Országos Orvosi Kamara 1939. január 1-ével kezdődő második ciklusára — az Országos Orvosi Kamara tisztikaraként — az alábbiakat jelentette ki megválasztot-taknak:

Elnök: *Verebélly Tibor*; alelnök: *vitéz Csik László*; titkár: *Bakács György*; ügyész *Sándor Árpád*; pénztáros: *Domahidy György*, ellenőr: *Köllő Zoltán*.

A Budapesti Orvosok Szövetsége f. hó 4-én tartotta évi tisztújító közgyűlését. *Mutschenbacher Tivadar* elnök megnyitóbeszédében megemlékezett a Felvidék visszatéréséről, majd röviden vázolta a Szövetség ezévi működését. Kiemelte, hogy a Kamarának és a Szövetségnek egymás mellett állva, vállvetve kell működniük a magyar orvosi kar érdekében. *Taschner János* a tagok nevében mondott meleg köszönetet a távozó elnököknek, majd *Lechner Károly* főtitkár jelentése következett. A pénztáros, a számvizsgáló-bizottság és az ellenőr jelentése után megválasztották az új tisztikart. Elnökké *Herepey Csákányi Győzöt*, alelnökké *Hüttl Hümmert*, *Melly Józsefet* és *Luka Istvánt*, főtitkárrá ismét *Lechner Károlyt* választották.

A Magyar Országos Orvos-Szövetség december hó 11-én délelőtt 11 órakor a Budapesti Kir. Orvosegyesület *Semmelweis*-termében (Szentkirályi u. 21.) tartja évi rendes congressusát a következő tárgysorozattal: 1. Elnöki megnyitó; 2. Tisztújítás. Elnök, két budapesti, két vidéki alelnök, főtitkár, két titkár, pénztáros, ellenőr és kilenc tagú számvizsgálóbizottság választása; 3. Örökös tagok választása; 4. Főtitkár jelentése; 5. Ügyész jelentése; 6. Nyugdíjintézeti ügyvezető titkár jelentése; 7. Pénztáros és számvizsgáló-bizottság jelentése; 8. Az 1939. évi tagsági díj megállapítása; 9. Szakosztályok jelentései; 10. A jövő évi congressus helyének és idejének megállapítása.

A Magyar Nőorvosok Társasága VII. nagygyűlését december 16-án, pénteken és 17-én, szombaton tartja a Budapesti Kir. Orvosegyesület *Semmelweis*-termében. Az előzően szétküldött meghívók napirendje és tájékoztatója csak annyiban módosul, hogy az október 28-ra kitűzött napirendet december 16-án, az október 29-re kitűzött napirendet december 17-én bonyolítják le. Az ülések ideje pénteken délelőtt 9—1, délután 3—1/2 óráig, szombaton délelőtt 9—1-ig, délután 4—7 óráig.

Közgyűlés december 17-én, szombaton déli 12 órakor a *Semmelweis*-teremben. December 16-án, pénteken délelőtt 1/29 órakor *igazgatótanácsi ülés* az Orvosegyesület I. emeleti kis könyvtárszobájában.

Az *Országos Magyar Bábaegyesület* októberben elmaradt rendkívüli közgyűlését dec. 15-én, csütörtökön délután 5 órakor tartja az Orvosegyesület *Semmelweis*-termében az eddigi meghívón ismertetett napirenddel.

A francia nőorvosok társaságának október 17-iki ülésén a társulat titkára, *Marcel I. E.* ismertette *Frigyesi* prof. „Nőgyógyászata” és különösen kiemelte annak gyakorlati

hasznát, miért nem csak a tanulók, hanem a nőgyógyászok is hálásak lehetnek a szerzőnek. Elismeréssel említette az eredeti fényképek és rajzok gazdagságát, mik egy nagy klinika hatalmas munkájára mutatnak. Sajnálkozik, hogy a könyv csak magyar nyelven jelent meg, amin a szerzőnek okvetlenül segítenie kell; — ő két fejezetét: a nő higiéne-jét és a constitutio kérdését tárgyaló fejezetét már le is fordította magának. — Indítványozza, hogy a társaság köszönetét és elismerését fejezze ki tiszteleti tagjának, *Frigyesi* professornak.

Tuberculosis congressus Balatonkencsén. A Magyar Tüdőbeteggondozó és Gyógyintézeti Orvosok Egyesülete 1939. január 6—7—8-án a székesfővárosi üdülőtelepen congressust tart, amelynek tárgya az extrapulmonalis gümőkór jelentősége a külföldi tuberculosis elleni küzdelem legújabb eredményei és a tuberculosis egységes jelrendszere.

A hortobágyi repülőgépkatasztrófa áldozotainak érdekes boncletével foglalkozik mai számunkban a Debreceni Orvosegyesület ülésjegyzőkönyve. Felhívjuk rá olvasóink figyelmét.

Pályadíj. A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya 200 pengő jutalmat tűz ki a következő pályatételre: „A paranoiás formakör és az ehhez tartozó széli psychosisok mai nosologiai és rendszertani állása.” A pályázatokat a szakosztály Elnökségéhez 1939. szeptember 15-ig kell benyújtani.

Budapesti Orvosi Ujság orvosi tudományos heti folyóirat kiadói jogát a miniszterelnök *Torday Ferenc dr.* egyet. tanárra ruházta át. A szaklapot harminchat év előtt alapította, azóta felelős szerkesztője.

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi Tudományegyetemen november 30-án: *Kokas Ferenc*, *Jeszenszky Mihály*, *Boxhorn Tibor*. — Üdvözljük az új Kartársakat!

Neuber Ede dr. egyetemi tanár orvosi rendelőjét Budapest, IV., Petőfi tér 3. sz. helyezte át. Bőr- és nemibetegek számára rendél d. u. 4—5 óra között.

Orvoskari Naptárunk helyes adatainak érdekében kérjük Kartársainkat, kiknek neve a Naptárban szerepel, hogy ha hivatali beosztásuk, lakcímük és telefonszámuk az év folyamán megváltozott, szíveskedjenek azt szerkesztőségünkkel mielőbb közölni.

Orvosi kéziratok németre fordítására ajánlkozik *Som-sich Józsefné* (IX., Hőgyes E.-utca, Kórtani int.), kinek e téren már 8 éves gyakorlata van.

Munkatársainkat felkérjük, hogy cikkük correcturáját a kézirattal együtt ezentúl kizárólag szerkesztőségünkbe (VIII., Üllői út 26. II.) szíveskedjenek beküldeni.

Figyelmzettük ismételten t. előfizető kartársainkat, hogy névtelenül hozzánk intézett kérdéseiket nem intézzük el de szívesen teszünk eleget azon kívánságuknak, hogy közlés esetén nevüket elhallgatjuk.

Helyreigazítás: Múlt heti számunkban *Pitrolffy-Szabó Béla* orvosegyesületi előadásának kivonatában a 2. és 4. bekezdés helyes szövege a következő:

Az I. sz. sebészeti klinikán operált vesedaganatok közül 28 esetben végzett szövettani vizsgálat eredményéről számol be: A daganatok kórszövettani meghatározásában *Ewing* felfogását tartva szemelött, az eddig legáltalánosabban elfogadott hypernephroma elnevezés alatt három daganatféleséget különböztet meg.

Minden klinikai tünetre kiterjedő megfigyelést 42 operált betegen végzett, melyek alapján a következő eredményeket kapta:

Januárban kezdődő tisztiorvosi tanfolyam idejére pest-megyei nagyközség vezető orvosa átadja rendelőjét és magánpraxisát. Röntgen, quartz, diathermia, fogászati felszerelés. Ajánlatot „Letelepülés lehetséges” jelígre a kiadóhivatalba kérek.

VIPERIN

a nátha legújabb gyógyszere

Az ártalmatlan kigyóméreg-kenőcs a kar bőrébe dörzsölve gyorsan szünteti a náthát.

Előállítja: Dr. Pápay-f. oltointézet és szérumtermelő r.-t. Bp., IX., Lónyay-u. 12.

Frontátvonulások és kísérő jelenségeik november 29—december 5. között. Az időszak első másfél napján frontátvonulás nem történt, ezután nagyszámú frontátvonulás játszódott le és ezek jelentékeny része erős fejlettségű is volt. A hetek óta tartó abnormisan gyenge időjárást az egymástkövető betörési frontok fokozatosan megszüntették és ez az átalakulás a postfrontalisán érzékeny egyéneken — főképen december 4-én bizonyára erős reakciókat váltott ki. A postfrontalis időszak csak december 5-én este ért véget, de újabb frontátvonulás 5-én már nem történt. A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatóak:

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kísérő eseményei*
hó	nap	óra			
Nov.—Dec.	30	12	betörési	mérsék.	Szelélénkülés 5 m/mp.
	1	1	"	gyenge	Némi szélénkülés
	1	5	felsiklasi	"	Rövid p. aefrontalis eső. 0.4 mm.
	1	14	"	mérsék.	Praefrontalis eső 13 ó.ától 1 mm.
	2	1	"	"	" " " 20 " 0.5 mm.
	2	7	"	erős	" " " 2 " 2 mm.
	2	18	betörési	mérsék.	Postfrontalis eső 21 ó.-ig. 1.2 mm.
	3	18	felsiklasi	"	Postfrontalis eső egész nap 3 mm.
	3	19	betörési	"	Pos frontalis eső 23 ó.-ig. 7 mm.
	3	23	"	erős	Hirtelen szélvihar 11 m/mp. Zár 1 mm.
	4	4	"	mérsék.	Új szélénkülés, max. seb. 11 m/mp.
	4	8	"	erős	Postfrontalis szélvihar, max. seb. 10 m/mp.
	4	16	"	mérsék.	" " " 5 " 18 " 6
	4	23	"	"	Új szélrohamok 14 m/mp.-ig.

* A táblázat utolsó rovatában szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. Kir. Orsz. Meteorologiai Intézet önrő mészereinek adatai.

HETIREND

December 12-én este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Bakay Lajos:* Kovács-Schächter emlékelőadás.

December 13-án d. u. 6 órakor: a Magyar Gyermekorvosok Társasága ülése. (Gyermekklinika tanszék.) *Tárgysorozat: Daubner Erzsébet:* Sulfamid készítmény okozta ártalom gyermekben; *Bálint Sándor:* Gyógyult tetanus neonatorum; *Csapó József:* Vörhenycomplicatiók: a) Supraclavicularis nyirokmirigygyulladás, b) Rejtett csecsnulványgyulladás; *Steiner Béla:* Tüdőgümőkór ritkább formája; *Grossmann Ferenc:* Hans Schüller—Christian-féle betegség 15 éves gyermekben.

December 13-án este 1/2 7 órakor a Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztálya ülése. (Orr-, gége- és fülklinika). Bemutatások: *Ladányi J.:* Gümőkór a garatmandulában, előrehaladottabb korban. *v. Tátrallyay-Wein Z.:* a) Ethmoiditist utánzó haemangioendothelioma. b) Pansinusitis gyógyult esete 7 éves gyermekben. *Réthy A.:* a) a glandula submaxillaribusban ülő nagy nyálkó esete. b) A bal orrfél hydrorrhoea cerebrospinalisa.

December 13-án este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése. *Hetényi Géza:* Colititisekről.

December 14-én d. u. 6 órakor a Közkórházi Orvostársulat ülése (Rókus-kórház). Bemutatások: *Botár Géza:* Hasi aortaaneurisma rupturájához csatlakozó perirenalis apoplexia. *Torday Árpád:* Cukorbetegség kapcsán jelentkező epeköbántalom és sárgaság. — Előadások: *Patyi István:* A Forlanini-intézet therapiás irányelvei; tanulmányúti beszámoló. *Piri Lajos:* Sárgaság, mint sebészi megbetegedés. (Mult ülésről elmaradt.)

December 16-án d. u. 6 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület tagválasztó és tudományos ülése. Bemutatások: *Pesti Lajos:* Veleszületett choanalis elzáródás műtéttel gyógyult esete; *Gajzágó Dezső:* Ritkábban előforduló bakteriologiai esetek. Előadás: *Torday Árpád:* A cukorbetegség insulinkezelésének újabb módszerei.

Lapunk mai számához a Chinoin gyógyszervegyészeti gyár Rt. (Ujpest) *Elektyl*-ről szóló ismertetését csatoltuk.

A Fehér Kereszt Gyermekkórház Erdei Gyógyintézete

3-15 éves gyermekek részére egész éven át nyitva van. Svábhegy, I., Béla király-u. 20. Felvilágosítás és prospektus: Fehér Kereszt kórház Gondnoki Hivatala: Tüzoltó-u. 7-9. Telefon: 143-419.

3216—8—1938. szám.

Vasvármegye Alispánjától.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A celldömölki vármegyei közkórházban egy *belgyógyász főorvosi állás*, valamint az esetleg megüresedő *alorvosi állás* betöltésére pályázatot hirdetek.

Az állások javadalmazása a 300—1935. B. M. sz. rend. 3. §-ának 2—3 pontja szerint a IX., illetve XI. fizetési osztálynak megfelelő illetmény. Az állásokra pályázók kérvényeiket Vasvármegye főispánjához címezve, legkésőbb 1938. december 31. déli 12 óráig okvetlenül nyújtsák be, mert később érkező kérvényeket nem vehetők figyelembe. Közszolgálatban állók pályázati kérvényeiket szolgálati előjáróik útján kötelesek megküldeni. A pályázati kérvényhez csatolandó: az orvosdoktori oklevél, a magyar állampolgárságot igazoló bizonyítvány, születési bizonyítvány, az életrajzi adatok, továbbá a politikai előéletet tanúsító bizonyítvány, a belgyógyászati szakképzettség, valamint a kórházi, vagy klinikai szolgálat igazolása és végül az orvoskamara tagság igazolása.

Szombathely, 1938. december 1-én.

Horváth Kálmán dr. s. k.

alispán,
úgyis, mint a celldömölki közkórházi bizottság elnöke.

326/1938. i. sz.

Somogyvármegye Marcali Közkórháza.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Somogyvármegye marcali közkórházában lemondás folytán megüresedett *alorvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása a 124.000—1936. N. M. M. sz. miniszteri rendeletben megállapított fizetés, 1 szobából álló lakás és tisztii ételmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. Pályázhatnak nőtlen, illetve hajadon orvosdoktorok. A kinevezés 2 évre szól, mely további 2—2 évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Magánygyakorlat folytatása nincs megengedve.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények 1939. év január 3. déli 12 óráig Méltóságos dr. Barcsay Ákos főispán úrhoz, Kaposvár intézve, a kórház igazgatójához nyújtandók be.

A pályázathoz csatolandó: 1. születési anyakönyvi kivonat, 2. erkölcsi bizonyítvány (politikai megbízhatóságról), 3. magyar állampolgárságot igazoló okmány, 4. magyar orvosi diploma.

Marcali, 1938. december 1-én.

Dr. Schustek Jenő s. k.
kórház-igazgató főorvos.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Svábhegyi Szanatórium

Betegei szabadon választják konzultáló, kezelőorvosait, kiknek a kezelésre vonatkozó utasításait az intézet orvosai híven követik.

Lahmanszerű kúrák

Bircher—Benner-féle nyers-diéta

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Gyöngyösi Alapítványi Közkórházban lemondás folytán megüresedett egy segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés világítás és 50%-os térítmény ellenében kiszolgáltatandó I. oszt. élelmezés áll.

A pályázni óhajtok szabályszerűen felszerelt és felbélyegzett kérelmei a Gyöngyösi Alapítványi Közkórház bizottságához címezve, a kórház igazgatóságához küldendők meg. Pályázati határidő: 1938. december 16. napjának déli 12 órája. Elkésve érkezett, a már közszolgálatban álló által pedig a szolgálati út megkerülésével beadott, vagy hiányosan felszerelt kérelmeket figyelembe nem vehetem.

Pályázhatnak nőtlen orvosdoktorok. Magánygyakorlatot folytatni nem szabad. Az állás azonnal elfoglalandó. A választás egy évre szól, azonban javaslatomra további egy-egy évre meghosszabbítható. Távozás két hónappal előbb bejelentendő.

A kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni: a) születési anyakönyvi kivonatot; b) hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítvány; c) az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél, vagy annak hiteles másolata; d) egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; e) curriculum vitae; f) közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló újkeletű tisztviselői orvosi bizonyítvány; g) esetleges katonai szolgálatra vonatkozó bizonyítványok.

Gyöngyös, 1938. november 25.

Wiltner Sándor dr. s. k.
igazgató-főorvos.

Plasmorobin

növényi roborans, tonicum, stomachicum

Anaemiák ellen gyermekeknél is bevált

Római Császár Gyógyszertár, II. Fő-u. 54
Minden gyógyszerárban beszerezhető

FAGIFOR „Cito“ lag. orig.

Calcium sókat tart. jóízű mentholos kreosot syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

„CITO“ gyógyszervegyészetigár Budapest, XIV.

670/1938 sz. Gróf Apponyi Albert Poliklinika Közkórháza.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Gróf Apponyi Albert Poliklinika közkórházában a belgyógyászati osztályon megüresedett segédorvosi és a fogászati osztályon újonnan rendszeresítendő két alorvosi állásra 1939. január 1-ére pályázatot hirdetek. A segédorvosi állás javadalmazása egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, mosás, 50% térítvény ellenében kiszolgáltatandó I. osztályú élelmezés és havi 70 P fizetés. A fogászati osztályon rendszeresítendő alorvosi állások napi három órai elfoglaltsággal járnak. Ezek javadalmazása 100—100 P. A választás egy évre szól, azonban kétszer két évre meghosszabbítható. Az állások a megválasztás után azonnal elfoglalandók. A kérvényekhez a következő okmányokat kell csatolni a) születési anyakönyvi kivonatot, b) hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló igazolvány, c) az ország területén orvosgyakorlatra jogosító oklevél, vagy ennek hivatalos másolata, d) egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok, e) curriculum vitae, f) Budapesti Orvosi Kamarai tagsági igazolvány, g) közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztviselői orvosi bizonyítvány; h) esetleges katonai szolgálatot igazoló bizonyítványok. A pályázati kérvények december 28-án déli 12 óráig adandók be a Gróf Apponyi Albert Poliklinika igazgatói irodájában.

Budapest, 1938. december 1.

Dr. Fekete Sándor s. k.
egyet. magántanár, főorvos,

Rationalis összetételű

ch o l a g o g u m,

c h o l e r e t i c u m

B I L A G I T - C H I N O I N

Az epeutakat fertőtleníti. — Kövek távozását elősegíti

Görcsoldó, bélmozgató

20 — 40 — 100 tableta

Engedélyezve:

Posta B. B. Int.: szabadon

Postatakarékp. B. B. Int.: szabadon

Székesfőv. Közkórh.: szabadon

M. Klr. Honvéd és Közrend. Kórház: kórházi betegeknek

Pesti Izs. Hitk. Kórházal.: szabadon

AGOBILIN

{Bevált szer epe- és májbajok ellen
Cholagogum, cholereticum, epefertőtlenítő

1 phiola 20 szem tartalommal P 2*80
1 phiola 40 szem tartalommal P 4*40

Magyarországi vezérképviselct

Dr. Haas Miklós „Kereszt” gyógyszerháza Budapest, VIII., Rákóczi-út 88.



GEHE & CO., A.G.

DRESDEN-N. 6

Magyarországon 1938 nov. 20 tól nov. 26-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb.) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Cerebrosp. e.		Pollomyelitis ac. ant.		Anthrax		Morbilli.	Varicella	Pertussis	Infuzna complica	Malaria	Typhus exanth	
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt							
1. Abaúj-Torna	94.439	3	—	—	—	4	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	1	—	—	
2. Bács-Bodrog	114.825	—	1	—	—	3	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
3. Baranya	251.877	4	—	—	—	1	—	1	—	5	—	1	1	—	—	—	—	6	4	4	—	—	—	
4. Békés	338.711	7	—	—	—	—	—	15	10	—	—	—	—	—	—	—	—	19	17	—	—	—	—	
5. Bihar	182.832	2	—	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	5	2	—	—	—	
6. Borsod-Gömör-Kishont	310.947	4	1	—	1	—	—	6	7	—	—	—	—	—	—	—	—	5	5	1	—	—	—	
7. Csanád-Arad-Torontál	174.906	—	—	—	—	1	—	1	15	1	—	—	—	—	—	—	—	15	8	—	—	—	—	
8. Csongrád	148.042	1	—	—	—	1	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	22	10	—	—	1	—	
9. Fejér	231.414	2	1	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	6	5	2	—	—	—	
10. Győr-Moson-Pozsony	157.401	4	—	—	—	—	—	3	4	—	—	—	—	—	—	—	—	5	5	3	—	—	—	
11. Hajdú	183.047	4	—	—	—	—	—	6	2	—	—	—	—	—	—	—	—	20	6	5	1	—	—	
12. Heves	324.605	4	1	—	—	1	—	5	9	—	—	—	—	—	—	—	—	11	1	2	—	—	—	
13. Jász-Nagykun-Szolnok	424.811	4	1	—	—	1	—	8	1	7	—	—	—	—	—	—	—	4	8	—	—	1	—	
14. Komárom-Esztergom	183.295	7	—	—	—	2	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	
15. Nógrád-Hont	231.167	5	1	—	—	—	—	5	8	—	—	—	—	—	—	—	—	38	23	1	—	—	—	
16. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.488.044	15	—	3	—	4	1	25	81	—	—	—	2	—	1	—	—	49	35	10	—	—	—	
17. Somogy	391.293	6	—	—	—	2	—	3	10	—	—	—	—	—	—	—	—	1	16	1	—	—	—	
18. Sopron	142.161	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	16	2	2	—	—	—	
19. Szabolcs-Ung	429.356	9	4	—	—	1	—	5	4	—	—	—	—	—	—	—	—	15	3	8	—	2	—	
20. Szatmár-Ugocsa Bereg	161.277	3	1	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	1	1	—	2	—	
21. Tolna	265.128	1	—	—	—	—	—	1	14	—	—	—	—	—	—	—	—	1	6	—	—	—	—	
22. Vas	271.879	2	1	—	—	—	—	3	5	—	—	—	2	—	—	—	—	43	4	—	—	—	—	
23. Veszprém	248.965	5	—	1	—	2	3	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	67	—	—	—	
24. Zala	369.809	—	—	—	—	—	—	5	1	10	—	—	—	—	—	—	—	6	3	2	—	—	—	
25. Zemplén	150.438	7	—	—	—	1	—	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	8	2	—	—	1	—	
I. Baja	31.249	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	
II. Budapest	1.059.282	4	—	—	—	6	1	31	109	—	1	—	1	—	—	—	—	11	114	13	5	—	—	
III. Debrecen	126.696	6	—	—	—	1	—	5	3	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4	3	—	1	—	
IV. Győr	51.043	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	
V. Hódmezővásárhely	59.184	—	—	—	—	1	—	3	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	
VI. Kecskemét	83.010	3	—	—	—	—	1	1	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	
VII. Miskolc	66.943	2	—	—	—	—	—	3	5	—	—	—	—	—	—	—	—	7	1	—	—	—	—	
VIII. Pécs	71.850	1	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	
IX. Sopron	35.918	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
X. Szeged	140.341	2	—	—	—	1	—	5	38	1	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	
XI. Székesfehérvár	41.999	—	—	—	—	—	—	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	
Összesen:	9.038.189	117	12	4	1	34	7	156	4394	2	2	1	4	—	2	—	323	313	131	7	8	—	—	
Medián 1931-37		180	27	3	—	51	13	410	24356	3	1	—	6	—	3	—	444	214	119	6	4	—	—	

CODERIT-CHININ

köhögéscsillapító - köptető tableta

10 és 20 tablettás phiolák

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

MISKOLCZY DEZSŐ
VIDAKOVITS KAMILLÓ

GORKA SANDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
JENEY ENDRE

FELÉLŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANAR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

TARTALOM:

Melzer Miklós és Venkei Tibor: A Waelsch-féle húgycsőhurut és a lymphogranuloma inguinale okozta húgycsőlob azonossága. (1227—1228. oldal.)
Dabasi Halász György: Mediastinalis tályogok. (1229—1231. oldal.)
Vondra Nándor: Az eosinophil-sejtek szerepe a prostata gyulladási betegségeiben. (1231—1233. oldal.)
Troján Emil: Tapasztalatok rubrophennel a sebészi gümőkór kezelésében. (1233—1235. oldal.)
Nánásy László: Deseptyl és a vele rokon gyógyszerek a szülészetben és nőgyógyászatban. (1235—1237. oldal.)
Dénes László: A gégeexstirpáltak hang- és beszédfejlésének módosított eljárása. (1237—1238. oldal.)

Galsik Boldizsár: Spontán sinusrepedések fertőző fülbetegségek kapcsán. (1238—1240. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (201—204. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Fülészet. — Bőrgyógyászat. — Urologia. — Elméleti tudományok. (1240—1242. oldal.)
Könyvismertetés: (1242—1243. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1243—1246. oldal.)
Fritz Ernő: Vámoossy Zoltán ünneplése. (1243—1246. oldal.)
Rosenthal Jenő: A gondolatársítás ábrázolása s az orvosi oktatás. (1247—1249. oldal.)
Vegyes hírek és Hetirend: (1249—1250. oldal és a borítólapon III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Ferencz József Tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: Melzer Miklós ny. rk. tanár.)

A Waelsch-féle húgycsőhurut és a lymphogranuloma inguinale okozta húgycsőlob azonossága.

Írta: *Melzer Miklós dr. és Venkei (Wlassics) Tibor dr.*

A lymphogranulomás fertőzés a húgycső nyálkahártyáján mai tudásunk szerint *többféle* alakban is jelentkeznek. A vírus behatolását jelezheti kis hámfosztás, felületes fekély, s olykor talán a nyálkahártya váladékot termelő, savós-genyes lobja is.

A húgycső elülső részében *erosiót* talált többek között *Hellerström*, *Curth*, a húgycső hátulsó részében *Phren*. *Wolf* esetében *Rauschkolb* utal arra, hogy az elsősleges elváltozásnak a húgycsőben kell lennie.

Nyálkahártyalobot Nicolas, *Müller-Justi*, *Sainz de Aja Alvarez*, *Capelli*, *Gamna*, *Wolf Quiroga-Bosq* észlelt. *Fujita-Aoyama* 52 betege közül (1.92%) egy ízben, *Kleeberg-Loewenstein* pedig 37 beteg közül (2.7%) egy ízben talált lymphogranulomás húgycsőlobot.

Kevert formájú fertőzést írt le *Spillman*, aki a húgycsőlobon kívül a húgycső nyílásában kis polycyclikus fekélyeket talált. *Gibson* már régebben feltette, hogy a csíra a húgycső felől hatol be s ezért nincs az éghajlati dobos betegben elsősleges elváltozás.

Curth egyik lymphogranulomára gyanús dobos betegének egyuttal húgycsőlobja is volt. A húgycsőben a bemenet mögött 2 cm-el azonban kis *erosiót* is talált. *A húgycsőváladékból készített ojtóanyag mind a betegben, mind pedig más lymphogranulomás túlérzékeny bőrén a Frei-féle próba kiváltására alkalmasnak bizonyult, s a beteg más eredetű lymphogranulomás antigen iránt is érzékenynek mutatkozott.*

A lymphogranuloma *Kleeberg* szerint *húgycsőszűkületet* is okozhat. Egy ilyen szűkületes beteg húgycsőváladéka lymphogranulomásba ojtva adta is a fordított a *Frei-féle* próbát. Később *Frei-Wiese-Klestadt*

valószínűleg *Waelsch-féle* húgycsőhurutban szenvedő beteg váladékával kísérletezett. A váladék ugyanolyan antigen-sajátságokat mutatott, mint a lymphogranulomás dobgenyből készített antigen. Maga a beteg ennek ellenére sem saját húgycsőváladéka, sem más eredetű lymphogranuloma-antigen iránt nem mutatott érzékenységet.

Frei-Wiese-Klestadt ennek a leletnek a magyarázására 3 eshetőséget vettek fel. Eleinte arra arra gondoltak, hogy a *Waelsch-húgycsőlob* kórokozója rokon a lymphogranulomáéval. Ily módon könnyen érthető volt a csoportbeli visszahatás. Leprások is például érzékenységet árulnak el tuberculin iránt. Nem szólt ez ellen a feltevés ellen az sem, hogy a beteg maga nem mutatott túlérzékenységet, mert hiszen felületes nyálkahártyai folyamatokban nem kell feltétlenül beállni allergizálódásnak. Valódi lymphogranulomára e szerzők nem gondolhattak, mert a beteg és nemitársa *Frei-nemleges* volt, a fogékony *cercopithecus callitrichus* agyába nagy mennyiségben lejtott váladék nem váltott ki meningoencephalitist s a 10 nap múlva leölt majom agyának nem volt antigen-sajátsága; vele lymphogranulomásokon nem sikerült túlérzékenységi bőrpróbát kiváltani. E kísérleti tények alapján éppen ezért azt az álláspontot kellett elfoglalniok, hogy ebben az esetben a fajlagos visszahatást csak utánzó *nem-fajlagos* fertőzéses túlérzékenység fordult elő, mint például gümőkór esetén, ahol colifehérvével, diphtheriatoxinnal, vagy luetinérzékenység esetén, ahol agarral, vagy gelatinával is túlérzékenységet sikerült kimutatni.

Polak viszont Jáva szigetén többek között 3 európaiában neostibosan-kezelésre gyógyuló, dobbal is társuló húgycsőlobot észlelt s a *Frei-próba* a dob kifejlődése után mindegyik betegben igenleges eredményt mutatott. Mivel a mindenféle kezelésnek makacsul elmentálló hurut antimon-kezelésre gyógyult, valószínűvé tette azok lymphogranulomás természetét.

Kalz a dobgeny-antigen helyettesítésére irányuló vizsgálatai közben bukkant rá arra, hogy *Waelsch-húgycsőlobosak* váladéka alkalmazható a *Frei-próba* kiváltására. Betegei saját húgycsőből készült és más eredetű lymphogranuloma-antigen iránt nem mutattak

érzékenységet. Szerinte a próbát nem lehet — mint azt *Frei* tette — nem-fajlagos visszahatásnak nyilvánítani, hanem inkább arra gondol, hogy az urethritis *Waelsch*-t a lymphogranulomával rokon csíra váltja ki.

Bezečny is észlelt egy a kórelőzmény és a klinikai kép szerint a *Waelsch*-féle húgycsőlobnak megfelelő bajú beteget. A húgycsőből konyhasó-oldattal kimosott 1:5—1:10 hígítású váladékkal 5 lymphogranulomás közül 4 erősen, egy gyengén adta a bőrpróbát. Utóbbi azonban *Frei*-féle dobgyeny-antigen iránt csak gyenge visszahatást mutatott. *Bezečny* betege azonban más eredetű lymphogranuloma-antigen iránt is túlérzékenynek bizonyult. Szerinte kizárható, hogy betege korábban keresztületesett lymphogranulomás fertőzéssel s a húgycsőben székelő elsősleges elváltozást sem sikerült kimutatni. Kisebb mennyiségű lábbadozó savó alkalmazására azonban a beteg állapota nem javult. *Bezečny* mint *Kalz*, a *Waelsch*-húgycsőhurutosokban tehát kereszttezett érzékenységet tudott kimutatni lymphogranuloma és *Waelsch*-féle húgycsőhurut között, ami szerinte csakis azzal magyarázható, hogy a két vírus rokon.

A *Waelsch*-féle húgycsőhurutnak és lymphogranulomának egymáshoz való viszonya ma még nem tisztázott. Még tisztázatlanabb az ilyen lymphogranulomásnak tetsző hurut során kialakuló szövödmények természete. Így *Sardo* már régebben orchitissal, mellékheresyulladással szövődött esetet észlelt, s *Polak* már említett dobbal társult esetein kívül újabban *Coutts-Vargas-Zalazar* kezelt 4 beteget kétoldali mellékherelobbal, *Sato* pedig lágyéki dobhoz társuló mellékherelobot észlelt, a húgycső egészséges volt. Utóbbi esetben a mellékheresyenyedés sipoly útján áttört s a geny-antigen fordított *Frei*-féle próba kiváltására alkalmasnak bizonyult.

Melczér már régebben észlelt egy évek óta *Waelsch*-féle húgycsőhurutban, majd kimutatható ok nélkül fellobbanó mellékherelobban szenvedő beteget, akinek húgycsőváladéka éppúgy antigen sajátosságú volt, mint a lymphogranulomás dobgyenyé. Maga a beteg eleinte nem mutatott sem saját-húgycsőváladék, sem pedig emberi eredetű lymphogranulomás geny-antigen iránti érzékenységet, a mellékherelob után már azonban gyenge túlérzékenységet árult el. Antigen-kezelésre jobboldali lágyékában nagytályogos dob keletkezett, melynek genyével agybaojtott fehéregerekben meningocephalitis jelei támadtak. A kikent készítményben monocyták, elszórtan plasmasejtek voltak találhatóak, de a folyamat nem bizonyult átojthatónak s az egér-agyból készült antigen pedig nagy hígításban is nem-fajlagos lobot váltott ki egészségesekben is. Mindezek alapján a folyamat lymphogranulomás sajátosságait nem is lehetett eldönteni.

Az utóbbi időben ismét észleltünk egy olyan esetet, mely arra mutat, hogy a lymphogranuloma és a *Waelsch*-féle húgycsőhurut között közeli rokonság van s a virus nyálkahártyái fertőzés esetén megtámadhatja a mellékherét is. *Levaditi-Ravaut*, *Levaditi* fils vizsgálataiból ismeretes különben, hogy a lymphogranul. kórokozója nyúlban, tengerimalacban herébe ojtáskor kisebb nagyobb elváltozásokat okoz s a virus tovább- ojtással egy ideig ki is mutatható.

Ny. Gy. 26 éves férfi; pár hét óta húgycsővéből enyhe folyást észlel, ugyanez idő óta bal heréje is fáj.

Jelen állapot: A bőrön és a nyálkahártyákon semmi kóros, a nyirokcsomók, belsőszervek és idegrendszer épek. A bal mellékheré mérsékelten duzzadt, tapintásra fájdalmas, felette a bőrön kb. gombostüfejni területen kissé behúzódott, savós váladékot ürítő sipolyonyulás észlelhető, a

váladékból saválló pálcákat kimutatni nem sikerült. A sipolyonyulás körül mérsékelt beszűremkedés, gyulladással jelenségek nem láthatók. A sipoly a legvékonyabb gombos szondával csupán 3—4 mm. mélységben átjárható. A baloldali ondósinór épnek látszik. A húgycsőből kevés savós váladék nyomható ki, melyből gonococcust többszöri vizsgálattal sem tudtunk kimutatni; az épnek talált prostata váladékában sem találtunk gonococcust. Vizelet mindkét része tiszta, szálcamentes. *Wa.*- és *Kiss*-próba nemleges. Emberi és nyúl-antigenel végzett *Frei*-próba még két hét múlva is 5 mm-nél nagyobb beszűremkedett göböt eredményezett. *Ito-Reenstierna* próba nemleges. A húgycsőből konyhasóoldattal kimosott és 1:10 hígítású váladékkal két lymphogranulomás betegben a *Frei*-próba 5 mm. átmérőnél nagyobb, kissé infiltrált göböt eredményezett, mely két hét múlva is változatlan maradt.



1. ábra.

A bal mellékheré feletti bőrszakaszból, mely az alatta lévő részekkel összekapaszkodott, szövettani vizsgálatra kimetszést és a gümőkór kizárására, valamint a lymphogranuloma bizonyítására állatojtást végeztünk. — Az állatojtások tengerimalacokban és egerekben nemleges eredményt adtak. — A kimetszett részben a bőr hámja kissé megvastagodott. A hámcsapok kissé megnyúltak, kiszélesedtek, az alapi részükben sok festékesanyagot tartalmaznak. Az irha szemölcsös részében mérsékelt beszűródést találtunk, mely főleg lymphocytákból, kötőszöveti sejtekből és csoportokban elhelyezkedő chromatophorákból épült fel. Az irha és a bőralja erei (főleg a prae- és postcapillarisok) erősen tágultak, endotheljük duzzadt. Az irha középső részében és a bőraljában nagy számmal találtunk jórészt lymphocytákból álló sejthalmazokat, melyeknek közepén s széli részén epitheloidsejtek csoportosultak. Bennök néhol Langhans típusú óriássejtek kialakulását is észlelhetjük. A sejthalmazok széli részén plasmasejtek helyezkedtek el; nagy számmal találtunk még plasmasejteket az irhában és a bőraljában. (Lásd ábra.)

Az irhában és a bőraljában egyébként nagy számmal mutatkoztak az erek, faggyumirigyek körül, de ezektől függetlenül is kisebb-nagyobb lymphocytá-halmazok. Koch-bacillust a szöveti metszetben kimutatni nem sikerült.

Mindezek szerint, noha állatojtásokkal ebben az esetünkben sem sikerült kétségtelenül bebizonyítani a húgycsőlob és a mellékheresyulladás lymphogranulomás természetét, a húgycsőváladék antigen-sajátága, a beteg *Frei*-antigen iránti túlérzékenysége, továbbá a mellékherelob gümöbaccillustól mentes sarjadzások volta miatt e két folyamat lymphogranulomás eredetét valószínűnek kell tartanunk.

Figyelmeztetjük ismételten t. előfizető kartársainkat, hogy névtelenül hozzánk intézett kérdéseiket nem intézzük el de szívesen teszünk eleget azon kívánságuknak, hogy közlés esetén nevüket elhallgatjuk.

A Szent Rókus kórház II. sz. sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Kubányi Endre egyet. m. tanár.)

Mediastinalis tályogok.

Írta: Dabasi Halász György dr.

Gátorüregnek nevezzük azt a teret, amelyet kétoldaltól a pleura mediastinalis, hátulról a háti gerincoszlop és a bordák nyakai, előlről a szegycsont határol. Felső határa a szegycsont incisura jugularisa, illetőleg a rajta keresztülfektetett sík. Ez a határ átmenet nélkül a középső nyaki tájra folytatódik. Alsó határa a rekeszizom.

Bár a gátorüreg osztatlan tér, gyakorlati szempontból mégis elülső és hátulsó mediastinumra osztjuk. A határ az a frontális sík, amit a tracheán és bronchusokon keresztül fektetünk. A cavum mediastini anteriorba tartozó képletek: a thymus, az aorta íve, az arteria pulmonalis, a nervus phrenicusok, a légcső és a bronchusok; a cavum mediastini posteriorba soroljuk a nyelőcsövet, az aorta thoracikát, a vena azygost és hemiazygost, továbbá a két nervus vagust és a ductus thoracikust. A szív részint az elülső, részint a hátulsó gátorüregben van. Könnyen elképzelhető, hogy a mediastinum laza kötőszövetében, ahol az említett fontos képletek egymás mellett helyezkednek el, a gyulladások életveszélyesek lehetnek.

Klinikai tünetei: 1. magas intermittáló láz, mely tályog kifejlődése esetén continua typust ölt, 2. Fájdalmak, mégpedig az elülső mediastinum gyulladásai esetén a szegycsont vagy valamely bordaközi rés felett, vagy a nyakon találunk spontán, avagy nyomásérzékenységet, mit bőrpír, esetleg csak kislökű bőrvizenyő kísér. A hátsó mediastinum tályogjai kapcsán a fájdalom a bordaközi idegek mentén a mellkasba, hátba, lapockába sugározhat ki, 3. végül tünetek jelentkezhetnek a szomszédos szervek megbetegedése folytán (pneumonia, perikarditis, pleuritis, stb.).

A mediastinum gyulladásait felosztjuk:

1. aseptikus,
2. acut gyulladásos és
3. chronikus gyulladásos folyamatokra.

Tudatosan szólok gyulladásokról, nem pedig tályogokról, mert hiszen a két folyamat között csak időrendbeli különbség van, a tályogot a gyulladásos beszűrődés előzi meg.

Aseptikus gyulladások közé sorozzuk a Röntgenbesugárzás ingerére létrejött hegedéseket, amelyek a mediastinalis szervek vongálásával és helyzetváltoztatásával súlyos jelenségekre vezethetnek (tractiós nyelőcsődiverticulum, pangás a vena cavában, a szív működést gátló heges pánccél képződése, mint azt mediastinoperikarditisben látjuk). A nyirokcsomókba bejutó korom anthracosishoz, a nyirokcsomó ellágyulására, tályogképződésre vezethet, ezek a tályogok azután a szomszédságba, így a légcsőbe, szívburokba, mellhártyaürbe törhetnek át.

A chronikus gyulladások között a gümőkór és a syphilis érdemel említést. A tuberculotikus mirigyek elsajtosodása és a szomszédos üreges szervekbe való áttörése hasonló jelenségeket okozhat, mint azt az anthracotikus mirigyek kapcsán említettem, de kiindulhatnak tályogok a mediastinumot határoló csontos vázból, így a gerincoszlopból és szegycsontból is. Ezek a tályogok süllyedés folytán keletkezési helyüket messze elhagyhatják. A syphilis igen ritka, az irodalom említést tesz mediastinalis gummákról, amelyeket rendszerint egyéb természetű daganatokkal tévesztenek össze.

A mediastinum heveny gyulladásos folyamatait készakarva említem utolsónak, mert ezek fordulnak elő leggyakrabban. Kétféle alakban jelentkezhetnek: mint mediastinalis phlegmone és mediastinalis tályog.

A mediastinalis phlegmone sebészileg rendszerint megoldhatatlan, a mediastinalis kötőszövetet beszűrítő genyes folyamat, amelynek folyamán azonban ugyszólván sohasem képződik egy helyen nagyobb tályogos beolvadás, hanem csupán kicsiny genygócok fejlődnek s a láz is mindvégig megtartja septikus jellegét. A mediastinalis tályognál azonban, ha a kezdet a fentemlített is, relative korán bekövetkezik a laza szövetnek tályogos beolvadása. Nagyobb, sokszor egységes üregek képződnek, melyek aránylag könnyen megnyithatók, kiüríthetők s melyeknek gyógyulási hajlama is kedvezőbb.

A heveny infectiosus gyulladásokat keletkezésük szempontjából megint felosztjuk primaer, secundaer és metastaticus eredetűekre.

Primaer gyulladást kelt a fertőzést egyenesen beoltó késszűrés, lövedék stb.

Legnagyobb jelentősége mégis a másodlagos gyulladásoknak van. Fertőzött nyaki sérülések, mély nyaki phlegmonék, genyes thyreoiditis és strumitis, a légutak gyulladásos folyamatai tovavezetés útján okozhatják ezt a rettegett betegséget.

Már ritkábban törnek át a gátorba a mellkas csontos vázának heveny gyulladásos folyamatai, empyemák, szívburokölmenyek, tüdőtaályog, genyesen széteső tüdő- vagy hörgrákok. Különösen ki kell azonban emelni a garat és nyelőcsőnek gyulladása, vagy művi átfuródása folytán a hátsó mediastinumban keletkező tályogokat, mely gyulladásoknak még egy félelmetes következménye lehet, nevezetesen a mediastinalis emphysema.

A kiindulásnak metastatikus útja aránylag ritka, még leggyakrabban orbánc és sokizületi csúsz kapcsán észlelték.

Az elmúlt év alatt három esetben volt alkalmam hátsó mediastinumbeli tályogot operálni. Okuk minden esetben a nyelőcső gyulladása, illetőleg átfuródása volt. Minthogy saját tapasztalataim a hátsó mediastinum tályogjaira vonatkoznak, csak röviden említem, hogy az elülső mediastinum magasan ülő, a nyak felé áttörni készülő tályogjait az incisura jugularis felől, a mélyebb tályogokat a szegycsont trepanálásával, a bordaporcok és sternum részeinek eltávolításával, a Sauerbach által ajánlott mediastinotomia longitudinalis anteriorral trans-, vagy extrapleurálisán közelíthetjük meg. A processus xyphoideus eltávolításával a kétoldali sinus mediastinocostalis között extrapleurálisán érjük el a szívburokot.

A hátsó mediastinum tályogjainak megnyitására három út kínálkozik:

1. A magasan ülő tályogok, a melyek rendszerint a kulcs feletti árokba készülnek áttörni, a kulcs felett vezetett metszésből tárható fel, amikor is a nagyereket követve a mély nyaki izmokat borító fascia praevertebralis mentén a harmadik háti csigolyáig jutunk el. Trendelenburg-helyzettel és szívókezeléssel ezen tályogok előnyösebb kiürüléséről gondoskodhatunk.

2. A mélyebb mediastinalis tályogok a gerincoszlop mellett hátulról közelíthetők meg legkönnyebben, mint azt Enderlen ajánlotta. Lehenyes vagy hosszirányú

bőrmetszés után a hosszanti hátizmokat befelé el-kampóztatjuk, most 2—5 bordából eltávolítunk 7—8 cm hosszú darabot olyképen, hogy a bordák nyakát és a processus transversusokat is eltávolítsuk; egyúttal ki-irtjuk a borda közti lágyrészeket is. Óvatosan tompán a fassia endothoracia mentén leválasztjuk a fali mell-hártyát és a mediastinumot a gerincoszlop oldalsó és elülső felszínéről úgy, hogy lehetőleg a gerincoszlop ellenoldalát is tapinthatassuk. Próbapunctio a tályog helyé-ről rendszerint utbaigazít, amit azután annak legmé-lyebb pontjáig fel kell tárnai, ügyelve arra, hogy jobb oldalon a nyelőcső előtt futó, az aortából eredő arteriae intercostalesből vérzést ne kapjunk. Az üreget tamponáljuk és az utókezelés folyamán gondosan ügyel-nünk kell arra, hogy a seb be ne szűküljön.

Kérdés, jobb vagy bal oldalon hatoljunk-e be. Enderlen azt ajánlja, hogy a IV. borda magasságáig bal oldalon, az V—VI. borda magasságában jobb oldalt, ez alatt akár jobb, akár bal oldalt hatolhatunk be. Ez a megállapítás a nyelőcsőnek a frontalis síkban végzett kistűrés elhajlását veszi tekintetbe. A nyelőcső ugyanis kezdetben középvonalban halad lefelé, de már a VII. nyaki vagy I. háti csigolyák magasságában balfelé hajlik el ivben, a legnagyobb elhajlás a II. III. háti csigolya magasságába esik, a IV. háti csigolya szintében újra eléri a középvonalat. Innen a VII. háti csigolya magasságáig újra a középvonalban fut, ahol irányt változtat, előre és balra fordul és a gerincoszlop bal oldalán a rekesz hiatus oesophageusán át hagyja el a mellüreget.

Ez az anatómiai megállapítás azonban egy másik anatómiai tényt nem vesz tekintetbe, hogy ugyanis a VII. hátszigolya magasságában az aorta thoracica nyomul a gerincoszlop és nyelőcső közé és a tályogok balfelé terjedésének akadályt vet. Mindhárom operált esetben a tályog a VIII—XI. háti csigolyákra esett s mind a három esetben főképen a jobb oldalon helyezkedett el s két esetben a jobb alsó tüdőlebensy brochusait arrodálta is.

3. Harmadik út volna az, amit Seiffert merész elgondolással választott, aki ugyanis a hátsó gátorüregben lévő tályogot a nyelőcső hátsó falának oesophagoskopon keresztül történő felhasításával nyitja meg. A geny a nyelőcsővön át a gyomor felé ürült s két betegét ezzel az eljárással tökéletesen sikerült meggyógyítania.

Tekintettel arra, hogy a hátsó mediastinalis tályogok a tüdőszövet arrodálása folytán gyakran hörgő-sipolyokkal szövődnek, mégsem képzelhető el, hogy ezen tályogok kiürülésére a nyelőcsővön ejtett kicsiny bemetszés elegendő volt, s így véleményem szerint csupán korán felismert, kicsiny tályogok esetén kerülhetne szóba.

A három operált betegem kórtörténeti adatait az alábbiakban közlöm:

Ö. J.-né 43 é. Lúgmérgezés után nehezen és fájdalmasan nyel. Gégészek kezelték.

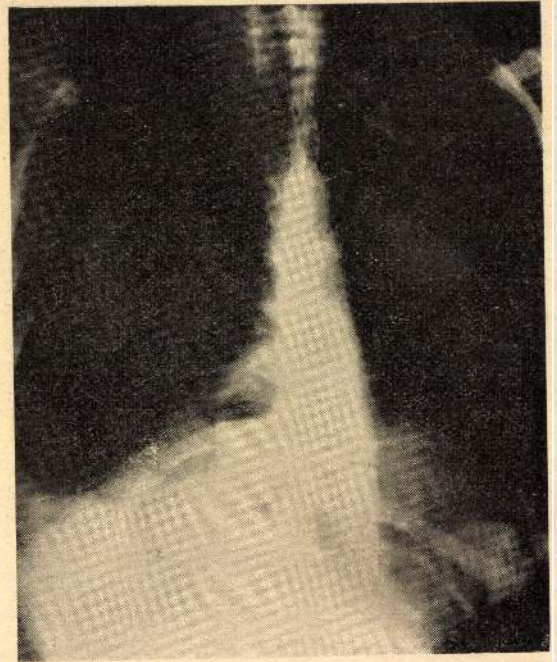
1936. január 4-én állítólag megfázott kirázta a hideg (39°), fulladt, köhögött, hátába kisugárzó fájdalmakat érzett.

Jan. 10 felvétel, a belosztályra. 11-én Rtg. szerint, a gerincoszlop mellett basalisán tenyérnyi háromszög alakú árnyék, melynek felső részében a hilus magasságában szabad folyadék-árnyék látható. A sinus phrenicostalis kitöltött. A leírt árnyék a gerincoszlop mellett hátul helyezkedik el és mediastinalis folyadékgyülemnek felel meg. Egy vékony sipolyon keresztül a sugárfogó pép a mediastinumba, ill. onnan a sinus phrenicostalisba süllyed. (L: 1. ábra.)

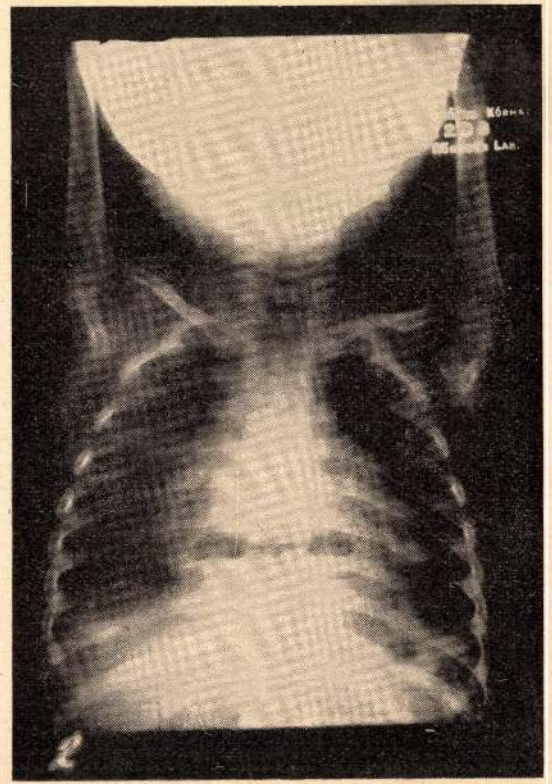
Jan. 13. Műtét. Eltávolítjuk a X. XI., XII bordákat, tojásnyi üregbe jutunk, mely ételrészekkel kevert bűzös, eves genyet tartalmaz.

Jan. 14. Mivel a táplálék a nyelőcsősipolyon keresztül a sebbe fojlik, gastrostomiát végzünk. A betegnek Wa R.-ja pozitív lévén, antilueticusan kezeljük. A kerszt-csont tájon decubitus fejlődik. Jan. 20. A jobb alsó tüdőlebensy felett szörccsölést hallhatunk. A beteg gyöngül. Jan. 29. A bal testfélen spasticus hemiplegia, öntudatzavar, kérdésekre nem válaszol.

Jan. 31. Exitus.



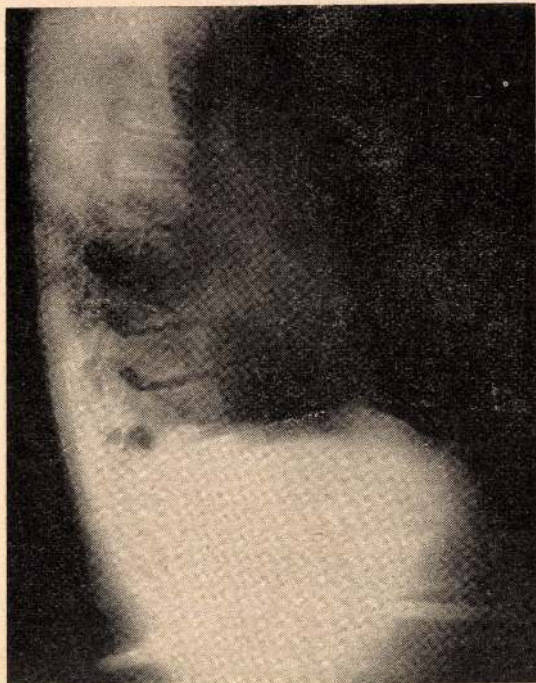
1. ábra.



2. ábra.

A boncolás szerint a bal alsó tüdőlebensy hátsó részében gyermekököllyi területen tüdőszkösödés fejlődött, a hemiplegia okát az agy boncolása nem derítette fel. A nye-

lőcső sipoly falának szövettani vizsgálata idült gyulladásos, hegesedéssel járó szöveti elváltozásokat tüntetett fel minden specificitás nélkül, s így az a feltevés, hogy a sipoly lueticus alapon keletkezett, megdőlt.



3. ábra.

N. K. 2 éves fiúbeteg. 4 héttel ezelőtt ismeretlen mennyiségű lugot ivott, folyékony ételeket jól tudott nyelni.

1937. jun. 2-án felvétel a gégészetre. 13-as sonda jól bevezethető. Lázás.

Jun. 4. Rtg. felvétel: Kissé tömöttebb, terjedelmesebb hilusárnyékok, a rekeszek renyhében mozognak. A mediastinum hátsó része kitöltött, a VIII. hátsó csigolya magasságában diónyi üregárnyék, benne kifejezett folyadék-szint. A szív alakja, nagysága, helyzete rendes. (L.: 2. ábra.)

Jun. 8. Oesophagoscopia. A nyelőcső nyálkahártyája a felső szájadék körül erősen belőveit, fellazult, vérzékeny, lényeges szűkület nincs. Lejebb a hátsó fal kissé elődomborodik, de különösebb elváltozás rajta nem látható.

Jun. 9. Műtét. A VIII, IX. bordák és a közöttük fekvő bordaközi légyszűkület eltávolítása után a hátsó mediastinumhoz dolgozzuk magunkat, ökölnyi üregbe jutunk, amely büzös eves genyet tartalmaz. Az üreget legmélyebb pontjáig feltárjuk és tamponáljuk.

Műtét után bronchopneumonia a jobb alsó tüdőlebensben, nagy láz. Folyékony táplálékot vesz magához, amely a sebben nem jelenik meg.

Jul. 3. Leláztalanodik, erőbeli állapota szemlátomást javul, folyékony és pépes ételeket egyaránt nyel.

Jul. 8. Gyógyultán távozik.

T. Gy. 43 éves férfi. 3 éves korában lugot ivott. 2 éven át a Stefánia gyermekkorházban feküdt, ahol sondázták, azóta folyékony és darabos ételeket egyaránt jól nyel.

1938. jan. 12-én a gégészeti járóbeteg rendszeren jelentkezik és elmondja, hogy 2 napja narancsmagot nyelt, azóta sem darabos sem folyékony eledelt magához venni nem tud. Oesophagoscopia. A fogsortól 24 cm-re heges szűkület, amelyen a 9-es sonda átmegeg.

Jan. 15. Megismételt oesophagoscopos vizsgálat pantocain-tonogénes érzéstelenítéssel. 24 cm-re a fogsortól hártya és diaphragmaszerű szűkület, amelyen 10 mm-es csővel lejutni nem tudunk, 7 mm-es csővel áthatolva kb. 33 cm-re újabb kiterjedtebb szűkület, amelyen keresztül 13-as sondával lejutunk a gyomorba.

Jan. 16. A beteget tápcsőrévén tápláljuk.

Jan. 18. Műtét (Laub főorvos). A második szűkületen 9 mm-es csővel nem tudunk áthatolni. A cardia nyílásában fehéresen áttűnik az idegen test, amelyet több részletben eltávolítottunk: először a narancsmagnak a héját 2 darabban, aztán fehéres beisejét 3 darabban. Csak emulsiót adunk szájon keresztül, az is visszajön.

Jan. 19. Lázás lesz.

Jan. 21. Minthogy táplálkozni nem tud, gastrostomiát végzünk.

Febr. 1. Rtg. Jobb oldalait a szívcontour mellett 2 hátránt-ujjni széles árnyék, mely a hátsó mediastinum alsó kétharmad részét is kitölti. A jobb oldali, X. borda magasságában kifejezett folyadék-szint. (L.: 3. ábra.)

Febr. 3. Műtét a X. és XI. bordák eltávolításával a fali pleurának és mediastinumnak a gerincoszlopról való leválasztása után próbapunctiót végzünk, melynek eredménye büzös eves geny, a nyílást megtágítva ludtójásnyi tályog-üregbe jutunk. Befogott orral és szájjal préseltetve a beteget, a tályogüregből szelelés hallható. Nyilván hörgősipolya van. Az üreget szélesen tamponáljuk.

Műtét óta a beteg láztaian, gyarapszik.

Febr. 26. Rtg. felvétel. A gátor szabad, jobb oldalit basalisán kissé tömöttebb, durvább tüdőrajzolat. A tüdőmezőkben eltérés nem látható, a rekeszk szabadok, jól mozognak.

Apr. 10. Ambulans kezelésre tisztán sarjadzó sebbel elbocsájtjuk a kórházból. További egy hónap alatt a hörgősipoly is záródott.

A Pázmány Péter Tudományegyetem urológiai klinikájának közleménye. (Igazgató: Illyés Géza ny. r. tanár.)

Az eosinophil-sejtek szerepe a prostata gyulladásos betegségeiben.

Írta: Vondra Nándor dr., egyet. tanársegéd.

A fehérvérsejtek egymásközötti számarányának megváltozása fontos diagnostikus eszköz a haematológiában. A minőségi vérképben a neutrophil leukocyták uralkodnak, megsaporodásukat, vagy megfogyásukat — akár physiologiás, akár betegségi okok idézik elő — nagyobb számuk miatt könnyebben megfigyelhetjük, mint az eosinophil granulatiójú fehérvérsejtekét. A neutrophil leukocytáknak legfőbb szerepük a phagocytosis; tehát fertőző betegségek, genyedések, stb., megszorítják őket. Az eosinophil sejteknek teljesen más, még nem is egészen tisztázott szerepük van; az eddigi megállapítások szerint a szervezetre nézve idegen fehérjeanyagok bomlástermékeinek ártalmatlanná tétele, illetőleg lebontása. Megsaporodásukat tehát chemiai ingerek okozzák és így vándorlásukat a chemotaxis irányítja. Tekintve kicsiny számukat, a megsaporodásuk mindig csak fokozott csontvelőműködés folytán lehetséges, vagyis erős ingerekre van szükség.

Sokféle betegségben tapasztalták az eosinophil-sejtek megsaporodását, illetőleg megfogyását. Eosinophilia van allergiás állapotban (asthma bronchiale, stb), bélparaziták esetén, a vörheny harmadik napján, heveny csúsz esetén, rosszindulatú daganatok kapcsán. Bélparaziták közül a taeniák esetében szaporodnak meg a legjobban. Megfogyanak: intoxicatio, vészes vérszegénység, uraemia, stb. esetében.

A prostata fibroadenomája és rákja között sokszor nagyon nehéz a különbségtétel. A periurethralis mirigyek adenomájának műtéti kiirtása teljesen jó eredményeket ad, míg a prostatarák műtéti megoldása kétes értékű. Ez indította Legueut és társait arra, hogy a prostata fenti betegségeiben vizsgálják a vérképet és esetleg ebből vonjanak le diagnostikus és prognostikus következtetéseket a műtétre, illetőleg a kezelésre nézve. Azt találták, hogy prostata rák esetén az eosinophil sejtek megfogyanak, vagy pedig eltűnnek a vérképből, ellenben jóindulatú fibroadenoma kapcsán megsaporodnak. Ezt az esetek 90%-ában találták, azonban az eosinophil sejtek rendes mennyiségét a szokásos 2—3% helyett 1—1.5%-ban állapították meg; ez természetesen befolyásolta eredményeiket.

A prostatarák kapcsán talált hyp- és aneosinophiliát több szerző megerősítette. Negro 10 esete közül 8-ban talált hypeosinophiliát, Borza 11 prostatarákos betege közül 2 esetben volt hypereosinophilia, 3 esetben rendes volt az eosinophil sejtek száma, a többiben (6 eset) tehát 54.4%-ban aneosinophilia volt, azonban az eosinophil sejtek számát ő is 0.5—2% között állapította meg csupán azért, hogy mások statistikájával összehasonlíthassa eredményeit.

Bár az urológiai klinikán végzett vizsgálataink az eosinophil sejteknek a prostata gyulladásaiban változásaira vonatkoznak, 9 rákos betegnek is megvizsgáltuk a vérképét. 2 esetben nagy eosinophil sejtszámot találtunk (4 és 5%), 2 esetben pedig 2, illetőleg 3% volt a mennyiség, 3 esetben 1% és további 2 esetben hiányoztak az eosinophil sejtek. A prostata rákosok eosinophil sejteinek megfogyása látszólagos ellentétben van az elméleti magyarázattal. Eszerint ugyanis a daganat növekedése fokozott sejtszétéssel jár és az így felszabaduló idegen daganatfehérjék közömbösítésére a csontvelő fokozott mértékben termeli az eosinophil sejteket, tehát hypereosinophiliának kellene lennie. — Klinikai megfigyeléseink ennek megadják a magyarázatát. A 9 esetből 2-ben hypereosinophiliát találtunk, mindkét beteg még jó erőben volt, fogyás, senyvedés, azaz általános daganatjelek még nem mutatkoztak, vagyis a csontvelő még ingerelhető állapotban volt. A szabályos eosinophil sejtszámot mutató esetek is aránylag jó erőben lévő betegek voltak. Minden hyp- és aneosinophiliát mutató esetben nagyfokú súlycsökkenést, általános toxikosit, elesettséget, lázat, anaemiát, stb. észleltünk, vagyis a csontvelő eosinophilsejtermelő képessége csökkent, illetőleg megszűnt. Tehát a rák kezdeti szakában, amíg a csontvelő az ingerre reagálni képes, az eosinophil sejtek megszorodnak, vagy a számuk a rendes százalék alá nem megy. A daganatburjánzással, bár a szétérés fokozódik, tehát nagyobb az ingerhatás, de mégis a csontvelő az általános toxikosis következtében mindinkább kimerül és nem bírja pótolni a szervezet eosinophilsejtszükségletét és bekövetkezik a sejtszámcsökkenés, illetőleg a termelőképeség megszűnésével az eosinophilsejtek eltűnése a vérképből.

Az előbbiekhöz hasonló elgondolásból kiindulva vizsgáltuk az eosinophil sejtek százalékanak változásait a prostata gyulladással betegségeiben. A prostatitisek acut, subacut és chronicus szakában egymástól eltérő eredményt kaptunk. 30 prostatitises betegünknek 39 alkalommal vizsgáltuk a vérképét a gyulladás lefolyásának különböző szakáiban.

30 betegünk közül: 9 acut-, 9 subacut-, 12 chronicus prostatagyulladásban szenvedett. Az összes eseteink közül 5 tályoggá is fejlődött, közülük 3-at rectalisan, 2-t pedig perinealisan nyitottunk meg. Az acut

1. Táblázat.

Esetek sz.	Eosinophilsejtek %/o-ban:													
	0	0.5	1.5	2	3	3.5	4	4.5	5	5.5	6	6.5	8.5	9
Acut prostat. (1 hét)	9	1	1	2	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Subac. prostatitis (6. hét)	9	—	1	1	1	—	1	1	—	1	1	1	—	—
Chron prostatitis	12	—	—	—	1	1	2	1	5	1	—	—	—	1

2. Táblázat.

	Betegek sz.	Vérkép sz.	Héten	Az esetek sorszáma									
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
				Eosinophilsejtek %/o-ban									
Acut	9	15	1	0	2	2	0.5	3	3	3	3.5	4	
			2	—	4.5	—	3	5	3	—	3	5	
Subacut	9	12	1	—	1.5	—	3	—	—	2	—	—	
			6	2	1.5	3	4	4.5	5	6	6.5	8.5	5

esetekben az első táblázaton feltüntetett eosinophilsejtek százaléka mindig az első héten végzett vizsgálatok eredménye. Hat esetben a második héten is végeztünk vizsgálatot. A subacut esetekben ugyancsak az első táblán feltüntetett eredmények — a 6. héten vagy azután végeztük a vizsgálatokat — 3 subacut esetben az első hétről is van vérképünk.

Az első héten végzett heveny betegségben 1 esetben eltűntek az eosinophil sejtek, 1 esetben hypoeosinophilia mutatkozott (0.5%), 4 esetben rendes a számuk, 2 esetben pedig igen kisfokú az eosinophil sejtek megszorodása. Tehát az első héten a 9 heveny prostatitises beteg közül csak 2 esetben emelkedett az eosinophil sejtek száma. A 2. héten készített 6 vérképen az előző hetihez viszonyítva az eosinophilsejtek 1—2.5%-kal megszorodottak, úgy hogy végeredményben rendes volt a számuk és csak 1 esetben volt teljes hiány. Egyetlen esetünkben, ahol hiányoztak az eosinophil sejtek, a prostatitis sepsis kiindulópontja volt vagyis sepsis részjelensége; a beteg 76 éves reakcióra képtelen egyén volt.

A subacut szakban lévő 9 betegünk vérképei már egyöntetűbb eredményt adtak vizsgálati irányunk szempontjából: 1. ízben volt 1.5% az eosinophilsejtek száma, egy 80 éves leromlott állapotban lévő egyén esetében, akinek nagy residualis vizeletmennyisége volt hosszú időn keresztül. Leromlásának okát ebben kell keresnünk. A katheterezés 3. napján nagy lázzal kezdődött a prostatitis, az ekkor végzett vérvizsgálat 1.5% eosinophiliát mutatott. Később hőmenete javult, pár hét múlva meg is szűnt a láz, azonban a prostatitis továbbra fennállt. Az eosinophilsejtek nem szaporodtak, az elesetség fokozódott és a nyolcadik héten urosepsisben meghalt. További 2 beteg esetén rendes volt a számuk, prostatitis, az ekkor végzett vérvizsgálat 1.5% eosinophilsejtek százaléka. Tehát egy esetben csökkent, 2-ben normalis, 6-ban pedig emelkedett az eosinophil granulációjú fehérvérsejtek mennyisége. 3 subacut esetben, a betegség kezdetétől számított 2 héten belül készített vérképek 1—4%-kal kevesebb eosinophilsejtet mutatnak, mint amelyek a 6. héten készültek.

A 12 idősült eset közül egyben 3% az eosinophilsejtek száma, a többiben (11 eset) 3.5—9%-ig terjedő hypereosinophilia. Közülük a legtöbb (5) esetben 5% az eosinophil leukocyták mennyisége.

A fentiekből kitűnik, hogy a heveny tünetek első napjaiban nem várhatjuk az eosinophilsejtek megszorodását, hanem csak az 5—7. nap után, vagyis rendszerint a második héten. Ez semmit sem von le diagnostikus értékéből a heveny tünetek lezajlása idején a tapintási leletre kétség nélkül felállítható a diagnosis. A tulajdonképeni alkalmazási területe az acut tünetek lezajlása után megmaradó, alig megnagyobbodott, csak alig érzékeny prostaták. A heges prostatában lappangó chronicus gyulladással góc és rákos gób közötti különb-

segtételt megkönnyíti, a tapintási leletet támogatja. A prostata hypertrophia modern kezelése, a transurethralis prostatectomia esetében kétségtelenül fontos diagnostikus segédeszköz annak a megállapítására, hogy a prostata hypertrophiához csatlakozik-e lappangó gyulladás vagy sem, mert a gyulladást prostataszövetekben végzett resectio a fertőzés tovaterjedése szempontjából a betegre nézve súlyos, esetleg végzetes következményekkel járhat. Hogy a heveny prostatitis az általános tünetek szakában (nagy láz, vizeletelési nehézségek, vésbéli, illetőleg gáttáji fájdalom, stb.) nem okoz eosinophiliát, annak valószínű magyarázata a következő: fertőzésekkel szemben a szervezetnek legérzékenyebb és leghathatósabb védekező eszköze a neutrophil leukocyták megszorodása. A hirtelen kirobbanó heveny prostatitis olyan hevesen ingerli a csontvelő neutrophil sejtet termelő berendezését, hogy a heveny tünetek ideje alatt az eosinophil sejtek termelése háttérbe szorul, illetőleg a vérképben túlnyomó segmentált leukocyták az eosinophil sejtek százalékos mennyiségét csökkentik. Tehát a heveny tünetek ideje alatt az eosinophil sejtek mennyisége szabályos, vagy csak igen kis mennyiségben szaporodik meg; ezeknek lezajlása után hypereosinophilia támad, mely rendszerint 5—10% között ingadozik. De nemcsak diagnostikus, hanem prognostikus következtetést is levonhatunk az eosinophil sejtek változásából. Sorozatos vizsgálatok kimutatták, hogy amikor az eosinophil sejtek mennyisége a legmagasabb értéket elérte, a betegség lefolyásában rohamos javulást tapasztalhatunk.

Természetesen ez nem teljes értékű tünet, csupán segédeszköz a betegség milyenségének meghatározására, időtartamára és lefolyására vonatkozólag, annál is inkább, mert csupán 70%-ban kapunk olyan magas eosinophil sejtszámot, hogy a többi tünetekkel egybevetve értékelhetjük.

Összefoglalás: Az eosinophil sejtek a prostata gyulladásos betegségben megszorodnak; mégpedig a heveny szakban az első héten számuk vagy normalis marad, vagy pedig csak kis fokban szaporodnak meg, a második héten számuk 4—6%-ra emelkedik, a subacut és chronikus szakban pedig az esetek 70%-ában 5—10% az eosinophil granulatiójú fehérvérsejtek mennyisége.

Alkalmazhatjuk: 1. lappangó chronikus prostatitis kimutatására, mely pl. transurethralis prostatectomiánál bir különösebb fontossággal, 2. rákos göb és prostatitis csomó közötti elkülönítő kórhatározás megkönnyítésére heges prostatában, 3. a gyulladás időtartamára következtethetünk és esetleg a lefolyás idejére vonatkozólag tájékozhatunk.

Újszülöttek és dyspepsiára hajlamos csecsemők mesterséges táplálására kiválóan alkalmas a Krompecher-féle *Rizomaltan*, mely a riznyákot és a csecsemő tápcukrot (dextrin-maltose) olyan mértékben tartalmazza, hogy egy mercényi tápszernek a vízzel megfelelően hígított tejben felfőzése által, azonnal a szokásos mennyiségű nyakot és 5% tápcukrot tartalmazó standard tejhígítást nyerhetünk. A *Rizomaltan* könnyű elkészíthetőségén kívül előnye még, hogy colloid szénhidrátjai colloidalisan jól oldott állapotban vannak, kevés benne a suspendált alkatrész, ennélfogva könnyen emészthető, jól felhasználható táplálékot nyújt. Kifejezetten antidyspepsiás tápszer. E tulajdonságai folytán dyspepsiára hajlam esetén és parenterális infectióban praeventive adjuk. Elsőrendűen bevált, csecsemők mesterséges táplálására és vegyes táplálásban kiegészítő táplálék gyanánt már az újszülötkorban is.

A Ferencz József Tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Vidakovits Kamill ny. r. tanár.)

Tapasztalatok rubrophennel a sebészi gümőkór kezelésében.

Írta: Troján Emil dr. egyet. magántanár.

A szegedi sebészeti klinikán 1937. júniusában vezetük be a rubrophenkezelést sebészeti gümőkór ellen, mihez a szükséges anyagot a *Chinoim*-gyár bocsátotta rendelkezésünkre. Munkánkat megkönnyítette, hogy előttünk nagy sebészeti intézetek számoltak be e gyógyszerrel szerzett tapasztalataikról. Sok érdekes megfigyelést tettünk, amelyek által feljogosítva érezzük magunkat tapasztalataink közlésére.

A lues ma fejlődési fokának megfelelően kidolgozott, specifikus gyógyszerrel és egységes módszer szerint kezelik. Ilyen eredményes és meghatározott rendszer szerinti gyógyszeres kezelése a sebészi gümőkórnak még eddig nem volt. A rubrophennel előttünk végzett eredményes kísérletek és saját tapasztalataink késztettek arra, hogy a lueskezeléshez hasonlóan, rendszeres, időszakonként elvégzendő eredményes módszert igyekezzünk a sebészeti gümőkór kezelésére is kidolgozni. A lues esetében még az első fokon sem, de annál kevésbé a második és harmadikon, egyetlen kezeléstől végleges, kiújulásmentes eredményt nem kapunk. Ugyanígy van ez a sebészi gümőkórral is; bármilyen kitűnő szernek bizonyult is a rubrophen egyes esetekben, tőle egy kúrával, ha egyfolytában hosszabb ideig is történt, a sebészi gümőkór meg nem gyógyul. Itt tévednek az orvosok, akik csak azért fordultak a rubrophen ellen, mert attól egy kezeléstől végleges eredményt nem láttak. Pedig világos, hogy ha a sebészi gümőkór kórtani fejlődési fokait figyelembe vesszük, egyszeri kezeléstől a rubrophennel végleges gyógyulást nem is várhatunk.

Aránylag könnyű a helyzete az orvosnak, ha a beteg *elsőfokú sebészi gümőkórral* keresi fel, különösen, ha a gümőkór a mirigyes szerveken jelentkezik. Aránylag rövid ideig tartó kezeléssel, 6—8 hét alatt gyógyulást érünk el, amely azonban nem visszaesésmentes. Ha az elsőfokú gümőkórban szenvedő beteg kezelése után következő év februárjának végén és márciusa elején nem végzünk rajta újabb, kb. 6 hetes rubrophenkezelést, akkor baja nagy valószínűség szerint kiújul. A gümös mirigy vagy ízület azonban már hamarabb jön rendbe a második kezelésre, mint az első esetben.

A sebészi gümőkór *második és harmadik fokában* a gyógyulás már csak hosszabb kezelés után következik be. Ez érthető is, mert a szervezetnek heges kötegtől körülvevett sajtos vagy carieses gócot kell leküzdeni, mely sok esetben sipolyos is, s ez csak hosszabb idő alatt érhető el. Megfigyeltük, hogy a gyógyulási folyamatot néha erősebb, néha gyengébb gócreactio előzi meg, mely 3—4 heti rubrophen adagolásra jelentkezik. Ha a gócreactio késnek, akkor fokozzuk a rubrophen adagot, különösen az intravenásat, melyet naponta is adhatunk. Amint gócreactio jelentkezett, az adagokat csökkentjük, esetleg a viszerbe adagolást el is hagyjuk és tisztán a tablettákra szorítunk. Óvatosan kell végezni a rubrophenkezelést olyankor, mikor a beteget más eljárással, így napfényel, fürdővel, vagy gyógyszerrel is kezeljük. Például hozom fel a követ-

*) Előadta a Magyar Sebésztársaság 1938. évi június hó 17-iki nagygyűlésén Debrecenben.

kező esetet: Térdizületi gümőkórban szenvedő 19 éves fiatalember, akinek fürdő- és napsugárkezelésre fungosus térdizülete lassan javult, fájdalma szűnőfélben volt és rubrophen belső adagolására fájdalma még jobban enyhült; miután kezelőorvosától 7 erélyes intravenás rubrophen befecskendezést kapott, hirtelen oly mértékben rosszabbodott, hogy térdizülete erősen megduzzadt és gyulladt lett. *Wolk R.* volt az első, aki röntgenképen mutatta ki a rubrophen által okozott erős gócreactiót a csonton. Ezen a fiatalemberen, akin már a napfény, fürdő és a rubrophen-tabletta is gócreactiót okozott, bár ez a gócreactio kedvező erősségű volt és a beteg gyógyulását serkentette, — a rubrophennek vizsérbe történt adagolása által annyira fokozódott, hogy már túllóttek vele a célon. Hasonlóan nem kívánatos fokozott gócreactio keletkezik, ha hólyag-gümőkóros beteg rubrophenel egyidőben gomenolos hólyagkezelésben is részesül. A beteg ekkor erős és gyakori vizelési ingerről panaszkodik, ami rögtön megszűnik, ha a gomenolt kihagyjuk.

A *másodfokú gümőkórban* a gócreactio után elért teljes fájdalommentesség és az egyéb kóros tünetek visszafejlődésére szükséges idő állandó adagolás mellett 3—4 hónap. Olyankor kell ily hosszú idő, ha a beteg kórházi és szanatóriumi kezelésben nem részesül, hanem csak ambulánsan kapja a rubrophen-t és otthon marad kedvezőtlen egészségi viszonyok között, sőt a mirigy- és heregümős beteg esetleg foglalkozását is kénytelen tovább folytatni. Midőn a klinikai gyógyulás jelentkezik, nem szabad megállni, abban hagyni a kezelést, hanem ha a rubrophen-t ki is hagyjuk, helyette egy-két hónapig, az ősz beálltáig vasat szedtetünk, majd ősszel ismét hathetes rubrophen-kúrába kezdünk, mely tisztán tabletták adagolásában is állhat. Ha a tél folyamán a rubrophen-t kihagyjuk, a tél végén, még a tavasz beköszöntése előtt újabb rubrophenkezelést kell folytatni és ezt legalább 3 éven át ősszel és a tél végén megismételni; csak így nyerhetünk tartós eredményt. Ha azonban a kezelési szünetben visszaesésre mutató legkisebb gyanús tünetet is látunk, a rubrophenkezelést rögtön újra el kell kezdeni.

A sebészeti gümőkór első- és második fokán minden egyes betegen testsúlygyarapodást, vérsejtsüllyedés- és vérképjavulást tapasztaltunk, úgy mint azt *Sailer, Szenthe, Borsos, Schosserer* és *Volk* leírták. Betegeinknek aránylag csekély száma nem jogosít fel, hogy statisztikászerűleg számoljak be róluk, inkább az egyes érdekes eseteket, mint tanulságosakat sorolom fel.

Három beteget kezeltünk gümösen megbetegedett *nyaki nyirokmiriggyel*. Mindhárom ősszel az első kezelésre meggyógyult. Az egyiknél elsőfokú, a másik kettőnél sipolyos harmadfokú volt a megbetegedés. Tavasszal annak a betegnek nyaki mirigyei, akinek elsőfokú volt a megbetegedése, újból megduzzadtak, azonban háromheti rubrophenkezelésre teljesen visszafejlődtek. A harmadfokban megbetegedett baja nem újult ki, mert tavasz beállta előtt újból szedték a rubrophen-t.

A *herék* gümős megbetegedésével három beteg volt kezelésünk alatt. Kettőnek sipolyos volt a heréje, a harmadiknál zárt volt a diffus duzzanat, de a hereburok savós gyulladása is társult a bajhoz. A rubrophenel történt injectiós és belső kezelésre a sipolyok begyógyultak, a zárt savós heregyulladásos beteg pedig a rubrophenkezelésen kívül ismételt szúrscapolásban is részesült és meggyógyult. Az egyik sipolyos beteg, amikor sipolya már begyógyult, kezelését önként megszakítva 5 napra elutazott. Elmondása szerint ezen idő

alatt megfázott, savós mellhártyagyulladását kapott. Az izzadmányt ismét lebecsátották és benne nagymennyiségű lymphocytákat találtak. A mellhártyagyulladás is a rubrophennek tizenötöszi viszeres adagolására meggyógyult. Azonban a rubrophen-t májusban kihagyva, sipolya kiújult, majd hydrokeléje is fejlődött. Újabb vizsérbe adagolt rubrophen-kúrára a sipolya begyógyult, jelenleg is rubrophenkezelés alatt áll; hydrokeléje tyúktojásnyi.

A *csigolya* gümős gyulladása volt mindig a sebész számára a legnehezebben kezelhető, hosszadalmas megbetegedés. Nyolc spondylitis tbc.-ben szenvedő beteget kezeltünk rubrophenel. A legszebb eredményt a spondylitis kezdeti fokán levő betegen láttuk, aki mivel intézeti kezelésben nem részesülhetett, belsőleg szedte a rubrophen-t, összesen 130 szemet. Állapota 2 hó alatt annyira javult, hogy a gipszágyat elhagyva fűzőben járt. Másik betegünk, akinn már tályogos beolvadás is volt, 300 szemnek otthoni elfogyasztása után megkisebbedett tályoggal jelentkezett, fájdalmai pedig erősen csökkentek. Megkíséreltük a rubrophenkezelést súlyos állapotban lévő genyes gümős mellhártyagyulladásához társult két spondylitisben is, azonban itt a szer hatástalan maradt, a hamarosan bekövetkezett véget már megakadályozni nem lehetett. A klinikán hosszabb ideig gipszágyban kezelt csigolya-gümőkóros betegnek, kinek 9 sipolya volt, a rossz vizsérhálózat miatt belsőleg adtuk a rubrophen-t, majd három havi szedés után a beteg undora miatt kihagytuk azt és egy hónapon át birobin-t adtuk. Itt is határozott javulást tapasztaltunk, mint a többi, itt egyenként fel nem sorolt, csigolyagümőkóros betegeinknél is. A birobin-kezeléstől mindig jó eredményt láttunk, különösen ha azt hosszabb ideig, egy-két hónapig folytattuk.

Megemlítésre érdemes egy 27 éves férfibetegünk is, akin többször fordult elő sebészi gümős fertőzés. Három év előtt gümős térdizületi gyulladása, két év előtt mellékhere-gümőkórja volt, a múlt év júniusában erősen leromlott állapotban a bal comb hideg tályogjával jelentkezett. Az ambulánsan kezelt beteg tályogja három hónapi rubrophenkezelésre és szúrscapolásra teljesen megszűnt, 12 kilogrammot hízott, vörösvérsejtsüllyedése 58 mm-ről 10 mm-re javult. A téli és tavaszi hónapokban, mert teljesen panaszmentes volt, rubrophen-t nem szedett. Ez év májusában újból megjelent rendelésünkön kiújult csonttályogjával, mely rubrophenkezelésre és punctiókra visszafejlődően volt.

Gümőkóros vese eltávolítása után visszamaradt *hólyag-gümőkór* gyógykezelésére is alkalmaztuk 8 betegen a rubrophen-t. A betegek azonban nem túrték a gomenollal egyidőben végzett rubrophenkezelést. Vizeleti panaszai gyakoribbak lettek, hólyagfájdalmuk is fokozódott. A gomenolt kihagyva, a gümős hólyaggyulladás hamar meggyógyult.

Két *csípőizületi gümőkórban* szenvedő betegen is gyógyulást láttunk a rubrophenkezeléstől. Mindkettőnek combcsont-fejecse carieses volt, melyhez az egyik sipoly is társult. Ez utóbbi 24 éves fiatalember volt, aki igen leromlott állapotban került járóbeteg rendelésünkre. A fiatalembert előző napokban mint menthetlen beteget adták vissza szüleinek az egyik vidéki kórházból, ahol hónapok óta eredménytelenül kezelték. A rubrophenkezelésre, mely 15 vizsérbe történt fecskendezésből és 150 szem bevételéből állott, állapota annyira javult, hogy jelenleg géppel már jár és 6 kilót hízott. A másik csípőizületi gümőkóros beteg 14 éves leányka, aki, bár csak belsőleg kapta a rubrophen-t

birobinnal felváltva, mégis háromnegyed év alatt annyira rendbejött, hogy gép nélkül jár és a beteg csípőizületében kiskokú mozgékonyága is van.

Tapasztalatainkat a rubrophenről legnagyobbbrészt ambulans beteganyagunkról gyűjtöttük, mert tudjuk, hogy a sebészi gümőkóros beteg, amikor környezetéből kiemeljük és jó egészségi és táplálkozási viszonyok közé kerül, gyorsan kedvezően reagálhat. De visszakerülve régi környezetébe, könnyen visszaesik javult- vagy gyógyultnak vélt bajából. Azért is igyekeztünk ambulanter végezni a sebészi gümőkórosaink gyógyítását, mert azt az elvet valljuk, amit a tüdőgümőkórnál a belgyógyászok, hogy a beteget a környezetében kell meggyógyítani, ott, ahol életét tovább is folytatni kénytelen. Nem képzeljük a rubrophenel kiszorítani az intézetileg végzett napfény-fürdő és egyéb kezelést. Mégis örömmel kell fogadnunk, mert sok oly esetben is kiségit, ahol az intézeti kezelés vagy hatástalan, vagy a beteg szegénysége miatt kivihetetlen.

Akkor láttunk a rubrophenkezeléstől jó eredményt, ha a beteget bajának első fokán vehettük kezelés alá. A belsőleg szedett rubrophenel ép oly jó eredményt értünk el, ha kissé hosszabb idő alatt is, mintha azt vizsérbe fecskendeztük volna. Ha a beteget egyéb kezelésnek is alávetjük, akkor a vizsérbe fecskendezéssel óvatosan kell eljárunk. Azokon a betegeken, akik általános gümős fertőzésben vagy rejtett gümős gócból szenvednek, vagy a sebészi gümőkór másod- vagy harmadfokában állanak, legalább három évig minden ősszel és a tél végén, legalább 120 tablettás kezelést 15—20 vizsérbe fecskendezéssel egybekötve kell végezni, hogy a betegség kiújulását megakadályozhassuk.

Az orvosnak és a gümős betegnek tehát meg kell barátkozni azzal a gondolattal, hogy a sebészeti gümőkór kezelése is ép oly hosszantartó, mint a luesé. Nem lehet az egy kezeléssel elért sikerrel megelégedni, hanem a kezelést megismételve a rejtett gócból felszabadult kórokozókat a szervezet fokozott ellentálló erejével megsemmisíteni, szem előtt tartva, hogy a rubrophen sem *specifikum*, hanem olyan gyógyszer, mely az eddig ismeretes többi tbc-ellenes szer, vagy gyógyeljárással együtt alkalmazandó és értékelendő. Sajnos, vannak hátrányai is: így aránylag magas ára, a kezelés hosszadalmassága, az injectiós kezelés néha fájdalmas volta és az a körülmény, hogy a betegek egy része hamar megunja szedését.

A Székesfővárosi Közkórházak Gyöngyösi úti szülészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Raisz Dezső magántanár.)

Deseptyl és vele rokon gyógyszerek a szülészetben és nőgyógyászatban.

Irta: Nánásy László dr. segédorvos.

Mint ismeretes, a sulfonamid vegyületek mint belső desinficiensek elsősorban a streptococcus, staphylococcus és coli bakteriumok okozta megbetegedésekben használatosak. Az ezüsttartalmú vegyületektől kezdve a phenolon, vuzinon, tryptaflavinon, pyridiumon, neotropinon és ezek rokonvegyületein keresztül egész sorát ismerjük a belső desinficienseknek, amelyekből azonban ez az új gyógyszer elsősorban abban tér el, hogy in vitro jóformán hatástalan a kórokozókra, ellenben állatkísérletben kitünően bevált.

Domagk a fertőzött tengerimalacoknak az oldhatatlan prontosilból 200 mg-ot adott testsúlykilogrammonként szájon át, míg az oldatból prontosilból középértékben kg-ként 75 mg-ot fecskendezett izmukba. Ha ezen adagokat egy 60 kg-os nőre átszámítjuk, akkor a gyógyszerből súlyos fertőzés gyógyításakor szájon át 12 g-ot, izombafecskendezve pedig 4.5 g-ot kell nyujtanunk. Ez a nálunk gyártott készítményekre vonatkoztatva annyit jelent, hogy súlyos fertőzés esetén 30 tablettát, illetőleg az injectiós készítményekből töménységük szerint legalább 9 (deseptyl, ambesid solub.), sőt 30—45 ampullát (sanochrom) kell adnunk, tekintve, hogy a tabletták 0.4 g, az injectiós készítmények pedig 0.5—0.1 g hatóanyagot tartalmaznak. Miután pedig a napi adag általában 6—8 tablettá, vagy 2—3 ampulla, ezért a kezelést több napon át kell folytatnunk, hogy a kellő hatást elérjük, nem szabad az első napok sikertelensége esetén az adagolást abbahagyni, hiszen ilyen rövid idő alatt gyógyhatást nem is várhatunk.

A hatás mechanizmusa még nem tisztázott. Levaditi szerint a streptococcusok mérget közömbösíti. Domagk szerint kétségtelen, hogy a prontosil a bakteriumra közvetlenül hat, amit az azokon látható elfajulásos elváltozás bizonyít és ez talán a phagocytosis megkönnyítése szempontjából nagyjelentőségű. A prontosilnak visszérbe fecskendezésekor észlelhető hidegrázás is a bakteriumok szétesésére és a belőlük kiszabaduló toxinokra vezethető vissza.

Klinikai hasznuk többnyire általánosan ismert. A szülészetben angol szerzők, Colebrook és Kenny alkalmazták először az új gyógyszert és sikerült nekik a gyermekágyi láz halálózását 24%-ról 8%-ra lezörítani, noha nem egy esetben csak kis adagot alkalmaztak (2.8 g.) Külföldi szerzők emlígyulladás esetén is jó hatást láttak. Érdekes és figyelemreméltó kísérletek folynak helyi alkalmazásával is, pl. Jaeger erosiós és cervicális fluor kezelésére helyileg a prontosilt használta igen jó eredménnyel.

A Gyöngyösi úti szülészeti osztályon a hazai gyárak készítményeit vegyesen használtuk, így a para-aminobenzolsulfamidot tartalmazó deseptyl-t, ambesidet és sanamid-ot, továbbá az azobenzolsulfonat tartalmú sanochrom-ot. A készítmények között hatásban eltérést nem tapasztaltunk, de mégis többnyire a deseptylt használtuk, mert ez állott leginkább rendelkezésünkre. Általában szájon át naponta 3x2 tablettát adtunk; a hatás teljesen kielégítő volt; belső adagolásra savhiányban szenvedő betegeknek egyidejűleg néhány csepp híg sósavat is adtunk. Esméletlen és súlyos sepsisben szenvedő betegeknek intramuscularis injectio alakjában ad-

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

Soós Aladár: Étrendi előírások IV. bővített kiadás	Sajtó alatt.
Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája. 230. old., 110 ábra és 16. old. műmelléklettel	5.— P
Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdő- 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
Krepuska István: A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana	4.— P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvétellel történő rendeléskor a portóköltésget is felszámítjuk.

tuk a gyógyszert, főként a vérrel gyengén ellátott szövetek mély phlegmoneja esetén. A visszerbe adást kerültük, mivel a külföldi irodalomban a prontosil intravenás alkalmazásával kapcsolatban egy halálos eset ismeretes (Sommer), aminek magyarázata vagy egyéni túlérzékenység, vagy a bakteriumok pusztulása következtében a szervezetet elárasztó nagymennyiségű toxinhatás volt.

Ez alkalommal 85 esetről kívánok beszámolni, jórészt szülészeteti esetekről. Megelőzősképpen is adtuk a gyógyszert, mikor az asszony intézetben kívül nem steril körülmények között szült, vagy a szülés előtt olyan körülmények adódtak, melyek a fertőzést előmozdítják, mint pl. intézetkivüli burokrepedés, előesett köldökzsinór, bélsaras szeméremrés, stb., vagy olyan esetekben, mikor nagyobb, vagy fertőzés veszélyével járó szülészeteti beavatkozás történt. Két vesemedencegyulladásos beteget is csak deseptyllel kezeltünk, mégpedig kitűnő eredménnyel, u. i. már másnapra láztalanok lettek és a harmadik napon a vizeletükben már nem volt geny. Emlőgyulladás esetében nem volt alkalmunk a gyógyszert kipróbálni, mivel osztályunkon ez csak igen ritkán fordul elő, a megfelelő bimbókezelés miatt. Az esetek jórésztében a gyermekágyban lázas betegeknk adtuk a gyógyszert, mikor a láz oka vagy tényleges sepsis volt, vagy olyan gyermekági elváltozás, mely gyermekági láz kiindulása lehet, mint pl. endometritis, parametritis, ulcus puerperale, stb.

A kezelt 85 beteg közül egy sem halt meg, habár néhány súlyos sepsis eset is volt közöttük, melyekről a következőkben számolok be: Betegeink a kezelés szerint általában három csoportba oszthatók:

1. akik prophylaktikus célból kapták a gyógyszert;
2. akik a gyermekágyban lázasok voltak és csupán ily szerekekkel kezeltettek;

3. végül azok a septicák, akik kombinált kezelésként sulfonamid adagolása közben először 33%-os alkoholinfuziót kaptak, majd vérátömlesztést és utána még két ízben 8 napon belül antistreptococcus gyógyszerét. Ez utóbbi eljárásokkal támogattuk a sulfamid gyógyhatását, amennyiben egyrészt az alkohol és gyógyszer megköti a bakteriumok szétesése közben felszabaduló mérgeket, másrészt a vérátömlesztés ellensúlyozza a szer huzamosabb adagolására jelentkező kífokú vörösvérsejt-szétesést. A gyermekági lázas betegségekben az új szer gyógyító hatása nem kismértékben a gonorrhoea elleni jó hatásának is köszönhető, hiszen köztudomású, hogy a gyermekági betegségek egy részét a már fennálló gonorrhoea idézi elő. — A sulfamid gyógyszerek mellett természetesen a gyermekágyasnak szükségszerűen a méhösszehúzó szereket és a reconvalescentia idején tüszőhormont tartalmazó terhsvizeletet és C-vitamintartalmú citromnedvet is adtuk, melyek a méhgyulladás gyógyulását elősegítik.

Ime néhány érdekesebb esetünk:

24.753—1937. flsz. szülőnőből cotyledo retentio után bűzös lepenyrészt távolítottunk el. Miután 3 napig megelőzősképpen deseptyl-t kap, teljesen láztalan lefolyású gyermekági után gyógyultán távozik.

24.758—1937. flsz. szülőnő közvetlenül szülés előtt jelentkezik, úgyhogy a bélsárral szennyezett szeméremrés már le sem mosható. Prophylaktikusan 3 napon át napi 6 deseptyl tablettát kap. Láztalan lefolyású gyermekági után távozik.

25.313—1937. flsz. szülőnő intézetben kívül belsőleg vizsgálták. A harmadik naptól a 9.-ig váltakozva lázas. A gyermekági 10. napján fehérvérsejtszám: 18.200, 58% a lebenyezett magvú fehérvérsejt és 20% a pálcika-alakú. Betegsége első három napján deseptyl tablettát kap, majd később újból a 6-tól a 13. napig. A gyermekági 18. napján egészen távozik.

25.882—1937. flsz.: A közvetlen szülés előtt jelentkező és így szabályosan elő sem készíthető először szülő nő már felvétele előtt lázas volt. A burok intézetben kívül repedt. Spontan szülés után a 3. napon lázas lesz; hüvelyvarrata duzzadt, de nem lepedékes s 31 nap alatt 14 ízben volt hidegrázása. A folyamat gyermekági méhbelhártyaloból indult ki, a veséket is érintette, amit jelzett a vizeletben megjelenő vér és vesealakelemek. A gyermekági harmadik napjától a hetedik napig sanamid-ot, illetőleg deseptyl-t kap, majd a mutatózó szederjesség miatt kénytelenek vagyunk a 15. napig azt kihagyni, hogy azután újból a 28. napig adagoljuk. A kezelés alatt egy ízben 200 ccm 33% alkoholt adunk érbe, 3 ízben kapott antistreptococcus savót és ugyancsak egyszer azonos csoportbeli vérátömlesztést. Végül a szülés utáni 31. napon láztalanul, kífokú méhbelhártyagyulladás távozik, melyet otthon kezeltet tovább.

25.793—1937. flsz. Az először szülő nő burka intézetben kívül repedt meg. A rosszabbodó szívhangok miatt üregi fogót alkalmazunk, miközben a hüvelyi boltozatra is ráterjedő méhnyákrepedés keletkezik, melyet szabályosan el látunk. Az asszony a szülést követő második naptól lázas a 9. napig, majd utána subfebrilis a 15. napig. Közben két ízben hidegrázása van. Endometritisen kívül a láz okául egyéb objectív elváltozás nem mutatható ki. A beteg közvetlen a szülés után már deseptyl-t kap és ezt a gyógyszerelést folytatjuk a 13. napig; közben egy ízben alkoholt és egyszer antistreptococcus savót kap. E kezelés következtében már a szülés utáni 4. napon, tehát a lázas szak második napján a vérképben 2% eosinophil fehérvérsejt jelenik meg. A 21. napon gyógyultán hagyja el osztályunkat.

A 25.149—1937. flsz. szülőnő spontan szülése alatt subfebrilis. A gyermekági harmadik napján hidegrázás, ami hat nap alatt még kétszer ismétlődik. A láz a gyermekági 33. napjáig tart, a 3. naptól a 21. napig a beteg deseptyl-tablettát kap, közben egy ízben intravenás alkohol infuziót és antistreptococcus savót. A 18. napon a méh mellett az ágyéktájon praepéritonealisan elhelyezkedő tályog képződik, melyet a lágyéktáj felől megnyitunk. A 21.-től a 26. napig ambesid-inj.-t adunk a betegnek. A 29. napon újból kirázza a hideg, ami a geny tökéletlen kiürülését jelzi; ezért újabb bemetszést végzünk, mégpedig most már az ágyéktáj felől, mivel a tályog oda terjed. Ezen a napon vérátömlesztést is kap a beteg és pár napig újból deseptyl-tablettát. Mindezen gyógyszerelést méhösszehúzó, lázcsillapító és méhbelhártyagyulladást csökkentő tüszőhormonnal támogatjuk, végül is a beteg a gyermekági 62. napján egészségesen távozik.

25.944—1937. flsz. Másodszor szülő nő, sima lezajlású szülés után a gyermekági második napján lázas lesz, ami intermittálóan a gyermekági 34. napjáig tart; közben 4 ízben kirázta a hideg. Belső vizsgálattal kétoldali méhfüggelékgyulladást állapítunk meg; a 11. napon sárgaságot kap, ami *septicus cholangitis* következménye. A beteg az első lázas naptól a 34. napig deseptyl tablettát kap, közben a jelentkező hányinger miatt 3 napig injectio alakjában kapja a gyógyszert. Kezelésünket két vérátömlesztéssel és egy ízben antistreptococcus savóval támogatjuk, amellel természetesen a *septicus cholangitist* insulinnal és cukorinjectiókkal gyógyítjuk. Ilyen kezelés mellett a gyermekági 43. napon a sárgaság elmúltával kis méhmeletti izzadmánnyal gyógyultán távozik.

A sulfonamid therapia bevezetése következtében az 1937. esztendőben egyetlen gyermekágiast sem veszítettünk el, míg az előző évben ugyanolyan forgalom mellett volt gyermekági sepsises halálozásunk. Ebben az esztendőben elvesztettünk egy méhenkívül terhesség miatt operált betegünket hashártyagyulladás következtében; ebben az esetben azonban a beteg csak a hashártyagyulladás felléptekor kapott sulfamidot, amittől életmentő gyógyhatás már nem várható. Meghalt egy erős vérzés miatt ujjal befejezett *septicus vetélő* is, amikor is a gyógyszerelés már csak akkor volt kezdetű, mikor a fertőzés életfontos szerveket, mint a szív, máj, lép, vese bántalmazott.

Itt szeretnék kitérni e vegyületek egyesek által hangoztatott ártalmas hatására. Kétségtelen, hogy egyes esetekben cyanosist észlelünk, ezt a jelenséget Hajós egyszerűen szívelégtelenségnek tartja. Török a szeder-

jességet túlzott egyéni érzékenységnek tulajdonítja; *Lévy* huzamosabb adagolás esetében vörösvérsejt és vérlemezke pusztulást észlelt, amit vizont *Kostyál* megcáfol. Vörösvérsejtpusztulás észlelésünk szerint kétségtelenül van, ezt azonban a septicus folyamat vörösvérsejt szétesést előmozdító hatása is okozhatja. *Borst* egy betege esetében agranulocytosist észlelt, ezt azonban mások nem erősítették meg. *Discombe* a cyanosist sulfhaemoglobinaemiának tartja. *Paton* a methaemoglobin-képzést helyezi előtérbe és csak igen sok kénnek a szervezetbe jutásakor észlelt sulfhaemoglobinaemiát. Osztályunkon is gyakran észleltünk eleinte cyanosist mindaddig, míg el nem hagytuk a liquiritia comp.-át tartalmazó hashajtót, melyben kén is van. Azóta csak elvétve fordul elő, hogy némelyik beteg a gyógyszer adagolása alatt cyanotikussá válik, ez azonban a szer kihagyása után elmúlik.

Összefoglalva az elmondottakat:

1. A sulfamidgyógyszerek igen értékes szerek a septicus folyamatok és így a gyermekági láz kezelésében.

2. A gyógyszert lehetőleg korán, a septicus folyamat kezdetekor kell adnunk, mielőtt még életfontos szervek nem esnek a betegségnek áldozatul. A gyógyszerből kis adagokkal kísérletezni nem érdemes, hanem legalább napi 2.4 g-ot kell adnunk belsőleg.

3. Kezelésünket igen célszerű antistreptococcus gyógysavóval és a vörösvérsejtszétesés miatt vérátömlesztésekkel támogatni. E gyógyszerek mellett természetesen méhösszehúzó is ajánlatos adni.

4. A kezelés kapcsán néha észlelhető szederjeség, veszélytelen melléktünet és észlelésünk szerint vagy az egyidejűleg adagolt kénes gyógyszerek, vagy a septikus betegség kapcsán támadt szívelégtelenség következménye. Minden esetben azonban a gyógyszer néhány napos kihagyása után nyom nélkül elmúlik.

is olyan hangbeli effectussal jár, amely az articulációs szervekkel együtt hangzót hoz létre.

Ezek régen ismert tények. Megállapították azt is, hogy a levegőreservoir rendszerint nem marad a gyomorban, hanem feljebb „vándorol” a bárzsingba. Ez főleg régen operált betegeken tapasztalható, akik hosszú ideje használják a pseudohangot.

A klinika gazdag műtéti anyagán alkalmam volt phoniatriailag kezelt betegeket hosszú évekkal az operatio után is megfigyelni. 150-re tehető a hangkezelésben részesültek száma, akiknek hangos beszéde a több éves gyakorlat által zavartalanná, zökkenéstelenné és jól érthetővé vált. A kezelés rendszeren hat-nyolc hétig tartott. Ezalatt a betegek jól érthető és modulációképes hangot sajátítottak el, amelynek segítségével foglalkozásukat is elláthatják.

A régen operált és hosszú ideje pseudohangon beszélő betegeken feltűnt, hogy beszédjük jellege megváltozott; u. i. beszélés közben nem nyelik már, hanem szívják a levegőt, vagyis egyidejűleg a belégzéssel levegőt inspirálnak nyelőcsőjükbe, illetve a hypopharynxba. Az egészséges ember rendes viszonyok között szintén szív levegőt bárzsingjába, amit *Stupka* oesophagoskop segítségével ellenőrzött.

Az utóbbi időben igyekeztem ezt a körülményt felhasználni és kipróbálni, nem lehetne-e a levegőnyelés helyett már a kezelés elején beszívásra megtanítani a beteget. Erre a gondolatra az a megfigyelés is vezetett, hogy az egyik teljes-exstirpation átesett beteg a második kezelés alkalmával már kitűnően érthető szavakat ejtett ki, még pedig úgy, hogy a belégzéssel egyidejűleg a szájába kapta a levegőt és minden nyelés nélkül képezte a hangot. Ezt továbbfejlesztve, a beteg körülbelül két hét alatt tökéletesen érthetően és folyamatosan tudott beszélni.

A legközelebbi beteg kezelését kidolgozott tervvel kezdtem meg. Az első alkalommal *Stern* eljárása szerint szénsavat tartalmazó folyadékot kapott a beteg, hogy könnyebben böfenthessen és így néhány hangot tudjon adni, s ezzel a pseudohang jellemző színét saját magán hallhassa. Legközelebb arra tanítottam, hogy száját becsukva, a canule-ön történő belégzéssel egyidejűleg próbáljon levegőt felszívni. Ez lehetséges, mert *Stern* megfigyelése szerint az oesophagus a gége helyén ballonszerűen képes kitágulni és összehúzódva a levegőt magából kisajtolni. Már előbb, 1887-ben *Strübing* és *Landois* megállapította egy totalexstirpált betegen, hogy a pharynxüreg mint fújtató működik, szívja és kipréseli a levegőt.

Erre vall az az általánosan megfigyelt tünet is, hogy ha a beteg nyaka kissé be van pólyázva, könnyebben képes hangot adni, amit a kezelés megkönnyítésére állandóan alkalmazni szoktam.

Egy 74 éves betegen, akinek nyakizmai petyhüdték voltak, a garat ballonszerű megnagyobbodása kívülről is annyira látszott, hogy meg lehetett figyelni belégzéskor a nyak felfúvódását és a ráhelyezett kézzel ki lehetett sajtolni a levegőt. Ha a beteg megfelelő hangzóra állította be a szájüregét, külső nyomásra erősebb, vagy gyengébb hangot hozott létre.

Feltevéseim helyességét a röntgenvizsgálatok is igazolták, amelyeket klinikánk röntgenológusa, *Szolcsányi* tanársegéd végzett. Néhány év előtt operált betegeket vizsgáltunk, akik maguktól rájöttek a levegőszívásra, valamint új betegeket, akiket már a módosított eljárással kezeltem. Mindegyik gyomorlégőhólyaga erősen megnagyobbodott volt. A légőhólyag beszéd köz-

A Pázmány Péter Tudományegyetem Orr-, Gége- és Fülklinikájának közleménye. (Igazgató: Lénárt Zoltán ny. r. tanár.)

A gégeexstirpáltak hang- és beszédfejlesztésének módosított eljárása.

Írta: Dénes László dr., a phoniatriai osztály vezetője.

Gutzmann, *Stern*, *Seemann* stb. vizsgálatai óta kevés újat lehet mondani a gégeexstirpáltaknál keletkező vikariáló-hang keletkezéséről. Főleg *Stern* vizsgálatai voltak alapvetőek. Hatalmas anyagon nagy alaposággal és intuícióval állapította meg nemcsak a vikariáló-hang lényegét, hanem még szellemes eljárást is kitalált annak kifejlesztésére.

A gége teljes eltávolításával a hangképzéshez szükséges három peripheriás szervből (tüdő, gége, szájüreg) kettő ki van iktatva. A gége el van távolítva, a légcsőnyílás a nyak bőrébe van kivarrva. Pótolni kell tehát a levegő-tároló szervet és a glottist. A glottis pótlása nem nehéz, mert bárhol, ahol a beteg a garatban kis rést tud képezni, létrejön a pseudoglottis. A levegőtartály — *Stern* beható vizsgálatai szerint — a gyomorban keletkezik a megnagyobbodott gyomorlégőhólyagból. A gyomorba lenyelt levegőt a beteg böfentéssel juttatja az ál-glottishoz, ami az articulációs szervekkel együtt érthető beszédet tesz lehetővé.

Helyesen hangsúlyozza *Stern*, hogy tulajdonképpen nincs is pseudoglottisra szükség, mert a böfentés maga

ben hol nagyobb, hol kisebb lett és azt, hogy a levegő a gyomorba nem nyelés, hanem szívás következtében jutott be, az döntötte el, hogy a gyomorlégőanyag mindig akkor nagyobbodott meg, mikor a rekesz leszállt, vagyis belégzés közben. Nyelés és belégzés egyszerre nem történhetik, így nyilvánvaló, hogy levegő a gyomorba nem nyelés, hanem szívás útján jutott. A röntgenernyő alatt inspiratio közben a nyelőcső szinte kigyózó mozgása és felvillanásai figyelhetők meg, ami az oesophagusba jutó levegőt mutatja. *A bárzsing tehát szinte a légcső szerepét veszi át.* De a nyelőcső maga is szolgálhat levegőtartóképpen, mint azt *Seemann* már régebben leírta, aki hangsúlyozta a bárzsing levegőtároló szerepét és *Stern*-nel szemben tagadta, hogy a gyomor, mint levegőreservoir szerepelhet a vikariáló hangnál.

Azt hiszem, úgy egyeztethető össze a két nézet, hogy *Seemann* eseteiben az első levegőtartály a hypopharynxban jött létre és ennek a szívóhatása tovaveződött az oesophagusra. *Stern* eseteiben természetesen mindig létrejött a megnagyobbodott gyomorlégőanyag, mert az ő eljárása éppen a levegőnyelést és a ructust helyezte előtérbe.

Az orron és szájon át való levegőbeszívás eddig eléggé nem méltányolt fontossága, hogy a szaglást csak ez teszi lehetővé. Szaglás érzetét csak az váltja ki, ami beszívás közben levegővel keverten az orr felső harmadában lévő r. olfactoriához jut. Az orrnak ez a része a septum felső- és a felső orrkagyló középső része, melyet más nyálkahártya borít, mint a r. respiratoriát és amely a különleges *Bowmann*-féle mirigyeket tartalmazza.

Gégeexstirpáltak szaglása teljesen megszűnik, mert a beteg a trachealis nyíláson keresztül szívja be a levegőt és az orr-száj a légzésből teljesen ki van iktatva. A betegek ezt eleinte nagyon kellemetlenül érzik, mert evés közben az izlés egyik fontos tényezője, a gustatorikus szaglás hiányzik. A leírt ál-hangképzés alapja az orron, szájon át való levegőbeszívás, ezért a betegek szaglása nem vész el. A levegő beszívásával a szaglás is helyreáll, sőt néha éppen a szaglás erős ingerlésével (pl. szalmiákszesszel, stb.) készítjük a beteget a tüszőszentést megelőző mély inspiratióra. Ezáltal a tüszőszentési inger kiváltása is gyógyító tényezővé válik.

Eddig 18 beteget kezeltem a levegő beszívásával. Ennek előnye főképpen abban áll, hogy a betegek sokkal gyorsabban sajátítják el a pseudohangot. Az álhang elsajátítása a levegőnyelés által átlag nyolc hétig szokott tartani, a levegő beszívásával ez az idő maximumán 3—4 hétre csökkent. Az így tanított betegek gyorsabban sajátítják el a folyamatos beszédet is, mert a levegőt nyelni és azt kilökné hosszabb ideig tart, mint a légző mozgással beszívni és hangzóvá változtatni.

A nyeléssel járó hangképzésben erősen zavaró körülmény a canule-ön történő légzés és a beszédfejlesztés egyik célja éppen ennek a synchronisatióknak a megszüntetése, amivel elérhető, hogy a bárzsingba való levegőbeszívást és kilökést a beteg olyan céltudatosan tudja végezni, hogy már az első napokban megszűnik a canul-légzés zavaró hatása.

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

A székesfővárosi Szent László közkórház fül-, gégeosztályának közleménye. (Osztályvezető főorvos: Krepuska István egyetemi magántanár.)

Spontan sinusrepedések fertőző fülbetegségek kapcsán.*

Írta: *Galcsik Boldizsár dr.*, alorvos.

A heveny fertőző betegségekhez társuló mastoiditishez igen gyakran szövődik sinus phlebitis. Nem ritkán néhány napos otitis kapcsán csonttályogot találunk, a csont roncsoló folyamata oly gyors, hogy a sinus sigmoideus csontos tokja is kisebb-nagyobb területen elpusztul, a szabadon lévő sinusfalat pedig geny veszi körül. E szokatlanul rohamos előrehaladás jellemző a fertőző betegségekhez csatlakozó fülbajra. Nem ritka kép a lobos, duzzadt sarjakkal borított sinusfal egészen korai esetekben, máskor szinte fátyolszerűen elvékonyodhat, sőt ki is boltosulhat a beteg sinusfal. A kívülről befelé terjedő folyamat arrodálhatja a szabadon lévő érfal rétegeit. Ezért igyekezünk a beteg csontállomány alapos kitarakítása mellett a sinustokot kipraeparálva ok nélkül nem megnyitni, ha nincs gyanúnk sinusfolyamatra (*Wanner*). A műtétkor esetleg még teljesen, vagy csak szemre ép sinusfal a természetes védelemétől, a vitreától megfosztva, műtét után másodlagosan is megbetegedhetik a fertőzött sebüreg felől. (*Kriegsmann* szerint 2%-ban.) Nem tisztán szabaddá tevés, hanem a műtét közben ejtett és észre nem vett apró sérülések, tamponnyomás is szerepelhet (*Rejtő*). Anatómiai praedispositio már döntő lehet a szövődmények kialakulásában: proximalis-lateralisan fekvő sinus, csontalkat (*Krepuska G.*). A sinus falában lévő gócba gyanakodhatunk, ha a sinusfalon sarjadzás nem indul meg.

A beteg sinusfal a nyugtalan beteg erőlködése, köhögése, sírása következtében könnyen megrepedhet. Heveny fertőző betegségek kapcsán heveny otitises, mastoiditises esetekkel állunk szemben, esetleg régebbi fülbajok exacerbációjáról van szó, — amikor a műtéti beavatkozás halaszthatatlan, — ezért műtét nélküli spontán sinusrepedést nem észleltünk, kizárólag postoperatív esetekről számolhat be 1930-tól 1938. júniusig terjedő időben, majd 9 évi anyagról szóló összefoglalásunk.

A sinusruptura előidézésében szerepel: 1. a sinusfal veleszületett alkati gyengesége, 2. a beteg kora (főleg gyermekkorban fordul elő, amikor még az érfal rétegei fejletlenek), 3. a septikus kórokozó nagymennyiségű, heves invasiója.

A sinusrepedések prognosisa összefoglaló táblázatunk tanúsága szerint igen komoly. 5240 műtétünk kapcsán 17 spontán sinusrepedést láttunk, ezek közül csak 4 gyógyult meg. Az ilyen betegek legtöbbször általánosan legyengült állapotban vannak, könnyen sepsis fejlődhet ki az esetleg jelenlevő fali thrombusból kiinduló embolia útján, de a beteg érből falában feltételezett góc vérrög nélkül is okozhat áttételt a véráram vagy nyirokáram útján. Hangsúlyozni kell, hogy a betegek közvetlen halálókaiként egyéb szervek részéről támadt szövődmények is közreműködtek legtöbbször.

Kimutatásunkból világosan kitűnik az is, hogy a vörhenyes esetek túlsúlyban, a streptococcus

* A Magyar Fül- és Gégeorvosok Egyesületének VI. nagygyűlésén, 1938. június 17-én tartott előadás nyomán.

Sorszám	A beteg		Alap betegség	Fülbetegség	Beavatkozás, műtéti lelet	Spontán sinusvérzés	Jugul. leukót.	Egyéb szövődmény	Gyógyult, meghalt	Kórbonctani lelet	Megjegyzés
	neme	kora (év)									
1	♂	6	dipht.	ot. med. sup. l. u. (V. 12.)	Antrot. l. u. (V. 21.) Jobb o. proximalisan fekvő sinusfal lencsényi nagys. szabaddá válik, macrosc ép.	1930. V. 23. ¹	VI. 3.	meningitis.	† V.	Mening. purul. Sepsis	kötözésnél ismétlődik
2	♂	37	influenza	ot. med. sup. chron. cholest. l. s. (3 éve)	Atticoantrot. (XII. 7.) Aditus, dobüreg gyöngyda-ganattal kitöltött, sinus fala necrotic.	1930. XII. 8.	XII. 8.	meningitis	† XII. 12	Mening. purul.	
3	♂	6	scarlatina	ot. med. sup. l. u. (felv. előtt 1 héttel)	Antrot. l. u. (II. 9.) Bal o. lateralisan fekvő sinus-tok lencsényi nagys. hiányzik, sinus falon felrakódás.	1931. II. 19.	II. 20.	empyema thorac st .	† III. 4.	Tonsil., pharyng. et laryng. diphther. Bronchopneum. dissem. Empyema thor.	
4	♂	3	scarlatina. pert.	ot. med. sup. l. u. (XII. 31.)	Antrot. l. u. (1932. I. 22.) Jobb o. proxim. és later. futó sinusfal egész hosszában szabaddá válik.	1932. II. 9. ²	1932. II. 9.	abscessus pulmon.	† III. 24.	Thrombophleb. sinus sigm. l. d. abscc metast. pulm. Empyemathor	Pertusis rohamná
5	♀	17	scarlatina, dipht.	ot. med. sup. ac. l. d. (II. 24.)	Antrot. l. d. III. 1.) Sinus sigm. közepén a tok lencsényi nagys. hiányzik.	1932. III. 16.	III. 16.	polyneuritis post dipht. (Sarbo pr.)	Gy. V. 21.	Tisztán sarjadzó sebüreggel ideggy. sanat-ba viszik	
6	♂	2	scarlatina	ot. med. sup. l. u. (III. 8.)	Antrot. l. u. (III. 10) Jobb o. a sinusfal kis-lencsényi ter. szabadon.	III. 19. ³	III. 21.	bronhopneumonia.	† III. 30.	Thromb. sinus sigm. et. transv. Infarc. emoll. Pulm. Bronchopn.	encsényi ekélyből
7	♀	22	morbilli.	ot. med. sup. l. d. (IV. 7.)	Antrot. l. d. (V. 9.)	V. 10. ⁴	V. 10.	—	† V. 18.	Sepsis	sinusfal kender-magnyi domb
8	♀	36	erysipelas.	Stat. p. antrot. l. d.		III. 5.	IV. 19.	áttéti izomtályogok comb., háton	† VIII. 27.	Sepsis	
9	♀	7	scarlatina	ot. med. sup. l. u. (VI. 27.)	Antrot. l. u. (VII. 3.) Bal. o. a sinusfal lencsényi területen szabaddá válik, ép.	VII. 10.	VII. 10.	Polyarthrit. metast.	† VII. 27.	Coxitis purul. et arthr. sternoclavic. purul. d.	
10	♂	6	scarlatina	ot. med. sup. l. d. (II. 5.), sup. l. s. (III. 18.)	Antrot. l. d. (II. 7.) l. sin. (III. 30.) Bal o. előlfekvő sinus szabadon.	III. 28.	Nem vált szüks.	—	Gy. IV. 28.		
11	♂	5	scarlatina	ot. med. sup. l. s. (III. 2.)	Antrot. l. s. (III. 14.) A papírvékony sinostok lencsényi nagys. elvételük, sinusfal macrosc. ép	IV. 1.	IV. 2.	—	Gy. IV. 16.		
12	♀	3	scarlatina	ot. med. sup. l. u. (XII. 26.)	Antrot. l. u. (1937. I. 2.) Jobb o. a sinus középső harmadán a sinusfalat geny veszi körül.	1937. I. 9.	I. 10.	Meningitis.	† VI. 18.	Mening. pur. abscc. cerebelli.	
13	♂	1	infl. enterocol.	ot. med. sup. ac. l. u. (II. 23.)	Antrot. l. u. (II. 25.) Jobb o. előlfekvő sinus fala fillérnyi nagys. szabadda válik, ép.	III. 8.	III. 8.	Tbc, pulm.	† III. 18.	Leptomening. pur., tbc. pulm.	
14	♀	4	scarlatina	ot. ac. l. u. (II. 16.)	Antrot. l. u. (II. 22.) J. o. papírvékony sinustokon áttűnik a sinusfal egész hosszában, középső szakaszán a tok hiányzik, sinusfalon felrak.	III. 7. ⁵	III. 7.	—	† IV. 4.	Endphlebitis sinus sigm., abscc. metast. pulm.	sinusfalon lencsényi fekély
15	♀	6	scarlatina septica.	ot. med. sup. l. d.	Artrót. l. d. (III. 22.) Sinus csontos tokja pengőnyi nagys. hiányzik, sinusfal vérbő.	IV. 2.	IV. 2.	—	† IV. 4.	Pleuropneumonia l. d.	
16	♀	2	scarlatina	ot. med. l. u. (IV. 17.) J. o. fac. peresis.	Antrot. l. u. (IV. 19.) J. o. a sinusfal fillérnyi nagys. szabadon, vörhenyes felrakódással, B. o. sinus-tok lencsényi nagys. elvételük, fal vérbő.	IV. 26.	IV. 26.	—	† IV. 26.	Anaemia univ. (kivérzés.)	
	♀	6	scarlatina	ot. med. l. u.	Antrot. l. u. (IV. 29.) Mindkét o. a sinusfal kis-lencsényi nagys. szabaddá válik, ép.	V. 11.	V. 12.	Bronchopneum. l inf. l. u.	† V. 25.	Boncolás a család kérésére nem volt.	

kórokozó gyors roncsoló hatása, ill. a fülgeny és csontkaparék bakteriologiai leletének jelentősége vitathatatlant (Germán).

A gyors klinikai lefolyásból következik, hogy fertőző betegségek kapcsán a csecstüreg sebészi ellátását lehetőleg korán végezzük. Idejében végzett műtéttel megakadályozhatjuk a fertőző góc szétszóródását, a folyamat általánosulását és elkerüljük az otogén pyaemiát. Septikus lázak, esetleges hidegrázás, mely gyermek esetében gyakran hiányozhat, hányás, positiv haemocultura, vérszövettani vizsgálat és a sinusfalán nagyobb arrodált terület, amelynek restitúciójára nincs remény, mind arra int, hogy korán kössük le a vena jugularis internát a sinus sigmoideus kiiktatása végett. A beteg intima könnyen összetapad és az érfal legtöbbször hamar thrombotisál. Némely felfogás azért nem értékelik kellőképpen a ligatúrákat, a fertőző góc, a beteg érfalrészlet kiiktatását, mert olyan későn végezték, amidőn az in ultimis levő betegeken már semmi sem segíthetett. Innen magyarázható a kedvezőtlen eredmény, amely úgyszólván egyforma, — ha nem rosszabb — mint a lekötés nélküliek. Általában itt is külön kell mérlegelni az egyes eseteket, sohasem általánosítani, de viszont nem is elsietni, mert az egyidejűleg vagy később kétoldalúvá válható sinusfolyamat óvatosságra figyelmeztet.

A sinusrepedés következtében elvesztett vérmenyiség pótlására, másrészt rendszerint legyengült szervezet megerősítésére inkább gyakori, de egyszerre nem nagy mennyiségű vérátömlesztést végzünk, másodnaponként, szükség esetén akár naponta, kb. 80 ccm-t egy alkalommal (Krepuska István, Bosányi). A minden súlyos vörhenyben szokásos serologiai kezelés (reconv. savó), amely a szövödmények kifejlődését enyhíti, fokozatosan ajánlatos sinus szövödmények ellen, glykose, deseptyl, ascorbinsav egyidejű adásával.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Monocyta-leukacmia. Evensen, Hall, Schartum, Hansen. (Acta Med. Scand. 1938. XCVI. II—IV. 129.)

52 éves asszony kórtörténetét közlik. Felvétele előtt 2 hónappal foghusa megduzzadt, fájdalmas lett, a rágás és nyelés is fájdalmat okozott. A beteg fáradtságról, levertségről panaszokodott. Állapotán a rossz fogak eltávolítása sem javított. Felvételnél a vérkép: vvs.: 1.520.000; Hb.: 35%, Fvs.: 17.300. Promyeloctya: 0.25%, Myelocytia: 0.25%, Ju.: 0.5, St.: 4%, Sg.: 26.50%, Eos.: 75%, Mo.: 17.5%, Ly.: 42.75%. (Egy hónap múlva — transfusio után — vvs.: 2.3 millió, Hb.: 63%, Fvs.: 33.800.) Myelocytia: 1%, Ju.: 0.5, St.: 4%, Sg.: 10.5%, Eos.: 0.5%, Ba.: 0.5%, Mo.: 66.50%, Ly.: 16.50%.

A beteg állapota állandóan romlott, a nyirokcsomók, máj és lép megnagyobbodott, végül fekélyesedések támadtak a szájon és a tonsillákon és magas láz. A betegség egész tartama alatt (4 hónap) testszerte maculo-papulosus exanthemát észleltek. Egy ilyen csomócska szövettani vizsgálatát elvégezve, kitűnt, hogy az ép epidermis alatt a coriumban, s a bőr alatti zsírszövetben diffusz sejtinfiltratio van: a sejtek egyformán mononuclearisak voltak, ovalis, orsó- és vesealakú maggal. A halál előtt a Fvs.: 147.440, St.: 2, Sg.: 55, Mo.: 82%, Ly.: 10.55%. A vvs.-süllyedés a betegség folyamán 70—128 mm/óra Westergreen szerint. Az ismételt elvégzett sternumpunctio eredményei megfeleltek a peripheriás vérképnek.

Boncolási lelet: a nyelv és garatmandulák erősen duzzadtak, fekélyesek, a bél Peyer-csomócskái hypertrophiásak, máj és lép megnagyobbodtak. Szövettani vizsgálat a lépben és tonsillákban kiterjedt sejtinfiltrációt mutatott ki, mely sejteket a szerzők monocytáknak tartják. A sejtek egyforma, sokszögű mononuclearisak voltak, sejtközi állomány hiányzott, az epithel nem volt gyulladással.

Gorka Tivadar dr.

Sebészet.

A légzéssel kapcsolatos pyelogramm alkalmazásáról paranephritikus tályogok diagnosztizálásában. Heiligenfeldt. (Zbl. 1938. 28.)

A szerző a metastatikus paranephritikus tályogok diagnosztizálására a ki- és belélegzőkor felvett pyelogrammos vizsgálatairól számol be. A pyelogramm ki- és belélegzőkor úgy készíthető el külön-külön, hogy a beteg helyzete ne változzék meg. Rendszerint a jobb oldali vese légzési eltolódása $\frac{1}{5}$, ill. $\frac{1}{3}$ -dal kisebb, mint a baloldalié. Ha skoliozis nincs jelen, úgy ezen eltolódások megváltozása a vesével kapcsolatos betegségre utal. Két légzéssel kombinált pyelogrammal felismert paranephritikus tályog lefolyását ismerteti a szerző. A vizsgálati eljárás sok esetben biztosította már akkor a pontos kórismét, mikor a többi (vizelet, functionális vizsgálat, pyelogramm, stb.) nem járt kielégítő eredménnyel.

Roska Lajos dr.

Peroralis cholecystographia értékeléséről. W. Lutz és H. Seyfried. (Klin. Wschr. 1938. 27. sz.)

A peroralis cholecystographia alkalmával az epehólyag telődésének elengedhetetlen feltétele a contrastanyag felszívódása a bélből és az ezt követő kiválasztása az epe által. A szerző kb. 70 egészséges és beteg emberben vizsgálta a jódtartalmú contrastanyag sorsát. Egyedül érdemlegesnek a felszívódás időbeli lefolyását és görbéjének jellemző formáját tekinthetjük. Normalis körülmények között karakteristikus a jódgörbe hirtelen emelkedése. 5 óra múlva éri el a csúcspontját. A süllyedése egy bizonyos fokú maradéktélig szintén gyors. Ilyen körülmények között, vagyis a fentvázolt görbe esetén az epehólyag jól telődött. Hányás alkalmával a görbe nem éri el a csúcspontját, de annál magasabb minél későbbben következik be a hányás. Jódgörbe birtokában kiválaszthatjuk azokat az eseteket, ahol a görbe szabályos. Szabályos görbe és nem telődés esetén állíthatjuk határozottan, hogy epehólyagbántalom forog fenn. Ikterus esetében egyáltalán nem, vagy csak gyengén telődik az epehólyag. Kitűnt ugyanis, hogy minél nagyobb fokú az ikterus és minél kevesebb epe jut a duodenumba, annál alacsonyabb jódgörbe, elhúzódott a kiválasztás és rosszabb az epehólyag telődése. Hiányzó epehólyag esetén szabálytalan a jódgörbe, mert a jó felszívódáshoz felgyülemlett, sűrű, hólyag epe kell. Ezen alapvető vizsgálatok további búvárkodásra nyitnak tág teret.

Szell Imre dr.

Szülészet.

A női nemi szervek süllyedésének és előesésének műtéti kezelése. K. Hollstein (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 117. k. I. f.)

A női nemi szervek süllyedése, vagy előesése, — az elváltozást okozó panaszok miatt — legtöbbször műtétet igényel. Talalmazza a műtétet a beteg magas kora, vagy valamely súlyos szervi betegsége. Nem végzünk műtétet terhes asszonyokon, sem olyan asszonyokon, akik még gyermeket akarnak. Ilyen esetben csak méhgyűrű behelyezésére szorítkozunk, mint kezelési lehetőségre.

A süllyedés és előesés okát elsősorban a szülésekben látja, főleg a műtétes szülésekben. A szülés következtében a méh izomzatában apró sérülések, szakadások keletkeznek, a tartószalagok kitágulnak, meglazulnak annyira, hogy feladatuknak megfelelni nem tudnak és jelentőségüket elvesztik.

A gát-tájék, amely erős izmai révén a medencének támasztó alapjául szolgál, a műtétes, vagy többszöri szülés kapcsán szintén veszít rugalmasságából, az izmok lazák, erőtlenekek lévén, fokozott összehúzódásra képtelenek, úgy hogy ezt a működésbeli hiányt kénytelenek vagyunk műtéttel pótolni, úgy hogy az izmokat összefogva egységes alapokat létesítünk.

A szerző 337 esetet vizsgált. Ezek az esetek kizárólag süllyedéses és előeséses esetek voltak, melyek műtétre kerültek. Ez esetekből 84.69% gyógyult panasz nélkül, 8.5% panasz részben visszatért általános alhasi panaszok alakjában, 6.8% pedig objectiv lelettel tért vissza.

Az összes eseteket vizsgálva a legkielégítőbb eredményt az interpositio vesico vaginalis adta. Másodsorban következett eredmény szempontjából a hátsó és mellső plastika összekötve Alexander—Adams-műtéttel.

A tapasztalati tények összességét egybevetve megállapítja a szerző, hogy a süllyedések csekély foka esetében

ellegendő a medencefenék tartó izomzatának a megerősítése. Fiatal egyének esetében az Alexander-Adams-műtét, idősebbekben az interpositio adja a legkielégítőbb eredményt. Természetes, minthogy az utóbbi két műtét nagyobb beavatkozás, a halálozási arányszám is nagyobb (1.2%).

Tarján György dr.

Klinikai hozzászólás a törpenövéshez. S. Mallow. (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 1938. 117. 2.)

Négy ugyanegy családban előforduló törpe esetét ismerteti, akik *Guggisberg* felosztását véve alapul nanosomia hyperthyreoticának feleltek meg. Szerző eseteit a klinikai kép alapján a kretin törpétől jól el tudja határolni. Ujabban ugyanis az egyszerű hypothyreosist elkülönítik a valódi kretinismustól. Természetesen csak golyvanélküli kretinokról van szó, mivel eseteiben szintén nem volt golyva. A meglehetősen részarányos négy testvér magassága 122, 137, 127 és 122 cm volt. Míg a kretinek rendszeres születnek, később tanulnak beszélni és járni, a fogak megjelenése elhúzódott a beszédjük később is hibás, a járásuk kacszázó, addig szerző 4 törpe testvére születésekor rendszeres nagyságú volt, rendszeres időben tanultak meg járni, a fogak megjelenése szintén nem különbözött az átlagtól és a járásuk sem mutatott eltérést. Közös tulajdonsága mindkét fajta törpe-ségnek a gyengeelméjűség, ami szerző esetében is fennállott. További különbség a jódtűkór viselkedése, mely a kretinokban mindig erősen csökkent, addig eseteiben nem mutatott eltérést. Az alapanyagcsere azonban a kretinokban észlelhető csökkenésnél erősebb volt és majdnem elérte a myxoedemás értéket. A közleményt abból a célból írta, hogy a törpék klinikai vizsgálatának folytatására és az egyes esetek pontos körülhatárolásának a szükségességére a figyelmet felhívja, hogy ne csak kórbonctani alapon lehessen az eseteket elkülöníteni.

Thaisz Kálmán dr.

Szemészet.

Rozsdamentes idegentestek. Dollfus és Borsotti. (Arch. d'Ophthalm. 1938. okt.)

Míg a régi, rozsdásodó vas-idegentestek a szemre nézve végzetesek voltak miatt feltétlenül eltávolítandók, addig a nem oxydálódó acélfajták, melyek a korszerű iparban használatosak, az üveg mintájára vegyileg indifferensen viselkednek. A szem jól tűri ezeket, a közegek átlátszóak maradnak és a histochemiai vizsgálatok szerint a szövetek nem károsodnak, siderosis nincs. 4 acélfajtával kísérleteztek állaton; az egyik öntvény 18% chromot és 8% nikkelt tartalmazott; a többi ismeretlen %-ban. Ezen újabb acélok magnetizálhatósága nagyfokban csökkent. Fontos tehát intraocularis idegentest esetén a kérdéses anyag ismerete; ilyen nem rozsdásodó anyag a szemre nézve veszélytelen; mivel magnéssal nem távolítható el, a csípővel való kihúzás vagy annak kísérlete nagyobb kárral jár, mintha ott maradna.

Grósz István dr.

Gyermekekori szemkidüledés. Daggart. (Trans. Ophth. Soc. Un. Kingd. 58. I.)

A szemüreg tartalmát növelheti tömlős daganat, a vénás elfolyás akadályozott volta, gyulladás (cellulitis), vérzés (szülési és egyéb sérülés, haemophilia, Möller-Barlow), levegő, stb. Az egyoldali daganatok közül a kereksejtű *sarcoma* a legfontosabb; ez gyorsan nő, pulsálhat. A próbacsapoláskor ürülő véres folyadék miatt cystára lehet gondolni. A látóideg, ill. annak hüvelyéből kiinduló daganat lassan nő, tengelyirányú kidüledést okozva; gyakran a Recklinghausen-kór részjelensége.

Kétoldali daganatok: chloroma (vérképváltozások!), továbbá a *Hutchinson-féle* daganat, szemhéjvérésekkel. A mellékvese velős neuroblastomájának áttételei megjelennek, mielőtt az elsődleges daganat (baloldalt!) tapintható lenne. Főfájás, pangásos papilla jelzi a koponyacsontok részvételt. A kulcsont belső végén található megnagyobbodott nyirokmirigyek körjelzőek (a primaer daganat oldalán). Vérbében másodlagos vérszegénység. Ugyancsak 6 éves korig észlelhető a Schüller-Christian-féle xanthomatosis; diabetes insipidus és „térkép-koponya” a rönigénképen kísérik. A Basedow igen ritka. Dermoid-tömlő csak orbitalis kiterjedés esetén okoz kidüledést. Intermittáló és megkisebbithető exophthalmussal jár a lymphangiectasia; a cavernomat szemhéji értágulatok jelzik. A szemüreg

megkisebbedését toronykoponya, dysostosis, craniofacialis és hydrocephalus okozhatják (letolt orbita-tető).

Grósz István dr.

Fülészet.

A Rejtő-féle próba klinikai értéke. Aldo Gentile. (Clin. Otrinar. ingologica della R. Università di Torino, 1938.)

Szerző a középfül-cholesteatoma fejlődésére vonatkozó különböző nézetek rövid ismertetése után megállapítja, hogy a cholesteatoma legnagyobb részét a marginalis perforatiók mellett keletkezik. Ritkábban centralis perforatiók mellett is előfordul, amikor a lenőtt széleken keresztül, mint egy hídon át nő be a hám a dobüregbe. Megkülönbözteti a száraz állapotú cholesteatomát (forma secca) és a foetid genyeddéssal járó, saprophytákkal és anaerob baktériumokkal fertőzött nekrotizáló, gangraenescáló alakot. Ez utóbbiak okozzák a legsúlyosabb helyi és általános szövődeményeket. — A száraz formánál is található kevés váladékban a cholesterolin-sók kristályos, amorph, vagy oldott állapotban vannak jelen. Szerző vizsgálatai a vér cholesterolin tartalmának változásaira is kiterjedtek, de nem találta fül-cholesteatoma mellett azt a hypercholesterinaemiát, amit *Bernovits* leírt. Csatlakozik *Peroni* véleményéhez, aki nem hiszi, hogy ilyen kis cholesterolinmennyiségek megváltoztatnák a vér oly fontos lipidanyag tartalmát és amennyiben ez mégis kimutatható, úgy ezt inkább a csont destructiója, felszívódása okozza. Nagyon logikusnak tartja, hogy a fül-cholesteatoma kórismézésekor a fül váladéka cholesterolintartalmából vonjunk következtetéseket. *Rejtő* 1929-ben ajánlott eljárása ezt célozza és erre a *Liebermann-féle* cholesterolin kimutatást használja fel. Eljárása: 5 ccm. széntetrachloridot önt a beteg fülébe; 10 perc után ezt a folyadékot átszűrve, mércével ellátott kémcsőbe önti, majd 2 ccm. ecetsav-anhydritet és 2—3 csepp cc. kénsavat ad hozzá. (Ujabban *Rejtő* a középfület atticus cső segítségével széntetrachloriddal fecskendezi ki s a visszafolyó mosó folyadékot használja fel a próba elvégzésére. Ref.) A beálló elszíneződés szerint szerző is három fokát különbözteti meg a reakciónak: az erősen pozitívot, gyengén pozitívot és negatívot. A diagnostikus indikáción kívül *Rejtő* eljárásának gyógyító értéke is van. Amint a szerző statisztikai adatai mutatják, különösen fiatal betegeken látott szép eredményeket. Igen érdekes eset volt egy 9 éves középfülgyulladásos beteget, akin a helyi és általános tüneti műtétet javallották. Felvételkor a *Rejtő-féle* próba pozitív volt. Rendszeres széntetrachlorid-kezelésre a beteg állapota napról-napra javult és végül az eljárás teljes gyógyuláshoz vezetett. Különös, hogy azokban az esetekben látta a legszebb gyógyulásokat, ahol a próba erősen pozitív volt, ezeken ugyanis a folyadék jól hozzáférhetett a cholesteatomához. Előfordul, hogy a próba negatív eredményei később pozitívvá válnak: ezek azok az esetek, amikor a kis cholesteatomát nehezen közelíti meg a folyadék és csak ismételt beöntésekkel sikerül azt elérni. (A negatív eredményt az előzőleges vizes kezelés is befolyásolhatja. Ref.)

Mikor a klinikai tünetek alapján nem tudjuk eldönteni, hogy van-e cholesteatoma, vagy sem, hogy conservatív kezelés, vagy műtéti eljárás végzendő-e, ezekben a kétes esetekben van *Rejtő* próbájának különös klinikai értéke. A széntetrachlorid therapiás értékét a gyógyult esetek igazolják. Hivatkozik szerző *Tetera* közleményére (Rev. d. lar. estc.), akinek 21 esete közül 17-ben sikerült *Rejtő* eljárásával kimutatni a cholesteatomát. Szerző 150 esete közül 17 chr. otitis és 12 operált cholesteatoma recidiva gyógyult CCl_4 kezelésekre. 80 pozitív reakcióban a műtét igazolta a cholesteatoma jelenlétét. 10 eset volt csak, amikor a reactio negativ volt s a műtét mégis cholesteatomát mutatott; igaz, hogy elzárt üregben és egészen kicsit.

Krepuska István dr.

Bőrgyógyászat.

Adat a psoriasis vulgaris öröklődéséhez. J. Mayr. München. (Derm. Wschr. 1938. 21.)

Az irodalomban 10 esetet találunk, ahol a psoriasis egyetűjű és 9 esetet, ahol kétetűjű ikreken fordult elő. A szerző 26 éves egyetűjű leányikrek vizsgálatának eredményeit ismerteti. Táblázatban foglalta össze az egyetűjű ikerség melletti bizonyítékokat. Az ikrek közötti eltérések megfelelnek a *Vershuer* által közölt átlagértékeknek. Érdekes, hogy e két leány esetében a psoriasis egészen különböző időben lépett fel és az elhelyeződés is jelentékeny kü-

lönbséget mutatott. Nem tartja véletlennek, hogy a nagyobb testsúllyal bíró ikren a megbetegedés hamarabb jelentkezett és nagyobbfokú volt. Ez talán arra is mutatna, hogy külső okoknak jelentőségük van a psoriasis létrejöttében. A családfából, mely 58 családtagra vonatkozik 4 generációban, kitűnik, hogy a nagyszülők szenvedtek psoriasisban, ezenkívül a 4-ik leánygenerációban is jelentkezett psoriasis. Anyai ágon 3 esetben észlelték diabetest.

Szép Jenő dr.

Folliculitis spinulosa decalvans typusú tuberculid a hajas fejbőrön diffus keratosis follicularis spinulosával. E. Capelli, Genua. (Derm. Ztschr. 78. k. 1. f.)

46 éves asszony kórtörténetét ismerteti, akinek a hajas fejbőrén kb. 3 hónap óta áll fenn az elváltozás, mely valószínűleg megismétlődése egy 30 évvel azelőtt keletkezett hasonló bőrelváltozásnak. A folyamat csaknem észrevétlenül, lökészerűen, heveny tünetek nélkül terjed, lassan a haj tüszőinek szétroncsolásához vezet és végül heges, sorvadásos kopaszságot eredményez. Jellegzetes tünete ennek a folliculitisnek a pruritus és a kifejezett follicularis spinulosus keratosis. A hajas fejbőr elváltozását a csipő, törzs, lichen spinulosus kísérte. A betegségnek fellépése mindkét alkalommal összeesett a petefészek működésének két végtelével. Először az első menstruációkor jelentkezett, másodszor pedig a menopausa bekövetkeztének idejében. A szerző végigvezet bennünket a folliculitis decalvans különböző alakjain. Tárgyalja a klinikai és histológiai leleteket, majd rámutat arra, hogy az általa észlelt eset nem sorozható be a folliculitis decalvansnak egyik, ezideig általában ismert alakjai közé sem. A bőrelváltozás szöveti leletének, valamint a klinikai és laboratóriumi vizsgálatok eredményeinek alapján, úgyszintén a biológiai próbákra támaszkodva a kórképet gümőkóros folyamat kifejezőjének tartja; olyan tuberculidnak, mely különleges neuro-endokrin és constitutionalis talajon fejlődött ki. Szerző a beteg kórtörténetét, szövettani leleteit részletesen közli. Az elváltozást számos ábrán mutatja be, teljes részletességgel tárgyalja az irodalmat is.

Szép Jenő dr.

Urologia.

A felső húgyutak gonorrhoeás fertőzése. W. S. Mack és Chr. B. Buchanan. (The Journ. of Urol. 1938. 2.)

A gonorrhoea igen kevés hajlandóságot mutat a távoli áttérjedésre, áttételképzésre és leginkább a húgycsőre localisálódik. A gonococcusoknak a veséhez való jutásában négy ok szerepel: 1. a véráram útján, 2. reflux útján, 3. a nyálkahártyán való incontinuitatem, 4. lymphogen úton való terjedés.

A gonorrhoeától okozott veseelváltozások megegyeznek az egyéb baktériumok által okozottakkal. Egyes vizsgálok nagyobb számmal találtak lymphoid góccokat. Az irodalomban 14 biztosan kórismézett go.-s vesefertőzés ismeretes. A klinikai kép megfelel a pyelitis-pyelonephritisnek. A szerző egy saját esetét ismerteti.

Ascher Ferenc dr.

A vizelet vegyhatása és baktérium-tartalma vesetuberculosis esetén. Kent. A. Alcorn. (The Journ. of Urol. 1938. 3.)

1269 vizeletvizsgálat eredményét közli. Esetei kapcsán megállapítja, hogy 44,7%-ban a tbc-s vizelet másodlagosan fertőződött. Ez különösen a félreismert eset hibás kezelésének következménye. Megállapítja, hogy a tbc-s vizelet általában savi vegyhatású és ez csak akkor változik, ha huyagyantató baktériumok vannak jelen. Ez kb. 7,9%-ban fordul elő.

Ascher Ferenc dr.

A prostata hypertrophia kezelése syntheticus herehormonnal. Alberto Oberholzer. (The British Journ. of Urol. 1938. 3.)

A szerző a leghatásosabb herehormonnal dolgozott, a testosterone zsírsavas esterével és a testosterone propionattal. A prostatahypertrophia kezelése herekivonattal Mac Even vizsgálatai óta azon észleletre támaszkodnak, hogy a férfi és női hormonegyensúly a szervezetben felbomlik. 34 esetben használta a testosterone propionatot, napi 5 mg-os mennyiségben adta i. m. Eseteinek 80%-ában sikeres volt a kezelés. A módszer a műtéti eljárásokat nem pótolhatja, de átmeneti javulásokat eredményez.

Ascher Ferenc dr.

Elméleti tudományok.

Kísérleti poliomyelitis tonsillopharyngealis úton előidézve. A. B. Sabin. (J. A. M. A. 111. 7. 605.)

Szerző a mandulakiirtások után aránylag gyakran látható bulbaris típusú poliomyelitis esetek magyarázatára végzett nagyszámú majom-kísérletet. Ezekből az derült ki, hogy a „tonsillopharyngealis regio” a poliomyelitis vírus fertőzéssel szemben igen érzékeny. Ha az állatokat itt fertőzték, azokon igen sokszor bulbaris típusú betegség fejlődött ki.

Szerző szerint a tonsillektomiát és a szájműtéteket kerülni kell nyáron és az ősz kezdetén, mert ilyenkor a vírus különösen gyakran fordul elő különben egészséges egyének manduláján és felső légútjaiban.

Vásárhelyi János dr.

Serumkezelés pneumonia eseteiben. Norman Plummer. M. D. (J. A. M. A. 111. 7. 694.)

A harminckétféle pneumococcus typus felfedezésének kezdetben gyakorlati jelentőséget nem tulajdonítottak, mert azt hitték, hogy a magasabb számmal jelzett típusok ritkán okoznak pneumóniát.

Szerző 6545 pneumococcus pneumonia vizsgálata alapján kimutatja, hogy ezek a típusok a pneumóniák többségénél szerepelnek. Az esetek 30%-ában a IV., V., VII., VIII. és XIV. typust lehet kimutatni.

111 magasabb típusú (IV., V., VII., VIII., XIV.) pneumonia serum kezeléséről beszámolva megállapítja, hogy ezeknél a típusoknál is eredményes ez a kezelés.

Vásárhelyi János dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Physikalische Therapie. H. Lampert prof. (A „Medizinische Praxis, Sammlung für Aertzliche Fortbildung” 25 kötete. 256 old. 131 ábrával. Ára fűzve: 13.50 RM.)

A kiváló szerző a gyakorló orvosnak érthetően tudományos alapon tárgyalja a fizikai gyógy módok hatásait, alkalmazását és javalatait, mely ismeretek nélkül, szerző véleménye szerint, ma az orvos képzettsége hiányos. A könyv három részre tagolódik. Az első legnagyobb, mely körülbelül a szöveg kétharmadát tölti ki, a thermalis- és hydrotherapia, a massage-gymnastika, phototherapie és villamtherapia tudományos alapjait tárgyalja. E részen belül írja le W. Staruch, Lampert munkatársa a villamtherapia lamtherapia tudományos alapjait tárgyalja. E részen belül alapjait és javalatait, mely rész igen áttekinthető gyakorlati és jól érteti meg az orvossal a néha bizony sok fizikai tudást igénylő problémákat is. A könyv második (46 oldalas) része eredeti módon, receptek könyv mintájára abc sorrendben tárgyalja le a physikotherapiás egyes eljárások technikáját. Végül egy harmadik (15 oldalas) részen arról szól, hogy az egyes betegségekben (szokásos módon csoportosítva), mely fizikai gyógy módok javáltak, sikert ígérők.

A tudományos megalapozást tárgyaló első főrész még a szakember számára is sok új adatot szolgált, mert a szerző saját érdekes kísérleteit és megfigyeléseit tartalmazza. A fizikai ingerek hatásait, alkalmazásukkal elért gyógyeredményeket Lampert számos plethysmogramm, légzőrbe közlésével szemlélteti. Szerző nagyon helyesen hangsúlyozza, hogy a physikotherapeuta ne arra törekedjék, hogy újabb methodusokkal és újabb eszközökkel gazdagítsa e gyakorlati tudományt, hanem arra, hogy a rendelkezésére álló számos eljárást célzatosan alkalmazza. Tudnia kell, hogy a fizikai erővel mint ingerekkel mely biológiai és therapiás reakciókat bír a szervezetből kiváltani. E rész a thermalis-mechanikai-eljárások tudományos alapjainak leírása mellett még a légzési gymnastikát, a gyógyyszeres fürdőket és subaqualis bélfürdőt is tárgyalja, mindezt tudományos alapon. Aránylag rövid a phototherapiás rész, mely főképp csak a nap spectruma hatásaival foglalkozik; viszont aránylag hosszú a radiumemenatiót tárgyaló rész, mely ezen gáz keletkezését, biológiai hatásait, mérését, alkalmazási módjait elég részletesen leírja.

A könyvnek csekély gyengéje, hogy a hármas tagolás nincs kellőképpen keresztülve, amennyiben Strauch, ki a villamtherapiát írja már az első, a tudományos magyarázatokkal foglalkozó főrészben az elektrotherapia és rövidhullámkezelés technikáját és javalatait is leírja, míg a physikotherapia többi ágának technikájával és javalataival

val a második és harmadik rész foglalkozik. A könyv fénykép után készült és a fizikai viszonyokat magyarázó ábrái igen szépek és tetszetősek. Viszont a másik résznek a fürdőtechnikát és massagefogásokat ábrázoló contourrajzai kissé túl skiccszerűek.

A jelzett csekély hiányoktól eltekintve a könyv nagyon értékes mű. A legmodernebb felfogáson és tudományos vizsgálatokon alapuló, mégis gyakorlati munka, amelyet csak oly széles látókörű és a physiotherapia fontosságáról meggyőződött szerző bír megírni, mint *Lampert*.

Benczur prof.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület december 2-i ülése.

Bemutatók:

Rác B.: *Plasztikai eljárások idült genyes mellhártyagyulladás esetében.* Az idült empyemák gyógyítására abszolút értékű gyógyító eljárás nincs. Ha nem sikerült az empyema conservatív gyógyítása, akkor jogába lép a mellkasfalplasztika. A plasztikai megoldások közül bemutatott a Simon—Küster—Sauerbruch-féle extrapleurális mellkasplasztikát részesíti előnyben. Vele körülírt üregeket 2, teljes üregeket 3 ülésben teljesen gyógyíthatunk. A mellkas kielégítő kicsontozására a mellkasfal jól beesik, a fali mellhártyalemezek teljesen összefeksznek a zsigeri mellhártyalemezzel, a genyedés megszűnik, a bordák ismét kiképződnek és a beteg meggyógyul. Nagyon régi mellhártyagyulladásokban a fali hártylemez annyira megvastagodhatik, hogy megakadályozhatja a mellkasfal behorpadását, miáltal egy üreg marad vissza. Ilyenkor az üreget a Schede-féle műtéttel szüntetik meg. Ha még mindig maradna vissza egy kisebb üreg, úgy azt a mell (*Kirschner*), vagy a lapocka (*Beck*), vagy a hátizomzat (*Nissen*) igénybevételével lehet megszüntetni. A 8. sz. helyőrségi kórház sebészeti osztályán az elmúlt évben 10 esetben avatkoztak be idült, genyes mellhártyagyulladás esetében. 6 nem tbc-s és 4 tbc-s empyema volt. Az empyema 5 esetben a mellkas egy körülírt részére, 5 esetben pedig az egész mellkasfelé kiterjedt. 8 beteg a Simon—Küster—Sauerbruch-féle extrapleurális mellkasplasztikára gyógyult. Kettőn e műtét csak részleges eredménnyel vezetett, mert maradéküreg maradt vissza, melyet az egyik esetben Schede-féle műtéttel, a másik esetben a lapocka és a mellizomzat igénybevételével sikerült csak begyógyítani. Közvetlen műtéti halálozások nem voltak. Egy beteg halt meg a műtét óta.

Puhr L.: *Kő okozta főbronchus-elzáródás fulladással.* A 32 éves nőbeteg köhögéskor hirtelen fokozódó szűró fájdalmat érzett. Lázassá vált, 3 $\frac{1}{2}$ hónap múlva nehéz stenotikus légzés közben fulladni kezdett. Rosszabbodó pulzus és csakhamar bekövetkezett a halál. Boncoláskor a bal főbronchusban annak üregét elzáró érdes felszínű követ talált. A kő egyik jobboldali elmoszesedett peribronchialis nyirokcsomó áttöréséből származott. Az áttörés helyét a jobb főbronchusban heg jelzi. A kő 3 $\frac{1}{2}$ hónapig itt időzhetett, míg nem egyszer a köhögéskor felszabadult és a légszövből a bal főbronchus ismét beszívta. A jobb tüdőben cavernás gümőkör és interstitialis fibrosus pneumonia volt, ezért a bal tüdő kiesése egyedül is halálra vezetett.

Hrabovszky Z.: Röntgenes szempontból az eset érdekessége, hogy a betegen ellentétes típusú hypo- és hyperventillációs bronchostenosis állott fenn. A meszes mirigy betörése után a jobb alsó lebeny bronchusát elzárta, s a lebenyben chronikus irreversibilis atelektasiát, interstitialis pneumoniát, bronchiektasiát okozott. Erősebb köhögés hatására a bal főbronchusba került meszes mirigy ventilszerűen ékelődött be, az egész bal tüdőben hatalmas emphysemát hozva létre. A mediastinum kifejezett jobbratolódásának oka egyrészt a jobboldali légtelenség és zsugorodás szívé, másrészt a baloldal toló hatása volt. A boncoláskor talált meszes mirigy a felvételén látszott ugyan, de nem különbözött a meszes hilusmirigyek képétől.

Előadás:

Belák S.: *A halálozás összefüggése a hőmérsékletingadozásokkal.* (Egész terjedelmében megjelent az O. H. 50. számában.)

Hüttl T.: Az időjárás tényezők mint ingerek szüntelen hullámzásukkal a szervezetet állandó alkalmazkodásra,

reakciók kifejtésére készítetik. Ebből a szempontból tekintve a szervezet tulajdonképpen nem egyéb, mint ezen ingerek transformátora. A hő, fény, hang stb. szervezetünkben élettani energiákká alakulnak át és ezek közül különösen a hirtelen változásokkal járók képesek szervezetünkben mélyrehatóbb zavarokat létrehozni. Bizonyos határok között ezekre az ingerekre a szervezetnek szüksége van, sőt az egészség, a testi és szellemi munkateljesítőképesség szempontjából fontos, hogy ezek az ingerek szervezetünk minden kigyensúlyozó, rezonáló berendezését állandóan működésben tartásák.

A szervezetre azonban sohasem egy időjárási tényező, hanem mindig ezen tényezők összessége fejt ki hatást. A hőmérséklet hatása is mindig a Nap és Föld sugárzásából, a levegőtömegek cyclonikus zavarából, a légnyomásból, a levegő nedvességéből tevődik össze. Ezért, ha időjárási tényezőknek betegségekkel, halálokokkal összefüggését vizsgáljuk, tulajdonképpen több tényezőt kellene egyidejűleg figyelembe venni. Ez azonban gyakorlatilag kivihetetlen. 30 tényező egyidejű változása esetében az összes lehetséges kombinációk száma 1073 millió. E mellett még az egyes tényezők nagysága, határfoka is változhatik. Vizsgálataink végzésekor ezért kénytelenek vagyunk egy-egy tényezőt kiragadni és annak kapcsolatát élettani történésekkel vizsgálni.

Az időjárás változásának betegségek, halálokok szempontjából a maga részéről is nagy jelentőséget tulajdonít. Az emboliák keletkezése és a légnyomás közötti összefüggést maga is tanulmányozta. Felhívja a figyelmet *Petersen* 6 kötetes munkájára, amely kizárólag az időjárási tényezőknek az egészséges és beteg szervezetre gyakorolt hatásával foglalkozik. „A beteg és az időjárás” című munkájában *Petersen* azokról a vizsgálatokról is beszámol, amelyeket a legalacsonyabb hőmérséklet és hőmérsékletingadozások görbéje, valamint Chicago városának és az Egyesült Államoknak 1912—1935-ig terjedő összhálozások közötti összefüggés tanulmányozására végzett. A hőmérsékletingadozások és a halálozás között összefüggést nem talált. Ez azonban magyarázatát találhatja abban, hogy Amerika középkontinentális vidékén sokkal nagyobb hőmérsékletingadozások vannak, mint Európában. *Petersen* a hőmérsékletingadozások alapján 3 zónát különböztet meg, ezeknek élettani jelentőséget is tulajdonít és a szervezet hőmérsékletének szabályozásában a táplálkozás (protein-, szénhidrát tartalmú, növényi) fontos szerepét is kiemeli.

Perény G.: Az ismertett correlatiók a klinikus számára túlságosan bonyolult összefüggéseket jelentenek, melyeket ma még nem tudunk exakt adatok alapján megmagyarázni. Sem egyes betegségek letalitásának, sem különféle betegségek kisebb-nagyobb gyakoriságának meteorológiai befolyásoltságában nem ismerjük az oksági kapcsolat részleteit. Az összefüggés sokszor közvetett, különösen a morbiditás évszakos ingadozásában a változó életmód, táplálkozás következménye. A meteorológiai tényezők csak ritkán közvetlen halál- vagy kórokok: napszúrás, hegyi betegség, villámcsapás. Rendszerint közvetve, a szervezet kémiai összetételének megváltoztatása, a vegetatív idegrendszer befolyásolása útján hatnak, módosítják a szervezet reakcióit a legkülönbözőbb kórokokkal szemben. A meteorológiai kutatásnak az egyes meteorológiai tényezők exakt kísérleti tanulmányozására kell törekednie egyszerűbb élettani-biochemiai jelenségek terén, ettől várható bonyolódottabb élet- és kórtani összefüggések felderítése. Tanulságos példa erre a rachitis-kutatás számos érdekes eredménye. A frontárvonulás igen összetett jelenség, egyes tényezőinek, főként az elektromos jelenségeknek biológiai hatásait még alig ismerjük. A több vonatkozásban megálapított correlatio még nem biztosan oksági összefüggés.

v. Solth K.: Az előadottakból levont következtetések alapját a rendelkezésre álló megfigyelések, a hőmérséklet és halálozás számbeli változásainak nyers anyaga képezte. A bennük rejlő törvényszerűségek feltárására szolgáló statisztikai módszerek — az ilyen és hasonló kutatások kémlő eljárásai — még kevésbé ismeretesek az orvosok előtt.

Lépten-nyomon találkozunk az orvosi közleményekben átlagokkal, arányszámokkal. Ezeknek számítását mindenki ismeri. A kapott átlag és arányszám értékelésénél, felhasználásánál azonban már elfelejtik, hogy azok különböző számú adatokból származnak és hogy alkotó tagjaik igen ritkán egyforma nagyok, hanem úgyszólván mindig eltérnek egymástól.

Az adatok egymástól eltérése, variációja okozza az átlag körüli szóródásukat. Ezt a szóródást különféleképpen

mérhetjük. Leginkább az ú.n. négyzetes eltéréssel (standard deviatio-val), ill. a valószínű hibával (probable error-ra) szokás nagyságát megállapítani. A szóródást számszerűen kifejezett ezen különböző indexek azonban azonos értelmű mértékek, csupán meghatározó képességük fokozatában van eltérés közöttük. A valószínű hiba (P. E.) t. i. a négyzetes eltérésnek csak $\frac{2}{3}$ -a (pontosan 0.6745-ös része). Ha tehát a szóródás feltüntetése céljából átlagunkhoz a valószínű hibának egyszeres, kétszeres, háromszoros, stb. értékét adjuk hozzá, ill. vonjuk le, akkor mindig kisebb — azaz szigorúbban megvont — határértékeket nyerünk, mint a négyzetes eltérés ugyanoly többszörösével való számítás esetén. Ennélfogva az összes előfordulható, lehetséges értéknagyságokból (átlagokból, stb) a \pm P. E. kb. a ± 2 St. D.-val azonos hányadot (95.7%-ot) foglal határai közé.

Ezek alapján megállapíthatjuk, hogy a 10 C°-on felüli hőmérséklingadozások esetében a temperaturaváltozás és a napi halálzás maximumai és minimumai különbségének elbírálásánál az alkalmazott 2 P. E. szóródásnál még sokkal szigorúbb mérték használata is jelentékeny különbség létezését bizonyította volna. Kétségtelen tehát, hogy a halálzás változását előidéz meteorológiai tényezőcomplexumból 10 C°-on felüli hőmérséklingadozásnak statisztikailag igazolható szerepe van.

Wolf K.: A kérdéssel foglalkozva azt tapasztalta, hogy a szervezetre hatással lévő külvilági tényezők közül nemcsak a hőmérséklet változásának van szerepe, hanem szerepe van mindannak, amelyet kozmikus és terrestrikus klíma néven foglalunk össze. 1928-ban tudomása szerint elsőnek hívta fel a figyelmet arra, hogy az agyvérvések bizonyos periodicitással halmozódva jelentkeznek. Ugyanakkor a meteorológiai viszonyok figyelembevételével sikerült megállapítani, hogy ezek az agyvérvés-eket halmozódások nagyrészt olyan napokon észlelhetők, amikor a légsúlymérő nagyobb kilengéseket jelez. Az akkor feldolgozott anyaga 343 agyvérvés-estéből állott, melynek 72.89%-a meteorológiaiilag nyugtalan napokon következett be. Azóta elég nagyszámú közleményben tárgyalták ezt a kérdést. Az előadó úrral egyetértve, mint a legtöbben, szintén azt találta, hogy nem annyira az időjárás valami végtel felé irányuló hajlama, mint inkább a klimatikus viszonyok változása a tényező, aminek a pathológiai jelenségek előidézésében szerepet lehet tulajdonítani. Thomson szerint az időjárás befolyással bír úgy a testi, mint a lelki közérzetre, de az időjárás változása iránti érzékenység mérve nagyon egyéni és a hatás mérve az egyéni constitutiótól függően is változik. Ország szerint nagyobb területekre kiterjedő általános klimatikus változásokon kívül helyi jellegű ingadozásokat is figyelembe kell venni, amelyeket ő mikroklíma néven foglal össze. Bruchter, Tottenham, Frasser, Jacobs, Heus, Schnichtung nyomán végzett megfigyeléseken, Louros és Panajotou az időjárás változása és az eklampsiás rohamok fellépése között találtak összefüggést. Kirchof és Schneider a korai burokrepedés és az időváltozások között, Tocantins a vérlemezkéknek az évszakoktól függő számbeli változására, különösen a téli és tavaszi időszak között való összefüggésére hívja fel a figyelmet. Mindezek alátámasztják hozzászóló felfogását, mely szerint a hőmérsékletingadozás csak egyike ama nagyszámú és lényeges szerepet játszó klimatikus és kozmikus befolyásoknak, amelyek az emberi szervezet működésének, esetleg működésére megszűnésére döntő behatással lehetnek.

Raisz D.: Ez év elején a Közkórházi Orvostársulatban tartott előadásában részletesen foglalkozott a meteorológiai tényezőknek a női generatív funkciókra gyakorolt befolyásaival. A meteorophysiologiás jelenségek tanulmányozására a női, kiváltkép a terhes női szervezet felettébb alkalmas. A menstruációs ciklus-ingadozásoknak ilyen szempontból való elemzésén kívül főleg azok a megfigyelések számíthatnak nagyobb érdeklődésre, amelyek a szülés megindulása és a meteorológiai tényezők között vélnék összefüggést találni. A szülés megindulása és a kozmikus tényezők között mutatkozó összefüggés csak egyféleképpen magyarázható és pedig úgy, hogy ha a terhes szervezetben már minden hormonalis, chemiai, mechanikai folyamat elérte a határközszűböt, akkor ezeknek összessége mint potenciális energiát egy kozmikus inger kinetikus energiává változtathatja át.

Budai I.: A modern meteoropathológiában az ellentmondások (diphtheria téli halmozódása a trópikusokon, azonos pathológiai jellegű megbetegedések pl. De Rudder szerint laryngospasmusok az átvonuló frontoknak úgy mellső,

mint ezzel merőben ellentétes physikai jellegű hátsó részén) nagyrészt eloszlatathatók az astronomiai factorok, pl. a járványmaximumokkal, gyakran egyidejű napfoltmaximumok figyelembevételével. A napfoltperiodusok mögött azonban gravitációs crisisek rejtőznek, melyek előadónak eddig csak külföldön ismertett eredeti nézete szerint képesek befolyásolni a biogen elemek (C, N, S, P) vegyértékét s így az élőlények anyagcseréjét.

Vámosy Z.: Egy új kutató tudomány indulása előtt állunk. Ilyenkor illik mindenkinek a maga gondolatait felírni, amiket az első tapogatózó lépések benne keltettek. Azért fejezi ki azt az aggodalmát, hogy a kutatók nem veszik eléggé tekintetbe az ellenállóképességet a statistika elbírálásában. Szerinte azért hal meg azonos hőmérsék mellett több ember tavasszal, mint ősszel, mert télen felüli ellenálló energiakészleteit. A hűléses betegségekben pedig aránylag azért pusztulnak annyival többen, mint fertőző bajokban, mert ez utóbbiakat rendszeren fiatal egyének kapják, míg a légzési és vérkeringési bántalmakban hal el a legtöbb elaggott ember.

Belák S.: Reflectál a hozzászólásokra és Vámosy nézetével egyetért, hiszen ő is azt mondta.

A Ferenc József Tud. Egyetem Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának november 16-i ülése

Előadás:

Szabó D.: A féregnyulványlob időszzerű kérdései a sebészeti klinika 16 évi beteganyagával kapcsolatban. A klinikán 1922-től 1937-ig bezárólag 1700 beteget kezeltek féregnyulványlob miatt. A halálozás 2.7%. Valamennyi halálest a heveny szakban operáltakra esik. Az idült, valamint az a froids szakban operáltak között halálozás nem volt. Kiterjedt genyes hashártyalob esetében a halálozás 28%. A betegek jórésze a környező falvakból és tanyákból jött. Ezek közül minden harmadik betegben a jelentkezéskor már átfuródást észleltek. Graviditás alatt 13 esetben történt appendektomia. Legtöbbje szövödményes eset volt. Halálozás nem fordult elő, s a terhesség is csak egy ízben szakadt meg. Majd a féregnyulványlob kezelésével kapcsolatos időszzerű kérdéseket — serumkezelés, drainage, csonk-elsüllyesztés, a beavatkozás kérdése az intramediaer szakban, stb. — tárgyalja részletesen.

Kühbacher F.: Csak a terhesség idején operált appendicitis-esetekről mondottakhoz kíván hozzászólni. Kiemeli a körisme felállításának nehézségeit. Hangsúlyozza, hogy sohasem szabad az exploratív laparotomiától visszariadni appendicitis gyanúja esetén. Az előadott eredményt egyszerűnek tartja a mortalitás szempontjából, hanem különösen, mert csak egy esetben szakadt meg a terhesség. Ismerteti a közelmúltban ulcero-phlegmonosus appendicitis gyógyult esetét, amelyet a classicus elvek szerint látott el, vagyis a has megnyitása után előbb hysterotomia vag. ant. útján kiürítette a méhet és ezután történt az appendix el-látása.

Annau E.: A pyroszölősav jelentősége az anyagcserében. A pyroszölősav szerepének kérdése az állati anyagcsere szempontjából a következő okokból fontos. A pyroszölősav a szénhidrát, tehát a fő energiát-szolgáltató táplálék, anyagcseretermék. Valószínűleg a szervezetben keletkező széndioxidnak legnagyobb része belőle származik; továbbá a B₁ vitamin szerepét csakis a pyroszölősavon keresztül tudjuk megérteni. Hogy mindezeket a kérdéseket megérthessük, tisztában kell lenni azzal, hogy a pyroszölősav miképpen ég el a szervezetben, illetőleg milyen úton jut a levegő oxigénjével összeköttetésbe. A kísérletek azt mutatják, hogy ebben az esetben is a Szent-Györgyi és munkatársai által felállított oxydatiós séma szerint történik a lebontás, amennyiben a borostyánkósav-rendszer veszi át a pyroszölősavtól a hidrogént és hozza összeköttetésbe az oxigénnel. Továbbá sikerült kísérletek kapcsán rámutatni arra, hogy a B₁ vitamin hatása és a borostyánkósav-katalitikus-rendszer működése között összefüggés áll fenn a pyroszölősav leépítését illetően.

Lajos S.: B₁ vitamin hatása a diabeteses szövetek pyroszölősav-anyagcseréjére. Warburg respiratiós módszerrel vizsgálta normalis és depancreatizált kutyákon az izom, máj és vesekéreg szövetének légzését pyroszölősav jelenlétében, B₁ vitamin hozzáadására. A depancreatizált kutyák izomszöveve sem B₁ vitamin, sem pyroszölősav + B₁ vita-

min hozzáadása után a normalissal szemben fokozottabb légzést nem mutat. Fokozódik a májszövet légzése pyroszőlősav jelenlétében B₁ vitamin hozzáadása után. Ez a jelenség normális májszöveten is észlelhető, bár kisebb mértékben. Igen jelentékenyen fokozódik a depancreatizált kutyák vesekéreg szövetének légzése pyroszőlősav jelenlétében B₁ vitamin hozzáadása után. A felvett O₂-többlet 32%. Phloridzindiabetes esetében az izomszövet légzése az említett anyagok jelenlétében épp úgy viselkedik, mint normalis, illetve depacreatizált kutyák izomszövege. Azonban igen feltűnő mértékben emelkedik a phloridzin-diabetesben szenvedő kutyák májszövetének O₂-fogyasztása pyroszőlősav jelenlétében B₁ vitamin adagolására, míg a vese légzése, bár B₁ vitamin hozzáadására légzése kisebb mértékben emelkedik, jóval csekélyebb, mint a depancreatizált kutyák veseszövetének légzése. Annak regisztrálására, hogy a légzési kísérletek során észlelt O₂-felvétel többlete parailal halad-e a szövetekhez hozzáadott pyroszőlősav fokozott lebontásával, meghatározta a kísérletek végén a visszamaradt pyroszőlősav mennyiségét, s azt találta, hogy az ú. n. extra O₂-felvétel proportionalis a lebontott pyroszőlősav mennyiségével. Vizsgálatai alapján megállapítja, hogy a B₁ vitamin — hasonlóan a beri-beris galambok agyszövetéhez — a diabeteses szövetek, főleg a vese légzését is fokozza.

November 23-i ülés.

Előadás:

Botár Gy.: A szív beidegzése emberszabású majomban. (Kézirat nem érkezett.)

Kassay D.: Vizsgálatok az orrüreg csillószőrös hámjának működéséről. Vizsgálatainál két cél vezette: először előtanulmányt akart végezni további, a tonsillák szerepét kutató vizsgálataihoz, másodsor a mindennap használatos gyógyszerek és érzéstelenítő szerek hatását igyekezett tanulmány tárgyává tenni. Vizsgálatait emberi orrnyálkahártyán in situ végezte. Eredménye sebességmeghatározásnál: 1 cm. út 300 mp. alatt ép orrban; légzésben akadályozott orrban (veg. aden., hyp. conch., stb.) 180/mp. Pantocain spray alakjában súlyos náthát okoz és azonnali bénulást idéz elő. Tonogén nem mérgező hatású. Aether lassúbbodást okoz.

Páll G.: Tapasztalataink 1000 nőgyógyászati hasmetszés kapcsán. A gyulai állami kórház szülészet-nőgyógyászati osztályának 8 éves anyagában 4148 nőgyógyászati műtét között 1050 hasmetszést végeztek. Az Alföld délkeleti sarkából származó anyagban leginkább elhanyagolt, leromlott, kivértett, szegénysorsú betegeket kell gyógyítani. Hasmetszéssel gyógyított nőgyógyászati megbetegedések csoportjait sorolja fel táblázatos kimutatásban. A méh kóros helyzetváltozását összes műtéti eseteiknek 23%-ában kellett corrigálni. Individualisan operálnak és nem ragaszkodnak merev típus-műtétekhez. Jó- és rosszindulatú petefészekdaganatot 266-szor operáltak, közötté 44 esetben intraligamentosus növekedésű; fibromyoma miatt 199 hasmetszés történt, sok intraligamentosus, subvesicalis, retrocervicalis, subperitonealis növekedésű myomagóccal. Hasmetszéssel gyógyított adnextumor eseteiknek száma 94. Császármetszéseik között (145) 52 esetben kellett a méhet amputálni, illetve kiirtani, ami élénk fényt vet a vidék csekély egészségügyi kulturájára. 115 méhenkívüli terhesség esetében végeztek hasmetszést. Ugynevezett kis császármetszésre 82 ízben került sor, mellyel kapcsolatosan véglegesen elejét vették az újabb teherbejutásnak, súlyos tbc., vitium, vesebajok, stb. miatt. Az akcidentálisan végzett tubalektóéseket eseteik részében Madlener szerint végzik. A hashártya, bél, hasfal és egyéb különféle megbetegedéseknek hasmetszéssel gyógyított esetein kívül retroperitonealis tumorok, exogastrikus gyomorsarkoma, stb. eseteit sorolja fel. Drainage kérdése, 810-szer lumbalis anaesthesia, 61 esetben Frigyesi-féle kombinált vezetési és local anaesthesia, 170 ízben inhalációs és 9 esetben protrahált intravenás narcosisban altattak. Műtéttel összefüggésbe hozható haláleseteik száma 18, azaz 1.7% mortalitás. 17 esetben gyógyult részben per secundam a hasseb. Csupán 4 ízben kellett secundaer hasfalí varratot végezni. Legfiatalabb laparotomizáltjuk 13 éves, legidősebb 74 éves matróna volt. Citrátos vérátömlesztést végeznek, 134 esetben volt rá szükség műtéti előkészítésképpen, műtét alatt és a befejezett hasmetszés után. Hangsúlyozza és kiemeli a lumbalis és a Frigyesi-féle vezetési és helyi anaesthesinának jelentőségét. Minthogy a halasztást nem tűrő sürgős esetekben a műtéti előkészítésre nincs idő, a műtéti

kockázat nagyságát helyes diagnosissal, kellő operatív jártassággal, gyors kivitelezéssel és különösen a vezetési és helyi érzéstelenítésnek igénybevételével lehet csökkenteni.

Kühbacher F.: Nem kisérik végig az előadót az egész óriási anyagon, bár sok mondanivalója volna. Megerősítve látja felfogását — olyan műtő által, aki előbb vidéken, majd a fővárosban és ismét vidéken működött, — hogy a vidéken működő operatív-gynekologus az elhanyagolt esetek és a betegek rossz conditioja miatt sokszor nehezebb feladatok elé van állítva, mint a fővárosban. Hogy a műtő mennyire activ és radicalis, az részben a temperamentumtól, részben az eredményektől is függ. Ezen a téren a műtő életében bizonyos fokú hullámzás észlelhető. Az aktivitást és radicalismust csak a feltétlenül szükséges esetekben tartja helyénvalónak, egyébként a mérsékelt, tartózkodó álláspontnak híve.

November 30-i ülés.

Előadás:

Bálint Gy.: Still-Chauffard-Felty-symptomacomplexumról két eset kapcsán. Két harmadik évtizedben lévő beteget ismertet chronicus arthritissel, nyirokmirigymegnagyobbodásokkal és lépmeagnagyobbodásokkal. — Az egyik beteg a vérből streptococcus viridans tenyésztett ki. Párhuzamot von a gyermekkori és felnőtt formák között. Aetiologiailag a két formát közösnek tartja, kórokozóul pedig streptococcus viridant vesz fel, hasonlóan a lentasepsishez; az ettől eltérő képet a különböző szövetek eltérő reakciói magyarázzák. Lehetséges azonban, hogy más mikroorganizmusok is bizonyos, feltételek mellett hasonló symptomakomplexumot idézhetnek elő. Az esetet azért tartotta bemutatásra érdemesnek, mivel hazánkban most volt először alkalom ennek a betegségnek ismertetésére.

Pribék L.: A sternalis punctio jelentősége a heveny leukaemiák kórismezésében. A szegycsontcsapolási eljárás ismertetése után, — melyet másfél év óta használnak a belgyógyászati diagnosztikai klinikán, — fejtegeti ezen év alatt pontosan észlelt három heveny myelosis esetüket, kiemelve azt, hogy egyiken még az aleukaemiás állapotban sikerült a biztos kórismezés a csontvelővizsgálat segítségével.

Kassai D.: Milyen összefüggés van az orrüreg és a mandulák között? (Kézirat nem érkezett.)

A Magyar Röntgen Társaság nov. 17-i ülése.

Lechner Zs.: Hasi actinomycosis. (Diagnostika.) A ritkábban előforduló hasi actinomycosis irodalmát ismerteti. Egy ileocecalis, egy periappendicularis és egy sigmatáji actinomycosis esetét mutatja be, melyek közül kettő került röntgenvizsgálatra. Az egyik nagy coecumtáji kiesés formájában, mint gyulladáshoz tumor, a másik a rectum sigma átmenetnél levő tumorra gyanús árnyékkiesés alakjában jelentkezett. Rámutat arra, hogy a hasi actinomycosisnak nincs karakteristikus radiológiai képe és a bemutatott esetekben is csak a műtétkor nyert genyben kimutatott sugárgomba vezetett a helyes diagnózisra. Felhívja a figyelmet arra, hogy nagy, kőkemény és infiltráló tumorok és nehezen gyógyuló appendektomia esetén az actinomycosisra is gondolni kell.

Lichtenstein B.: Hasi actinomycosis. (Therapia.) Az actinomycosis gyógyeredményeit két tényező befolyásolja: 1. a betegség localisatioja, 2. kiterjedése és evvel együtt a beteg általános állapota. Hogy hasi actinomycosisnál az elért eredmények nem olyan kielégítőek, mint pl. a cervicofacialis formánál, annak a localisatió kívül nem utolsó sorban a korai diagnosis hiánya az oka. A korai diagnosis felállításának nehézségei a betegség természetében rejlenek. Egyetlen mód rá az intracutan vaccina-próba elvégzése, de ehhez előbb gondolni kell a kórképre. — A röntgensugárhatás nem fajlagos, nem a gombok ellen irányul, hanem a sugárérzékeny granulatiós szövet ellen. Az irodalom átnézősekor kiderül, hogy eddig csupán két külföldi szerző közölt protrahált-fractionált röntgenbesugárással kezelt egy-egy hasi actinomycosis esetet. Elméletben e mellett a módszer mellett szól, hogy: 1. nem kell előre meghatározott gócdosisal dolgozni, 2. a szövetszerkezeti tempóját jobban kézben lehet tartani, 3. recidivák esetén kevésbé kell a bőr károsodásától tartani, mint az egy-ülésben, nagy

dosissal történt kezelések után. A kezelés e mellett a módszer mellett is kombinált sebészi és sugártherapiás eljárás marad. Igen fontos a széles feltárás, kiadós drainezés a szétesési termékek eltávolításának biztosítására. Ezen elvek szem előtt tartásával kezelték eseteiket, melyek közül 3 hasi esetüket egészen részletesen ismertetik. Ileocoecalis esetük meggyógyult, sigmatáji esetük 4 héttel a kezelés befejezése után cystitis, peritonitis és multiplex tüdőfolyók miatt meghalt. Egy jobb vesetáji esetük kezelését most fejezték be. A felületre leadott összdosis 2—3000 r. között mozgott, aszerint, hogy a kezelés milyen hosszú időre húzódott el. Ülésenként 200 r-t adtak 40 cm. távolságról, 0,5 Cu, 180 KV max., 14 r/Min. intenzitással. — A fontosabb megfigyelések közé tartozik, hogy a resistentia a gyógyult esetben sem tűnt el a kezelés végére, hanem jóval később, amint azt már chronikus granulációs szöveteknél is látták. Az első két esetükben a kezelés után elvégzett intracután vaccina-próba positiv volt. A röntgen tehát nem befolyásolta rossz irányban a beteg allergiás állapotát. — A protraahát-fractionált röntgenkezeléstől a jövőben jó eredményeket lehet remélni. Feltűnő jék az arany plus vaccinatherapia eredményei hasi actinomyosis esetekben is. Hogy melyik eljárás fog beválni, azt többek között ma még az esetek kis száma miatt sem lehet megítélni.

Vidor J.: Szokatlan terjedelmű, agyalapra is követhető, traumás koponyadefectus — klinikai gyógyulással. Autógázolásból kifolyólag 62 éves sérült gyermektenyérvényi koponyadefectust szenvedett a parietalis convexitáson; ezenkívül két repedési vonal is látható a felvételen, melyek közül az egyik az elülső scalan át az orrüregig, a másik az os petrosumon át a garatig követhető.

Az azonnali műtét a parietalis defectus decompression-nálásából állott, a nagy fragmentumok szabad transplan-tumok alakjában helyeztetek vissza, meg is tapadtak.

Ugyanekkor az art. mening. medis egyik vérző ágát két helyen lekötötték. A sérült ma, 8 hónappal a trauma után napi munkáját végzi, a parietalis defectus kitejődött.

A röntgenlelet nem jogosít fel kedvezőtlen prognosis felállítására, jöllehet a basalis sérülések alapján tapasztalataink igen kedvezőtlenek.

Vidor J.: Gerincoszlop melanosarkomája. 57 éves nő-beteg egy év előtt intensív gerinctáji fájdalomról kezd panaszkodni. A dorsalis gerincoszlop kétirányú röntgenfelvétele kifejezett spondylarthrosist mutat csontkapcsokkal. Mivel panaszai fokozódtak és a jobb hypochondriumba is kisugároztak, positiv cholecystographiás lelet alapján cholecystektomia is történt, de állapota ezután sem javult, sőt a műtét után 2 hónappal enyhe parietikus jelenségek is mutatkoznak. Ideggyógyászati vizsgálat a VI-ik dors. csigolya magasságában gerincvelő laesiót vesz fel (Benedek prof.), melyet a myelographia igazol.

Műtétnél (Winternitz prof.) a VI-ik háti csigolya testéről kiinduló tumort találnak extraduralisan, radicalis eltávolítás nem volt lehetséges. Massív dosisú röntgenbesugárzás nem segített. Egy évvel a betegség kezdete után exitus. A kórszövetteni vizsgálat a gerincoszlop melanosarkomáját bizonyította.

Midőn a positiv myelographiás lelet után a régebben készült — üres — felvételeket elővettük, retrospective meggyőződünk róla, hogy az elváltozások a VI-ik háti csigolya strukturájában kivehetőek, de tumor diagnózisát erre építeni még utólag sem mertünk volna.

Vámosy Zoltán ünneplése.

Meleg ünnepséget rendeztek Vámosy Zoltán tanítványai Mesterük 70-ik születésnapján, f. hó 14-én délután.

Az Egyetemi Gyógyszertani Intézet feldíszített tantermét zsúfolásig megtöltötte az előkelő ünneplő közönség, kiknek soraiban megjelent a kultuszminisztériumból Szily Kálmán államtitkár, Füley Szántó Endre, Molnár Andor miniszteri tanácsosok, a belügyminisztériumból Grosch Károly, Kolosváry Sándor osztályfőnökök, Atzél Elemér, Pöltzel Jenő miniszteri tanácsosok, Siegler János miniszteri titkár; Verebélly Tibor e. i. Rektor Magnificus, Belák Sándor e. i. orvostudományi tantestületének számos tagja, az ünneplést családja, továbbá tanítványai és tisztelői nagy számban.

Az ünnepséget Issekutz Béla professor nyitotta meg, köszöntve az egybegyűlteket s méltatta a nap jelentőségét.

Az első ünnepi szónok Verebélly Tibor e. i. Rector Magnificus volt, ki a barátok nevében intézett meleghangú beszédet az ünnepléshez, visszapillantást vetve az Egyetemen együtt töltött időkre.

Belák Sándor e. i. Dékán a munkatársak nevében szólott s méltatta Vámosy professor tudományos munkásságát s kiemelte emberi értékeit.

Scholtz Kornél ny. államtitkár a Közegészségügyi Tanács nevében mondott üdvözetet, kérve, hogy értékes munkájával távabbra is támogassa a Tanács működését.

Frigyesi József professor a Balneologiai Egyesület nevében mondott közvetlen beszédet s annak az óhajának adott kifejezést, hogy még hosszú éveken keresztül tisztelhesék Vámosy Zoltánt, mint elnöküket.

Tauffer Gábor országgyűlési képviselő a gyógyszerész társadalom üdvözetét tolmácsolta s méltatta azt az értékes munkát, melyet Vámosy professzor a gyógyszerészet és a gyógyszerész kiképzés érdekében kifejtett.

Fritz Gusztáv egyet. magántanár a tanítványok nevében üdvözölte Mesterüket s őszinte hálájuk és ragaszkodásuk jelképeként átnyújtotta szeretett Mesterének ajánlott könyvét, a Magyar Orvosi Archivum ünnepi kötetét s az ez alkalomra készített művészi emléklakettet.

Végül Paulikovics Elemér, az Orvostanhallgatók Segítő Egyesületének elnöke az ifjúság háláját és szeretetét tolmácsolta.

Vámosy professor meghatott beszédben mondott köszönetet az őt ért ünnepségért, egyenként köszönve meg a szónokoknak a hozzá intézett szavakat. Végül üdvözölte élettársát, kinek harmónikus életét köszönheti s ki élete minden munkájában odaadó támasza volt.

A lélekemelő ünnepség után a Zeneművészeti Főiskolában az Orvostanhallgatók Symphonikus Zenekara adott díszhangversenyt Vámosy professor tiszteletére.

*

Igaz szeretettel és mély tisztelettel csatlakozik az ünneplők táborához az Orvosi Hetilap is, s amikor ez úton fejezzük ki őszinte szívből jövő jókívánságainkat szeretett főszerkesztőnknek, nem mulaszthatjuk el megemlékezni egy, az Orvosi Hetilapra nézve másik fontos évfordulóról.

Sedyl

tabl. 10 × 0.10

megbízható Sedativum, Hypnotikum, Antiepileptikum

Sedyletta

tabl. 30 × 0.015

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum

Szabadon rendelhető: OTI, MABI, MÁV.

Podmaniczky Gyógyszertár, Budapest, VI

Tizenöt évvel ezelőtt vette át *Vámosy Zoltán* prof. a kultuszminiszter megbízásából az Orvosi Hetilap vezetését.

A háborút követő súlyos gazdasági viszonyok e lapot is válságos helyzetbe hozták. Mindössze 800 előfizetőt számlált s 8 oldalon, egyszerű rotációs papíron nyomva jelent meg, amikor *Vámosy* professor — átérzve azt a fontos szerepet, amit e lap az orvostársadalom életében betölt, — szerkesztésének élére állt. Fáradhatatlan munkájával, soha nem csüggedő akaraterejével fokról-fokra emelte a lap színvonalát s rövid néhány év alatt áldásos munkájának eredményeképpen elértük azt, hogy előfizetőink száma 2800-ra emelkedett s a lap terjedelme 32—36 oldal lett. Neki köszönhetjük azt, hogy lapunk ma a magyar orvosi szaklapok között a vezető helyen áll.

És most, amikor 70-ik születésnapját és 15 éves főszerkesztői jubileumát ünnepeljük, boldog örömmel állapíthatjuk meg, hogy az a fiatalos munkakedv, mellyel céltudatos munkáját megkezdte, nem vesztett erejéből, most is a régi lelkesedéssel és odaadással végzi a magára vállalt feladatot. Isten tartsa meg őt erőben, egészségben, hogy építő munkáját még hosszú éveken keresztül kifejthesse, úgy e lap munkatársai, mint az egész orvostársadalom örömeire. Isten áldását kérjük mind személyére, mind munkájára.

Fritz Ernő dr.

A gondolat-társítás ábrázolása s az orvosi oktatás.

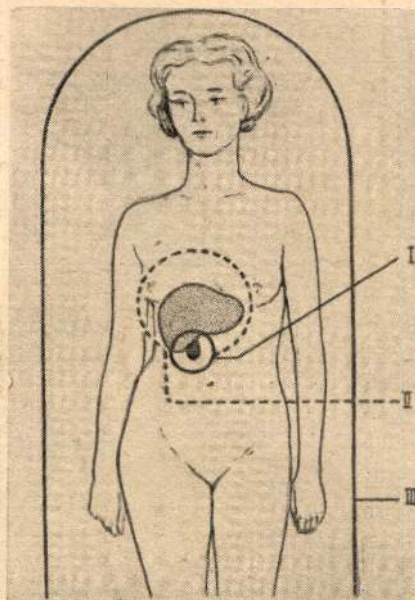
Irta: *Rosenthal Jenő* dr. egyetemi magántanár.

Nem kétséges, hogy a legutóbbi 40 esztendő folyamán mindinkább növekvő aránytalanság állott elő az orvosi működés eredményes gyakorlásához szükséges ismeretek mennyisége s a rendelkezésre álló tanulmányi idő között. A tudomány haladásával, az ismeretek bővülésével, mind újabb — s gyakorlati szempontból alig nélkülözhető — részletek megismerése folytán a tanulmányi anyag számításom szerint mintegy 120%-kal növekedett meg ama anyaghoz képest, melyről a szigorló orvosnak négy évtized előtt kellett vizsgái alkalmával tanúságot tennie. Ezzel szemben a tanulmányi idő öt évről hat évre nyúlt meg, ami 20% növekedésnek felel meg. A tanulmányi anyag és tanulmányi idő között lévő eme súlyos aránytalanság, — mely nyilván távolról sem fejeződött be — gyakorlati szempontból azt jelenti, hogy a fiatal orvos mindinkább kisebb hányadával rendelkezik ama ismereteknek, mely komoly és súlyos helyzeteknek teljes megítélésére s a gyógyítás eredményes irányítására szükségesek. A világ egyetlen egyetemének egyetlen előadója sem képes ma arra, hogy az orvostudománynak reá bízott fejezetét a tanrendben, illetve tanulmányi tervben előirányzott idő alatt hallgatóságával megismertesse: ezt tapasztalatból tudja minden előadó s tanuló is, de ezt sajnos utóbb nem veszi figyelembe a mindennapi gyakorlat, az élet. Lehet, hogy a véletlen oly komoly s súlyos helyzet elé állítja az orvost, mellyel tanulmányai folyamán nem volt alkalma találkozni.

Az ábrázolás jelentősége. E nehézségek tették szükségessé, hogy a klinikai előadásokat, demonstrációkat az illető tárgykör hiánytalan áttekintését célzó könyvek tanulmányozásával s megismertetésével egészítsük ki. Orvosi könyvek szövegének könnyebb megértését ábrázolásokkal igyekeztek előmozdítani: már régóta talál-

kozunk különböző képekkel, egyszer az akromegáliás arcot, máskor valamely vesedaganat makroszkopos, vagy mikroszkopos részleteit, a vizsgálat kivételéhez szükséges valamelyik eszköz — pl. rektoskop — formáját szerkezetét mutatják be az olvasónak. Máskor különböző Röntgen-képekkel, esetleg görbékkel találkozunk, melyek talán valamely esetben a vércukor szintjének jellegzetes változását ábrázolják. Mindezen illusztrációk nélkül ma jóformán el sem gondolható valamely orvosi tankönyv. Az ábrázolásnak imént vázolt részleteit közös nevezőre hozhatjuk abban, hogy e képek minden esetben valamely valóban látható *concretumot* mutatnak be. Az orvosi működés azonban távolról sem áll egyszerűen concret adatok sorának ismeretéből: eme adatok a kórisme felépítése, a gyógyítás helyes módjának megállapítása érdekében összekapcsolandók, vagy pedig különválasztandók. Úgy vélem, helyes megállapítás, hogy az a gyakorlati szempontból értékesebb s talán egyben tapasztaltabb orvos, aki egy bizonyos concretum kapcsán több lehetőség irányában asszociál, s aki-ben megvan a képesség arra, hogy másoknak — tanítónak — vagy saját magának tapasztalatai alapján az egyik, vagy másik lehetőség értékét úgy a diagnosis mint a therapia szempontjából helyesen mérlegelje. Az ily irányú asszociatio nélkül az orvosi működés helyes gyakorlása el sem képzelhető. Eme indokok már évtizedek óta arra készítettek, hogy előadásaim alkalmával lehetőleg az illető esetben kívánatos *abstract* gondolat-társítást is ábrázoljam.

A *gondolattársítás ábrázolása*. Nem kétséges, hogy minden emberi tudásnak, tapasztalásnak alapja az emlékezés. Valamely könyv olvasásakor lelki szemeink előtt látunk valamely képet, melyet a szöveg nyomán — helyes, vagy talán nem egészen szabatos formában — magunk alkottunk meg. Ezt a képet raktározzuk el emlékezetünkben, ezt hívjuk elő-rövidebb, vagy hosszabb idő — néha évek — múltán midőn a mások, vagy magunk tapasztalatát a betegségek felismerésére s gyógyítására alkalmazzuk. Ez az emlékkép, mely sokszor nem is tudatosan tevődik el emlékezetünkbe, néha helyes, tökéletes, élénk, világos, de lehet máskor hiányos, bizonytalan s esetleg hibás is. Az ily hibás elképzelés megelőzése s a helyes kép lehető rögzítése érhető el azáltal, ha az adott esetben kívánatos és szük-



Az epehólyagban lévő ok:

1. pangás + infectio;
2. steril köképződés;
3. az epe colloid chemismusának megváltozása;

A májnak megváltozott működése.

Az egész szervezet cholesterolin anyagcseréjének zavara.

1. ábra. Az epekövek keletkezésére vonatkozó feltevések áttekintése.

séges gondolat-társítás ábrázolását készen kapja az olvasó. Az *associatio szolgálatába állított ábrázolás nem egyéb, mint a visualis benyomás formájában rögzített gondolat.* Eme ábrázolások körvonalai, formái, színei úgy választandók meg, hogy azok lehetőleg ne ismétlődjenek, miáltal elérhetjük, hogy az egyes associatiók más-más visualis kép formájában maradjanak meg emlékezetünkben. Az elmondottak értelmét talán néhány példával világitánám meg.

Az epeköképződés lehető okait rövidebb, vagy hosszabb előadásban — vagy esetleg szövegben — ismerethetem. Az ilyen előadás meghallgatása vagy valamely könyv illető részletének elolvasása — nyomán e kérdésre vonatkozóan több, vagy kevesebb emlékkép, illetve adat marad meg emlékezetünkben. Nem kétséges azonban, hogy rövidebb idő alatt több adat tartósabban vésődik be emlékezetünkbe, ha az idemlékelt képet vesszük szemügyre. (l. 1. ábra.) E kép a szervezetnek kizárólag a felvetett kérdés szempontjából fontos részleteit mutatja be: ha figyelembe vesszük, hogy az eredeti képek jelentős része különböző színeket is felhasznál az ábrázolás élénkítésére, úgy csakugyan lényegesen könnyebbé válik e kérdéssel kapcsolatos ismeretünknek felfogása, megjegyzése s tartós rögzítése.

Egy másik ábra azt mutatja, hogy az appendicitis megállapításakor a m. psoas érzékenysége vizsgálendő: a képen kizárólag a psoas maga színes, hogy lehetőleg az ragadja meg az olvasó figyelmét. (l. 2. ábra)

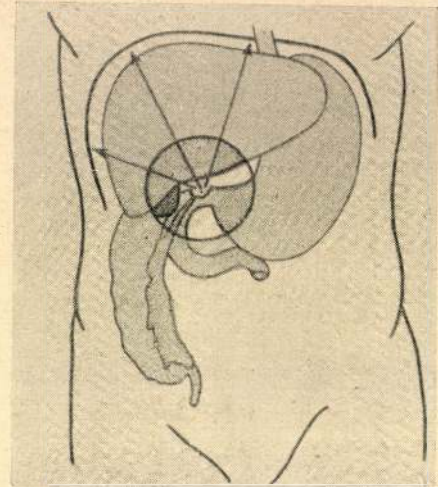


2. ábra. Az appendicitis felismerésére szolgáló s különböző szerzők nevéhez fűződő nyomáspontok tulajdonkép a jobb m. psoas fájdalomosságából származnak. Eme izom érzékenységének kimutatását megkönnyíti, ha a beteget jobb alsó végtagjának felemelésére szólítjuk fel s e helyzetben kíséreljük meg az összehúzódtott psoas kitapintását.

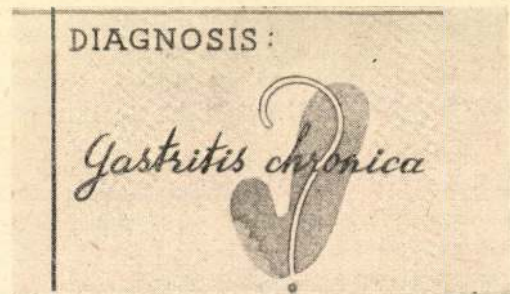
Ha magunk előtt látjuk a duodenalis perforatio képét s egy kisebb kör vonja magára a figyelmet — melyen belül a hasi catastropha bekövetkezett — úgy könnyen megérthető, hogy a gáznemű anyagok a hasüreg felső részein gyűlnek meg, a folyékony gyomortartalom pedig a has jobb oldalának alsó részén halmozódik fel. Ha e kép emlékét megőrizzük, talán kevesebb duodenalis perforatiót fognak előbb appendicitis gyanúja miatt megoperáltatni. (l. 3. ábra.)

Tudjuk, hogy mily nehézségekbe ütközik sokszor a gyoromcarcinomának korai — még az operabilitás határán belül történő — felismerése. Nem egyszer chronicus gastritis állapítható meg oly időpontban, midőn a daganat már fennáll, fejlődőben van, de helyzeténél fogva, vagy egyéb körülményei miatt még nem mutatható ki. Ilyenkor nem szabad megnyugodnunk a „gastritis chronica” kórisméjében: ha a beteg 40 évnél idősebb, úgy gondosan megfigyelendő a netán fejlődő da-

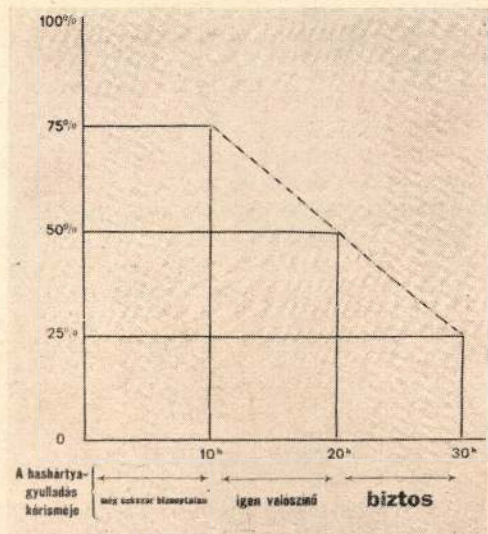
ganat szempontjából, hogy annak eltávolítása, ha utóbb csakugyan kifejlődött, lehetőleg korán történhessék meg. E fontos gondolatmenet ábrázolását szolgálja igen egyszerű, de meggyőző eszközökkel a következő ábra. (l. 4. ábra.)



3. ábra. A duodenum átfuródása esetén folyékony s gáznemű gyomortartalom jut a hasüregbe. A gáznemű anyagok a hasüreg legmagasabb pontján helyezkednek el, miáltal a májtompulat oldalt is eltűnik. A folyékony gyomorbennék a vastagbél mentén a vakbél tájra süllyed s appendicitis látszatát okozza.



4. ábra. A gastritis chronica diagnosisának leírásakor gondoljunk minden esetben arra, vajjon e megállapítás mögött nincs-e gyomor-carcinoma.

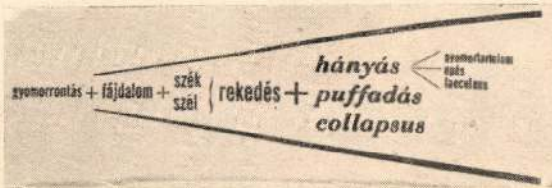


5. ábra.

Tudvalevő, hogy valamely hasi szerv átfuródása esetén a gyógyítás kizárólag műtéti úton történik, s hogy a gyógyulás kilátásai jóformán óráról-órára romlanak. Ezt mutatja a következő rajz: ugyanezen látható

azonban az a gyakorlati szempontból nem kellően hangsúlyozott tény, hogy az átfuródást követő első órákban — midőn a műtét kilátásai még aránylag kedvezőek — a kórisme még sokszor bizonytalan. Ez ok miatt a diagnosztikus szempontból biztosabb s a gyógyulás szempontjából sokkalta kedvezőtlenebb időben történik sok műtét. Ez az ábra azt tanítja, hogy néha ama súlyos választás előtt állunk, hogy bizonytalan diagnosis mellett megmentsük, vagy biztosabb kórisme mellett elveszítjük a beteget. (l.: 5. ábra).

Még egy utolsó példát: egy igen súlyos kórkép, a bélelzáródás néha úgy kezdődik, mintha csak valamilyen ártalmatlan „gyomorrontás” volna. A mindinkább s a gyorsan bővülő kórkép, a mind hangosabb és véstjőslőbb tünetek mutatják később — 3—4 nap multán — hogy a látszólag jelentéktelen tünetek nagyon is komoly ok miatt következtek be. Nyilvánvaló hogy valamely bélelzáródásban szenvedő beteg annál inkább menthető meg, minél korábban gondolunk e lehetőségre. (l.: 6. ábra.)



6. ábra. Néha úgy látszik, mintha jelentéktelen „gyomorrontás”-hoz társult hasi fájdalommal állanánk szemben: a rendszerint elég gyorsan kifejlődő súlyos tünetek, a mindinkább bővülő kórkép kapcsán alakulnak ki azután a bélelzáródás egyéb jelei.

Az *associativ* ábrázolás gyakorlati jelentősége. E néhány kiragadott példa, — úgy vélem — igen szemléltetően és meggyőzően mutatja, hogy az imént vázolt *associativ* illustratio segítségével

több adat
rövidebb idő alatt, s
tartósabban

perciálható. Ez egyébként mérhető is, ha az orvosi studium hasonló fokán álló csoportoknak ugyanazon tárgykört adjuk elő, egyszer az előadásnak és illusztrationak eddig gyakorolt eszközeivel s máskor az *associativ* illustratio bekapcsolásával. Ha mindkét csoportban hosszabb idő, pl. 10 hónap elteltével az eleve meghatározott kérdésekre kapott helyes s nem megfelelő válaszok arányszámát vizsgáljuk, úgy azt találjuk, hogy az *associativ* illustratio alkalmazása mellett 25%-kal több helyes választ kapunk. Ez más szóval azt jelenti, hogy ha nemcsak a *concretum*okat, hanem az egyes esetre vonatkozó *associatiót* is ábrázoljuk, úgy egy meghatározott tanulmányi idő alatt 25%-kal több anyag perceptióját érhetjük el, vagy pedig a tanulmányi anyag állandóságát feltételezve, ugyanily arányban rövidebb idő alatt érhetjük el az anyag felfogását, megértését és rögzítését.

A tanításnak ezt a módját lehető széles mederben igyekeztem alkalmazni egy nem rég megjelent könyvemben, mely a belgyógyászatnak egy jelentős fejezetét tárgyalja. *Báró Korányi Sándor* professor úr — aki e könyv előszavát volt szíves megírni — hangsúlyozza, hogy mindenki érzi az orvosi tanítás reformjának szükségességét s hogy e tekintetben az említett megállapításon kívül alig történik valami. Úgy vélem, hogy éppen az *associativ* illustratio van hivatva a tanulmányi anyag s tanulmányi idő közötti aránytalanság csökkentésére

és áthidalására; azt gondolom, hogy a tanításnak s tanulásnak e módszere a belgyógyászat egyéb fejezeteit illetőleg s az orvostudomány többi ágaiban is eredményel lesz alkalmazható.

A „*visuális*” *oktatásról általában*. Legutóbbi rövid londoni tartózkodásom alatt alkalmam volt megállapítani, hogy a London University-n, valamint a Postgraduate Medical School-ban igen sok tanuló van, akiknek nem anyanyelve az angol. A hindu, arab, kínai és még sok más tanuló szempontjából — akik talán nem mindig tökéletes ismerői az angol nyelvnek — ugyancsak jó szolgálatot tehet a tanításnak fentebb vázolt módszere: a kép ugyanis könnyebben érthető s fogható fel, a képnek nincs nemzetisége.

A *visuális* tanítás jelentőségét egyébként éppen Angliában ismerték fel először: *S. H. Daukes*-nek alapvető munkájára célzok, aki a *Welcome Museum of Medical Science*-t megeremtette. *Daukes dr.* évek óta hangsúlyozza a *visuális* tanítás nagy gyakorlati fontosságát s ennek érdekében a maga nemében egyedülálló gyűjteményt állított a tanítás szolgálatába. Ez a tanító múzeum elsősorban az orvostudomány *concret* illusztratiójának tekinthető, nagy s kitűnően megrendezett kórbontani s klinikai anyagával. Miként már fentebb említettem, a *concretum*ok ismeretén kívül megfelelő *associatiókra* is van szüksége az orvosnak. Ezeknek megismerését, felfogását s rögzítését megfelelő illusztrációkkal jelentősen előmozdíthatjuk. Ama ellenvetést illetőleg, hogy talán nem mindenki „*visuális*”, önként adódik a válasz, hogy aki nem „*visuális*”, bizonyára kitűnően érvényesülhet sokféle pályán, de igen kétséges, vajjon jó orvos lehet-e.

*) Az ábrákat, valamint említett könyvem hasonló képeit *Szörényi Tibor dr.* készítette kinek orvosi ismeretekkel társult művészi rajz-készsége lényegesen előmozdította azoknak helyes elkészítését.

VEGYES HIREK

A Magyar Országos Orvos-Szövetség ez évi congressusát f. hó 11-én tartotta. — *Verebélly Tibor* professor elnöki megnyitójában bejelentette, hogy a megvalósulás előtt áll a hősi halált halt orvosok emlékének megörökítése. Az Orvosi Kamara és a szövetség tevékenységére utalva hangzott, hogy mindkét szervezetnek közös célja az orvosi rend jobb sorsának megvívása, amit a *szociális* egészségügyi gondoskodás jelszavával egyre jobban ostromol a közvélemény és az államhatalom.

Keleti József főtitkár terjesztette ezután elő jelentését. Majd a szövetség örökös tagjai sorába emelték és *diszoklevéllel* tüntették ki *Alapy Henrik*, *Grósz Emil*, *Hülltli Hümmér*, *Korányi Sándor báró*, *Krepuska Géza*, *Nékám Lajos*, *Ranschburg Pál*, *Sarbo Artur*, *Scpiades Elemér* és *Vámossy Zoltán* professorokat, akik 40 éve tartoznak már a szövetség kötelékébe.

A tisztújításra került ezután sor, *Verebélly Tibor*, aki tudvalevően elnöke az Országos Orvosi Kamarának, nem vállalta tovább a szövetség elnökségét. Helyébe *Mutschenbacher Tivadar* egyetemi tanárt választották meg. Aelnök: *Keleti József*, *Born József*, *Duzár József* és *Petz Aladár* lett; főtitkár: *Korbuly Elemér*, titkár: *Bakonyi István* és *Fabinyi Géza*, pénztáros *Ferenczy Károly*. Ezután *Mutschenbacher Tivadar* foglalta el az elnöki széket s mondotta el a nagy tetszéssel fogadott megnyitó beszédét.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat december 7-én megtartott választmányi ülésén úgy határozott, hogy a visszacsatolt felvidéki orvosok érdekeinek képviseletére két választmányi tagságot tart fenn. A lemondott *Pajor Ferenc* pénztáros helyére *Brezovszky Emil* kórh. főorvost, v. *Herceg Árpád* jegyző helyére pedig *Mesterházy Lászlót* kérték fel. *Nékám* 3 kötetes *Dermatologia Atlasza* magyar kiadásban már megjelent és legközelebb az igényjogosultak megkapják, amennyiben 1937. évi tagdíjukat is kiegyenlítették.

1939. év január havában a következő kiadványok megjelentése várható: *Herepey Csákány: Tuberculosis* c. munkája 36 iv terjedelemben, *Ratkóczy: Hodgkin-kór* (12 iv); *Melczer: Lymphogranulomatosis*; *Beznák: Élettan.* (I. rész). A könyvilletmények akadálytalan szétküldése érdekében kéri a hátrálékos tagokat, hogy tartozásukat a 8883. sz. csekklap útján kiegyenlíteni szíveskedjenek. (Tagsági és előfizetési díj 36 P.).

Frontátvonulások és kísérőjelenségeik december 6—12. között. Ez a hét aránylag szegény volt frontokban, úgy a megelőző héthez képest, mint az előrehaladott évszakhoz viszonyítva is. Az előfordult frontok közül egy sem volt erős fejlettségű. December 8-ika teljesen nyugodt, frontmentes időjárású nap volt. A felsiklási frontok iránt érzékeny egyének valószínűleg csak a hét első napján (6-án délelőtt) szenvedtek el számottevő reakciókat. Betörési frontok reakcióira többször nyílt alkalom, de ezek közt valószínűleg csak a dec. 6. délutántól dec. 7. délig lejátszódott négy frontátvonulás okozott lényegesebb postfrontális hatásokat. Ez a négy front is mind gyenge fejlettségű volt ugyan, de a frontok rövid időköz alatt való halmozott fellépése tapasztalás szerint fokozott frontopathikus reactio kiváltására alkalmas. A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatók: *)

Átvonulás ideje Budapesten			A front lejtája	Fejlettsége	Kísérő eseményei*
hó	nap	óra			
December	6	14	felsiklási	mérsék.	Praefrontális eső 12 ó-tól, 0,5 mm.
	6	15	betörési	gyenge	Kevés posifrontális eső
	6	17	"	"	"
	6	19	"	"	Postfront. szélérések, max. 20 ó-ker 6m/mp.
	7	14	"	"	Szélélénkülés
	9	8	"	mérsék.	Szélélénkülés (monszybetörés keletről).
	9	24	felülkés.	gyenge	Praefront. eső 21 ó-tól 1 mm.
	10	24	"	"	Praef. ont. borulás déltől.
	11	2	betörési	mérsék.	Kevés post. ont. eső, élénk postfront. szél.
	12	2	"	gyenge	Némi szélélénkülés.
	12	22	"	mérsék.	Rövid esti zéporosó.

*) A táblázat utolsó rovatában szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Országos Meteorológiai Intézet önró műszereinek adatai.

Mária Valéria Közkórház, Balassagyarmat

2607/1938. Kig. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A 257.400—1937. B. M. sz. rendelettel a Nógrádvármegyei Mária Valéria közkórháznál engedélyezett *kisegítő orvosi* alkalmaztatás betöltésére ezennel pályázatot hirdetek. Az alkalmaztatás ideiglenes jellegű és bármikor minden jogigény nélkül megszüntethető és végleges alkalmaztatásra jogalapot nem szolgáltat. Az alkalmaztatás csak egy évre terjed és újabb pályázat által kerül újra betöltésre. Javadalmazása a kisegítő orvosnak: másodmagával természetbeni lakás, fűtés, világítás és tisztí élelmezés, havi 80 P. díjazás.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények 1939. január 5-én déli 12 óráig Méltóságos dr. Soldos Béla főispán úrhoz intézve a kórházigazgatósághoz nyújtandók be. A kérvényhez melléklendők: születési bizonyítvány, orvosdoktori oklevél, esetleges eddigi működést igazoló bizonyítványok, illetve ezek hiteles másolatai. Az alkalmaztatás megtörténte után a szolgálat azonnal megkezdendő.

Balassagyarmat, 1938. december 12-én.

Dr. Kenessey Albert s. k.
m. kir. egészségügyi főtanácsos,
kórházigazgató-főorvos.

FAGIFOR „Cito“ lag. orig.

Calcium sókat tart. jóízű mentholos kreosot szyrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

„CITO“ gyógyszervegyészetigár Budapest, XIV.

ELEKTYL-CHINOIN

4- (4'-aminobenzolsulfamido)-benzolsulfondimethylamid, tablettánként 0,5 g

gonorrhoea és szövődményeinek chemotherapiás kezelésére



**Uj, 12 és 24 tablettás phiolák
a régi áron!**

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

MISKOLCZY DEZSŐ
VIDAKOVITS KAMILLÓ

GORKA SÁNDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Burger Károly: A magzat méhenbelüli elhalása. (1251—1254. oldal.)

Czirer László: A gyomorfekély műtéti jelei a sebész és belgyógyász szempontjából. (1254—1258. oldal.)

Kubányi Endre: Beszámoló a székesfővárosi közpórházak „Vértadó Központjának” háromévi működéséről. (1258—1260. oldal.)

Ipolyi Ferenc: Plaut-Vincent-féle fertőzés a nyelvgyökön és epiglottison. (1260—1261. oldal.)

d. Halász György: Különleges jóindulatú vastagbél-daganatok. (1261—1263. oldal.)

Bochkor Ádám: Feltűnő vastagodással járt idült fajlagos főérgyulladás. (1263—1264. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (205—212. oldal.)

Lapszemle: Belorvosok. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Orr-, torok-, gégegyógyászat. — Bőrgyógyászat. — Urologia. (1264—1267. oldal.)

Könyvismertetés: (1267. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1267—1268. oldl.)

Kövesligethy Iván: A radium felfedezésének negyvenéves évfordulója. (1268—1269. oldal.)

Zemplényi Imre: Aktualitások. (1269—1271. oldal.)

Vegyes hírek: (1271—1272. oldal és a borítólapon III. és IV. oldalán.)

A magzat méhenbelüli elhalása.

(Klinikai előadás.)

Irta: Burger Károly dr.
egyetemi nyilvános rendes tanár.

A méhenbelüli életben oly ártalmak érhetik a magzatot, amelyek megbetegedését, vagy halálát okozhatják. Ezen ártalmakat részben ismerjük, részben nem. Épen ezért adott esetben aránylag gyakran nem tudjuk megállapítani, hogy mi volt a magzat elhalásának oka. Különösen így van ez a terhesség elején előforduló ú. n. szokványos elhalás és vetélés esetén. Pedig fontos volna ilyenkor, hogy a baj okát kiderítsük, mert eredményesen küzdeni, csak ismert tényezők ellen lehet.

Ha a magzat a méhen belül elhal, úgy a szülőtevékenység többnyire néhány 24 órán belül megindul és a magzat megszületik. Előfordul azonban az is, hogy az elhalt magzat a méhben visszamarad. Ha ilyenkor kezdetben valamelyes méhtevékenység (méhösszehúzóadás) jelentkezik, majd megszűnik, s a terhesség tovább tart, úgy a terhesség elején missed abortion-ról, a terhesség végén missed labour-ról szólunk. A terhesség első III hónapjában a magzat ilyenkor feloldódhat (autolysis), a terhesség III. hónapján túl macerálódhat. E macerációnak két fokát ismerjük. Az első vagy enyhébb fokban a bőr a magzatvíz hatására hólyagokban vagy csafatokban leválik. Másodfokú maceratio esetén az egész magzat haemolysis következtében szennyes szürkés-barnássá lesz, izületei petyhüdtékké, koponyája pedig összeesetté, lötyögővé válik. Míg a maceratio első foka már néhány nap alatt bekövetkezik, addig a másodfokú maceratio csak hetek múlva. Mindezek csirmentesen, fermentumok hatására végbemenő elváltozások, a bőr elszíneződése pedig a meconiummal szennyezett magzatvíz epesavas alkáliáinak következménye. Olyankor, amidőn kevés a magzatvíz, vagy ha az felszívódik, a magzat kiszárad, mumificalódik. Ezt azonban inkább ikerterhesség és méhenkívüli terhesség esetén szoktuk látni. Ha a beszárado magzatot a továbbélő és fejlődő ikertársa, illetve az azt körülvevő magzatvízzel telt bu-

rok oldalra szorítja és lelapítja, a mumificalt magzat végül is papírvékonyágúvá válik, amit foetus papyraceusnak nevezünk. Csak megemlíteném, hogy méhenkívüli terhesség esetén a magzat mézsókkal is telítődhetik és kőmagzattá válhat.

A magzat méhenbelüli elhalásának oka lehet úgy a *petében*, mint az *anyában*. A *pete részéről* elsősorban annak *rendellenességei* jöhetnek szóba. Így a *lepény kóros elváltozásai*, mint pl. hólyagos üszök, továbbá *rendellenességek* annak szerkezetében, így infarctusok, tökéletlen kifejlődés, haematomák, továbbá oly elváltozások, amelyek az anyai szervezet megbetegedése következtében jöttek létre, amint azt syphilis és heveny fertőző betegségek esetén látjuk. Csak természetes, hogy a magzat fejlődési rendellenességei, illetve betegségei ugyancsak okozhatják annak halálát. De lehet a magzat halálának oka a *köldökszínórban* is. Ennek részéről elsősorban mechanikus okok szerepelnek, így *Simonart* szalagok okozta lefűződés, a *köldökszínór*nak a magzat valamely testrészére, leginkább nyakára csavarodása, esetleg valódi csomója. De okozhatja a magzat halálát a *köldökszínór vitorlás tapadása* is, ha a *köldökszínór* edényei a *burokrepedés* alkalmával sérülnek.

Mechanikus okok nemcsak a *köldökszínór* kerin-gésének megakadályozása vagy nehezítése által okozhatják a magzat elhalását, hanem azáltal is, hogy maga a *lepény* válik le valamely trauma következtében, vagy azért, mert az *anyának* vesebaja van. De zavarhatja a *lepényi keringést* az a *körülmény* is, hogy a *szülőtevékenység* idő előtt megindul és a *szülőfájások* vagy nagyon sűrűn egymásután jelentkeznek, vagy pedig a *méh állandó összehúzódásba* kerül. Maga a *szülési folyamat* is ártalmára lehet a magzatnak, különösen, ha a magzat feje és a medence között *térránytalanság* van, avagy amidőn a *lágyszövetek* rigiditása miatt a *tágulási szak* elhúzódik és a *burok* korán reped. A magzat elhalásának ez a módja azonban, minthogy már a *szülés* alatt történik, *tárgykörünkbe* nem tartozik.

Az *anya részéről* elsősorban a *fertőző betegségeket* említeném. Ezek közül a *heveny fertőző betegségeket* jelentősége nem nagy, miután aránylag ritkán *szövőd-*

nek terhességgel. Régen úgy gondolták, hogy a magzat halálának oka ilyenkor a magas hőmérsék, miután tudták, hogy a magzat hőmérséke az anyáénál nagyobb szokott lenni. Anélkül, hogy ennek lehetőségét kétségbe vonnánk, tudjuk ma már, hogy ennél nagyobb jelentőségű az a körülmény, hogy a lepény a kórokozó csírok toxinjait, de nem egyszer, különösen, ha maga is megbetegszik, magukat a bakteriumokat is átbocsátja a magzatba. A magzat tehát méhen belül megkaphatja az anya fertőző betegségét. Így ismert, hogy a magzat méhen belül pl. himlőben megbetegedhet és épen a XVII. század híres francia szülész *Mauriceau* is himlőhelyesen jött a világra. A heveny fertőző betegségek kapcsán gyakran látunk a deciduában, illetőleg a lepényben vérzéseket, amelyek a magzati vérellátást megzavarva ugyancsak a magzat pusztulásához vezetnek.

Nagyobb jelentőségük van az idült fertőző megbetegedéseknek, így a *tuberculosisnak* és a *luesnek*. A tuberculotikus terhesek jelentékeny része nem viseli ki magzatát. Nagyonbrészt azonban nem azért, mert magzatuk méhen belül elhal, hanem mert nagyrésztük elvetél, vagy koraszülésen esik át. Az esetek egy részében a terhesség művi megszakítása is szóba kerül. Hangsúlyoznám azonban, hogy a terhesség megszakításának kérdésében *tuberculosis* miatt ma már úgy a szülészek, mint a tüdőorvosok sokkal conservatívabb álláspontot foglalnak el, mint azelőtt.

Lueses nők terhessége ugyancsak gyakran végződik koraszüléssel. Ennél fontosabb azonban témánk szempontjából, hogy a magzatoknak kb. 30%-a terhesség alatt elhal és közismert, hogy a macerált magzatok nagyrésze lueses, mégpedig régebbi szerzők szerint 80, az újabb szerzők szerint pedig kb. 50%-ban. A lueses ártalom ellen szerencsére ma már nagyszerűen tudunk védekezni, mert ha idejekorán ismerjük fel a bajt, — ez pedig a rendszeres terhesvizsgálat bevezetése óta könnyen lehetséges — úgy az anya antilueses kezelése révén, csaknem minden magzat tünetmentesen jön a világra. A magzat lueses ártalmát tehát nagyobb nehézség nélkül ki tudjuk deríteni és ellene eredményesen tudunk megküzdeni.

Mérgezések is okozhatják a magzat méhenbelüli elhalását (ólom, higany, kén, nitrobenzol, egyesek szerint dohány, stb.) továbbá serumbetegségek is. Tekintettel ez utóbbira fajidegen serumot terhesség alatt csak nagy óvatossággal alkalmazunk.

Az anya *szívbaja* különösen *decompensatio* esetén a magzat intrauterin halálához vezethet. Általábanvéve azonban a szívba a magzat sorsát inkább közvetve veszélyezteti azáltal, hogy a szívbaajosok terhessége kb. 30%-ban vetéléssel, vagy koraszüléssel végződik.

A *haemopoetikus rendszer* betegségeivel kapcsolatban ugyancsak nagy a méhenbelüli magzati halálozás. Így terhességi anaemia esetén gyakori a koraszülés és kb. 35% a halott magzat. Haemorrhagiás diathesis miatt pedig a magzatoknak mintegy 50—60%-a hal el a méhen belül. A női nemiszervek fejlődési rendellenességei, a méh helyzetváltozásai, a méhizomzat és a nyálkahártya megbetegedései és elváltozásai inkább a terhesség korai megszakadását okozzák, mint a magzat halálát.

Sokkal nagyobb jelentőségű ezeknél az idősült vesebaj, amellyel kapcsolatban az irodalom tanúsága szerint a magzatoknak kb. 70%-a elhal a méhen belül. Ennek elsősorban azért van nagy jelentősége, mert ha tudjuk, hogy súlyosabb vesebaj esetén a magzatoknak ily nagy része a terhesség alatt elpusztul, úgy nagyon

alaposan mérlegelendő, hogy egy többgyermekes anyának újabb terhességet megengedjünk-e. Az idősült vesebaj ugyanis újabb terhességek alatt mindinkább rosszabbodni szokott és így a 30% élő magzat esélye nem áll arányban egy többgyermekes anya életének veszélyeztetésével. Természetesen más a helyzet, ha először terhes nőről van szó. Ha pedig idősült vesebajban szenvedő nő már teherbeesett, úgy annak egészségi állapota fokozott figyelemmel kísérendő és ilyenkor nem elégedhetünk meg a terhesvizsgálatkor általában szokásos vizeletvizsgálattal, még akkor sem, ha üledékvizsgálat is történt, hanem ismételten ellenőrizendő a veseműködés, a vérnyomás, maradéknitrogen meghatározással és szemfényvizsgálattal egybekötve.

Nem eléggé általánosan ismert az sem, hogy a terhességi toxicosisok a magzat életét is veszélyeztetik. Ez a veszély nemcsak abban nyilvánul, hogy ilyenkor több magzat hal el a terhesség alatt, mint egyébként, de sokkal nagyobb a koraszülések száma és a világra jött koraszülöttek halálózása is. Veszélyezteti a magzat életét az ú. n. *essentialis hypertonia* is, mellyel kapcsolatban ugyancsak előfordul a magzatok méhenbelüli elhalása.

A belső secretiós szervek megbetegedése is okozhatja a magzat méhenbelüli halálát. Általánosan ismert, hogy a cukorbeteg terhes élete fokozottan veszélyeztetett. Azt is megfigyelték már régebben, hogy ilyenkor több magzat hal el a méhen belül. Amióta az insulin birtokában vagyunk ismeretes, hogy a diabetes nem jelent már oly nagy veszélyt a terhes nőre, sajnos azonban — és ezt külön hangsúlyoznám, — az insulinnak ez áldásos hatása kevésbé nyilvánul meg a magzatokon. Az irodalom tanúsága szerint ugyanis ezeknek kb. fele insulinkezelés mellett is elpusztul.

A pajzsmirigyről már régebben tudjuk, hogy a terhességben fokozottan működik. Az állatkísérletek pedig amellel szólnak, hogy a thyreoidea adagolás a magzat életképességét, sőt életét is veszélyezteti. A klinikai tapasztalat is amellel szól, hogy a pajzsmirigy kórosan fokozott működése a méhenbelüli magzatra ártalmas lehet. Vannak azonban oly klinikai tapasztalatok is, amelyek az emített állatkísérletekkel legalábbis az első pillanatra nem egyeznek. Egyesek ugyanis *habitualis elhalás, illetőleg vetélés esetén jó eredményt láttak thyreoidea adagolásától*. Vannak, kik ezt tekintet nélkül az alapanyagcserére végzik. Mégis úgy vélem, hogy a gyógykezelés alkalmazása csak csökkent alapanyagcserével mellett célszerű és jogosult.

Folliculus hormon adagolással is jó eredményt értek el egyesek *habitualis vetélés* esetén. Valószínűleg olyankor, amidőn a méh fejletlenebb volt és a folliculus hormon élettani feladatát teljesítve, azt erősítette, illetve fejlesztette.

Még többen számolnak be jó eredményről *habitualis elhalás és abortus* esetén a *corpus luteum hormonjának adagolásától*. Különösképpen akkor is, amikor a lepény már kifejlődött. Ilyenkor a luteohormonnak talán az a hatása szerepel, hogy csökkenti a méh ingerlékenységét a hypophysis hátsó lebenye iránt. Csak természetes, hogy ez a gyógyítási mód nem vezet mindig eredményhez, ha meggondoljuk azt, hogy a több magzatot szülő állatok méhmagzatainak száma és a petefészekben található sárgatestek között nem egyszer lényeges különbség van a magzatok rovására, mert a peték egy része korán tönkrement. Ez azt mutatja, hogy a corpus luteum élettani viszonyok mellett sem

akadályozza meg mindig a magzat méhenbelüli elhalását.

A gonadotrop hormon túlzottan nagy adagjai ártalmasak lehetnek a magzat életére. Legalább is az állatkísérletek emellett szólnak. Elképzelhető, hogy toxikus terhesség esetén amidőn gonadotrop hormon nagyobb mennyiségben található a vérben és vizeletben, talán ennek a körülménynek is van némi jelentősége a magzatok gyakoribb elhalásában, különösen, ha tekintetbe vesszük, hogy Zondek nagy adag gonadotrop hormon adagolásával emberi magzat elhalását is előidézte.

A belső secretiós rendszer zavarain kívül a vitaminoknak is lehet szerepe a magzatok méhen belüli elhalásában. Így A és B vitamin-szegény táplálékon tartott patkányok méhmagzatai gyakrabban halnak el; a C vitamin jelentősége a terhességre pedig még jobban ismert. Azt is tudjuk, hogy a C vitaminhiány a corpus luteum képződését zavarhatja. Ez magyarázza mindjárt azt a tapasztalatot is, hogy egyesek fenyegető és szokványos vetélés esetén C vitamin adagolással is értek el eredményt. A magzat intrauterin elhalásában a legnagyobb jelentősége azonban az E vitaminnak van, amelyet éppen ezen az alapon fedeztek fel annakidején. A vitaminok jelentőségét a magzat méhenbelüli fejlődésére, egyelőre csak állatkísérletekből ismerjük. — Valószínű azonban, hogy az emberi szervezetben is hasonló a helyzet. Emellett szól a klinikai tapasztalat is, amely szerint főleg a C és E vitamin az emberi magzatok életére és fejlődésére kedvező hatású.

A vitaminokkal kapcsolatban felmerült a táplálkozás kérdése. Ezért felemlenünk, hogy az állattenyésztők tapasztalatai szerint a magzat fejlődésére és életére hatása lehet a jó-, mészadagolásnak, és a fehérje elvonásnak. Mindenesetre érdekes, hogy legalábbis az előbbi kettőre tapasztalataik alapján már a régi orvosok is rájöttek. A táplálék vitamintartalmának befolyása mellett szól bizonyos mértékben az a körülmény, hogy a tavasszal született magzatok átlagsúlya kisebb, mint az ősszel születetteké. Mindezeket, bár szorosánvéve nem tartoznak ez előadás keretébe, csupán azért érintetem, hogy felhívjam a figyelmet arra, hogy *egészséges terheseknek különleges javalat nélkül ne adjunk vitaminkészítményeket, mert erre semmi szükség nincs.* Sőt ártalmas hatásuk is lehet. Ez különösen a D vitaminra vonatkozik, melyet újabban nem szülések is különös előszeretettel ajánlanak terhesek számára. Ez szülészeti szempontból ügylátszik nem közömbös. Saját tapasztalataink ugyanis emellett szólnak, hogy ily szülők magzatainak koponyája kevésbé alakulóképes, ami a szülés mechanizmusa szempontjából nem kedvező.

Csiraártalom is lehet a magzat méhenbelüli elhalásának oka, mégpedig nemcsak az anya, de az apa részéről is. Jobban is lehet e kérdést az apa részéről tanulmányozni, mert az anya csiraártalma esetén a magzat csökkent fejlettségének oka, a csiraártalomon kívül, valamilyen méhenbelüli tényező is lehet. A közismert röntgenártalomon kívül szerepelhet itt a cholin is endogen alapon.

Nagyon érdekes az örökléskutatóknak az ú. n. *letalís és subletalís* genekre vonatkozó megfigyelése. Bizonyos állatokban ezen genek recessív, vagy domináns öröklés szerint homozigota, vagy heterozigota alakban örökölhettek olyannyira, hogy ez szabályszerűen kimutatható. Emberre vonatkozólag a letális genek lehetőségét nem ismerjük, elképzelhető azonban, hogy elő-

fordulnak. Talán pl. oly esetekben, amidőn meddő asszonyok havibaja néha késve jeletkezik s a meddőség elfedi az egész korai vetélés képét.

A magzat méhenbelüli elhalása *túlhordás* esetén is előfordul. Van, aki ezt azzal magyarázza, hogy a placenta túl kevés magzati anyagcsere-terméket választ ki az anyai vérbe s így a magzat végül is saját anyagcsere-termékei miatt pusztul el. Ez megerősítene azt a véleményt, hogy lepényben bekövetkező elváltozások képeznék ilyenkor a magzat elhalásának okát. Ez utóbbiak jellegzetességét azonban mások kétségbevonják. Vizsgálataink emellett szólnak, hogy a C vitamin és a folliculus hormon között bizonyos antagonizmus van (*Pataký*). Tekintve azt, hogy a tüszőhormonszint a terhesség végéig folyton emelkedik, a C vitamin érték pedig csökken, másrészt mert néha sikerült C vitamin adagolással a terhességet időn túl meghosszabbítani, elképzelhető, hogy azon esetben, amidőn az anyai szervezet C vitaminja felhasználódik a folliculushormon hatásának ellensúlyozására és a terhesség túlviselődik, ezen fokozott C vitamin felhasználás miatt a magzatnak kevesebb jut, minek következtében talán elhalhat.

A magzat méhenbelüli halálának felismerése legalább is egyszeri vizsgálat alapján nem könnyű. Tekintve azonban azt, hogy *ez a rendellenesség az anyára semmiféle veszedelmet nem jelent, nem is sürgős.* Az anya részéről jelentkező tünetek közül a sokat hangoztatott fejfájás, szédülés, rossz szájíz, émelygés csak aránylag ritkán jelentkeznek. Már inkább előfordul, hogy a terhes nő a terhesség második felében észreveszi, hogy méhe nem nő, sőt talán kisebbedik. A terhesség elején az *Aschheim-Zondek*, illetve *Friedmann-Lapham* reakcióval dönthetjük el, vajjon a magzat él-e. Ez ismert eljárásokkal kapcsolatban csak arra hívnám fel a figyelmet, hogy egyszeri pozitív, vagy negatív reactio még nem lehet döntő jelentőségű, mert az előbbi csak annyit mutat, hogy van még élő chorionboholy. az utóbbi pedig ugyancsak tévedésre adhat alkalmat, különösen akkor, ha a vizsgálat túlkorán (a havibaj kimaradása után 8—10 napon belül) történt. A nyuirectióval kapcsolatban még arra is felhívnam a figyelmet, hogy, mint újabban tudjuk, a petefészek tüszőiben csak széli bevérzés lehet, ami emellett szól, hogy a magzat elhalóban van, ha pedig tüsződuzzadás nélkül csak sárgatestet találunk, úgy abból szintén a magzat elhalására, illetve a terhesség időelőtti megszakadására lehet következtetni. Megjegyezném még, hogy ezek az észlelések csak elegendő (30 ccm) vizelet befecskendezése esetén irányadók. Hasonló képet egészen fiatal terhesség esetén akkor is találhatunk, ha a pete él. Ismételt bimanualis vizsgálattal eldönthetjük azt, hogy a méh növekszik-e? A terhesség második felében a magzatmozgás észlelése és a szívhangok hallgatása segélyével tájékozódhatunk. Ebben is tévedhet a vizsgáló, mert lehet, hogy van szívhang, csak nem hallható, mert sok a magzatvíz, vagy a magzat háta hátrafelé tekint, stb., és éppen ezért ily alapon is csak ismételt vizsgálat alapján mondhatunk véleményt. Már többet jelent, ha olyan terhesben nem hallunk szívhangot, akin azelőtt már hallottunk. Újabban a röntgenvizsgálatot is ajánlották annak eldöntésére, hogy a magzat él-e, azon az alapon hogy az elhalt magzat koponyacsontjai összeestek. Ennek megítélése is azonban igen nagy tapasztalatot igényel, mert ugyancsak tévedésre adhat alkalmat. Az újabban egyesek ajánlotta egyéb tünetek, illetve vizsgáló eljárásnak nincsen különösebb értéke, ezért ezek ismertetésére nem is térek ki.

Ami a magzat méhen belüli elhalásának *kezelését* illeti, az természetesen csak a baj megelőzéséből vagy kiküszöböléséből állhat. Ez pedig legeredményesebb akkor lehet, ha a fenyegető veszély okával tisztában vagyunk. Igy pl. vérhaj esetén, mert ilyenkor a bajt idejekorán felismerve az anya megfelelő kezelésével a magzat méhenbelüli elhalását megakadályozhatjuk. Máskor, ha pl. méhösszehúzódnak fenyegetik a magzat életét, illetve a terhesség fennmaradását, úgy megfelelő méhnyugtató szerek, luteohormon és C vitamin adagolása kerülnek szóba. A haemopoetikus rendszer megbetegedései esetén az esetleges fertőző góccok felismerése és feltárása mentheti meg a terhességet és javíthat a terhes állapotán is. Belgyógyászati megbetegedésekben az anya állapotának lehető javítása egyúttal a magzat esélyeit is kedvezően befolyásolhatja. Idősült mérgezéses állapotban a méregártalom kiküszöbölése volna szükséges, ami ipari mérgezések esetén az iparhygiene körébe tartozik. Diabetikus terhesek insulin kezelése, mint említettem a magzatra is kedvező hatású lehet, bár vérmes reményeket nem fűzhetünk hozzá. Terhességi toxicosis esetén az anya diabetikus kezelése mellett jó hatású lehet a magzatra a szőlőcukor intravenás adagolása, épen úgy, mint minden egyéb esetben, midőn a magzat a terhesség alatt nyugtalanul viselkedik, jelezvén, hogy valami veszély fenyegeti. A terhesek fehérjeszegény táplálása, ami a terhesség második felében ma már úgyszólamint szokásos, az állattenyésztők tapasztalatai szerint a magzat életére is kedvező lehet.

A legnehezebb feladat a *szokványos elhalás*, illetve *vetélés* okának felderítése. Ez csak az egész szervezetre kiterjedő alapos vizsgálat alapján lehetséges, laboratoriumi vizsgálatokkal, vérvizsgálattal, vérnyomásmérés, a veseműködés, maradék-nitrogén meghatározás, serológiai reactio, alapanyagcserevizsgálat, stb.-vel egybekötve. Ha csökkent az alapanyagcsere, thyreoidea adagolása jöhet szóba, ha pedig az okot kideríteni nem sikerül, úgy elsősorban a régiók tapasztalata alapján fektessük a terhest a kritikus időre néhány hétre ágyba. Ugyancsak a menstruatióknak megfelelő napokon. Emellett célszerű méhnyugtatókat, luteohormont, továbbá C és E vitamint is adagolni. Túlhordás esetén indítsuk meg a szülést mielőtt még a magzat elhalt volna. Ezzel kapcsolatban két körülményre hívnám fel a figyelmet. Az egyik az, hogy a túlhordás felismerése és megítélése nem könnyű feladat és ezért szakorvosra tartozik, másrészt az újabb ezirányú megfigyelések amellest szólnak, hogy másképp ítélandó meg a túlhordás kérdése azokban, kiknek három hétes menstruációs ciklusuk van, mint azokban, akik menstruációja 5, vagy 6 hetenként szokott jelentkezni. A megindítást illetően elégedjünk meg lehetőleg gyógyszeres eljárásokkal, de különösen akkor, ha a legkisebb mérvű téraránytalanosság mutatkozik, nehogy hüvelyi beavatkozással veszélyeztessük a szülőcsatorna asepsisét egy esetlegesen szükségessé váló császármetszés előtt.

Amint az említettekben kitűnik, a magzat méhenbelüli elhalásának sokféle okát ismerjük és sokkal még nem vagyunk tisztában. Minthogy eredményesen küzdeni csak ismert okok ellen lehet, további eredményt csak újabb tudományos kutatómunkától várhatunk. Ha a magzat már kétségtelenül elhalt, úgy — tekintve, hogy ez állapot, minthogy a méhür rendszerint nem fertőzött, az anya életét nem veszélyezteti — lehetőleg várjuk meg míg a méh magától kiürül. Ha a szülőtevékeny-

ség megindult, úgy megfelelő eljárással siettethetjük a pete kiürülését. Hogy miként járjunk el ilyenkor, továbbá akkor, ha a méh kiürülése valamilyen okból már a méh-tevékenység megindulása előtt válik szükségessé, az a szülészeti műtétan körébe tartozik.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A gyomorfekély műtéti javalatai a sebész és belgyógyász szempontjából.

Irta: Czirer László dr.

egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

Abban a tudatban nyulok e tárgykörhöz, hogy lesznek sokan — akik már teljesen kiforrottnak és megállapodottnak tartván a kérdést — felesleges szószaporítással fognak vádolni. Szívesen vállalom azonban ezt az esetleges vádat abban a reményben, hogy hozzászólással a sebész és belgyógyász — sokszor ellentétes — felfogást talán sikerül kiegyenlíteni, vagy legalább is közelebb hozni egymáshoz.

Közhelyeket ismételnék, ha újból megállapítanám, hogy a gyomorfekély elsősorban belgyógyászati megbetegedés. Ebben az egyben legalább is, megvan a teljes összhang egyrészt a sebészek, másrészt a sebészek és belgyógyászok között. Hiszen az a megismerés ma már tényleg lezártnak tekinthető, hogy a gyomorfekély létrejöttének, fennállásának és kiújulásának egymással többszörösen szövedő oka — egészen általánosságban — a gyomorfal minőségének, a gyomor vegyi működésének és a szervezet alkatának a függvénye. Ez a láncolat a fekélybetegséget a belgyógyászat körébe kapcsolja, amiből következik, hogy annak kezelésében is az első hely a belgyógyászati kezelést illeti meg, aminek alappillére a diéta és gyógyszeres kezelés. A gyomorfekély *oki* kezelése azonban sem belsőleg, sem pedig műtéti uton tökéletesen meg nem oldható, mert egyikkel is, másikkal is, a túlnyomórészt tüneti kezelés mellett a kóroktani kezelés egyes követelményeinek tudunk csak eleget tenni. Abban is megvan az egyetértés, hogy a belgyógyászati kezelés körébe tartozik minden egyszerű — heveny vagy idült — gyomorfekély, műtéti megoldást pedig a szövedőményes fekélyek igényelnek (*Verebélly*). A szövedőményes fekélyek közül első helyen a *kilyukadást* kell említenünk, majd a *heges szűkületet*, a *kérges fekélyt* (ahová a fekély következtében támadt összenövéseket is soroljuk) és végül a *vérzést*.

A gyomorfekély műtéti javalatai az általánosan elfogadott elnevezés szerint *absolutak* és *relativak*. Szerintem ez a beosztás tulságosan általánosító, ami félreértésekre vezethet és ellentétekre adhat alkalmat. Az absolut javalat körébe soroljuk mi sebészek, a perforatiótól kezdve a rosszindulatuság gyanújáig mindazokat az eseteket, amelyek feltétlenül operálandók ugyan, mint ilyenek tehát bizonyos mértékig jogosan sorolhatók az absolut javalat körébe, de figyelmen kívül hagyjuk azt a körülményt, hogy mégis csak különbség van egy kilyukadt fekély „legabsolutabb” javalata és egy idült, csak időközönként panaszokat okozó kérges fekély műtétének szükségességét megállapító javalat között. Ez a felfogás a belgyógyászok állásfoglalásában is kifejezésre jut, amikor ők a gyomorfekély absolut műtéti javalatául egyedül a fekély kilyukadását ismerik el.

Indokoltnak tartanám tehát, hogy az általánosító beosztás helyett az absolut műtéti javalatok köréből ki-

emeljük a perforatiót, amit a régi absolut javalat fölé helyezett „vitalis indicatio” rovatába sorolnánk. *Evvel a régi absolut javalatot bizonyos mértékben megfosztánók az „absolut” szóban kifejezésre juttatott „minden feltétel nélküli” csengésétől, amivel máris közelebb hozzuk egymáshoz a sebészi és belgyógyászati felfogást.*

Nem az a célom evvel, hogy új elnevezést alkossak, már csak azért sem, mert nem az elnevezés, hanem a lényeg a fontos. A lényeg pedig szerintem az, hogy a fekélykilyukadás műtéti javalata külön választandó minden egyéb szövödmény esetében szóbajöhető javallattól. Hogy el fog-e terjedni a két régi javalat fölé iktatott új „vitalis javalat” elnevezés, épp oly mellékes, mint az, hogy a belgyógyászok hajlandók lesznek-e elfogadni az új beosztást. A legfontosabb, hogy úgy a sebészek, mint a belgyógyászok tisztában legyenek avval, amit az egyes elnevezésekkel ki akarunk fejezni. Ez pedig világosan és kerteles nélkül kifejezve a következő: *a műtéti javalatok első (mondjuk „vitalis”) csoportjába egyedül és kizárólag a perforatio sorolható!* Ilyenkor, tekintet nélkül minden mellékkörülményre és bármilyen esetleges tiltó javalatra, a műtét késelem nélkül, azonnal elvégzendő. Ebben az esetben egyedül a műtét minősége képezheti vita tárgyát, de a beavatkozás vitán felül álló szükségessége mellett ez csak másodrendű fontosságú.

Az egyéb javalatok megállapításában már nincs meg az egység, nem csak a sebészek és belgyógyászok, de még maguk között a sebészek között sem. Ha csak a legújabb irodalom néhány adatán tekintünk végig, azt látjuk, hogy a gyomorfekély műtéti javalatait jóformán minden sebész a maga egyénisége szerint csoportosítja. És amikor igazat adunk *Nissennek* abban, hogy a műtéti módok megválasztásában az egyéni (individualis) javalat is érvényre jut, még tovább menve azt kell mondanunk, hogy éppugy kifejezésre jut a sebésznek ez az egyéni adottsága abban, hogy bizonyos eseteket milyen műtéti javalat körébe sorol.

Abban mindenki egyetért, hogy minden fekély kezdetben belgyógyászatiilag kezelendő és csak akkor operálandó, ha a belső kezelés nem járt eredménnyel. *Clairmont* szerint klinikailag gyanus eseteket negatív röntgenlelet mellett ne operáljunk; csak a belső kezelés eredménytelenségekor jöhet szóba a műtét, de semmiképpen sem a fekély kezdeti szakában. *Christmann* csak hat hónapi kezelés eredménytelensége után operál. *Hollmann*, *Bergmann* elméletéből indul ki és azokat a tüneteket, amelyeket a gyomorfekély okoz, három fázisra osztja. Az elsőben a vegetatív idegrendszernek a motilitásban és secretióban nyilvánuló működési zavarai az uralkodók. A második fázisban a fekély már teljesen kifejlődött és a harmadik fázisnak az elhúzódó fekélybetegség felel meg, ami a két első szak után callosus és penetráló fekély képében állandósul. Szerinte a két első szakban kizárólag belgyógyászati kezelésnek van helye és csak ha a vegetatív áthangolást alkalmas eljárásokkal nem sikerült elérni és ha a fennálló fekély diétás és egyéb belső kezelési módokkal nem befolyásolható, jöhet szóba a műtéti megoldás. *Lahey* sem operálja a fekélyt heveny szakában, csak kiujuláskor és akkor, amikor a fájdalom a belső kezeléssel meg nem szüntethető. Az egyszerű fekélyt alapvetően belgyógyászati kezelésben tartja részesítendőnek *Soemaker*, valamint *Koch*. *Fischer* sem operálja azokat a betegeket, akiknek csak rövid ideje van panaszuk és belső kezelésben még nem részesültek. Ha azonban a gyógyulás egyszeri vagy kétszeri belső ke-

zelésre nem következett be, műtétet ajánl. Kivételesen akkor is műtétet — és pedig kórmegállapító hasmetszést — javasol, amikor fennálló fekélypanaszok mellett röntgenvizsgálattal fekély nem mutatható ki.

A lényeg tehát az, — amit *Finsterer* is kiemel — hogy a heveny gyomorfekély belgyógyász kezébe való és sebészi megoldást az idült, kiujuló és szövödményes fekélyek igényelnek. Ezt az álláspontot képviselik az elismert nagynevű és nagy tapasztalatú gyomorsebészek (*Haberer*, *Verebélj*, stb.) és mondhatjuk ez az általános sebészi és belgyógyászati felfogás is. Ez utóbbit legtömörebben és legtárgyilagosabban *Hetényi* fejezi ki, amikor azt mondja, hogy a fekélybetegség első, vegetatív szakában a belső kezelés a helyénvaló, a sebészi gyógykezelésnek pedig a betegség második, *szervi* időszakában van szerepe.

Mínt hogy pedig a szövödmények azok, amelyek a műtéti beavatkozásra a legtöbb okot szolgáltatják, ha ezeken végighaladnánk, rámutathatnánk arra, hogy ezen a téren már koránt sincs meg az az összhang a sebészek között, ami a legsúlyosabb szövödmény: a perforatio műtéti javalatának kérdésében fennáll. Ennek bizonyítására azonban elegendőnek gondolom, ha csak egyik szövödmény — a vérzés — esetében ajánlott kezelési módokat vesszük sorra. A műtétet javáló vérzés tekinthető ugyanis annak a szövödménynek, amelynek kezelésében talán a legnagyobb ellentéték állanak fenn nemcsak a sebészek és belgyógyászok, hanem még a sebészek között is.

A sebészek nagy része a műtéti kezelés hive, természetesen különböző feltételek mellett. *Haberer* a műtét absolut javalatának tartja nemcsak a fekélyből eredő idült-kiujuló (chronikus recidiváló) vérzést, hanem, egy klinikailag és röntgenvizsgálattal is kimutatott fekélyből származó egyszeri nagy vérzést is. Ilyenkor a műtétet vértranszfusiónak kell megelőznie. A leghatározottabban ellenzi azonban a műtétet akkor, amikor nem állapítható meg biztosan, hogy a vérzés fekélyből ered-e. Egyébként pedig azon a véleményen van, hogy legtöbbször célt érünk a vértömlesztéssel is, (amit esetleg többször meg kell ismétetni), mert a vérzés erre, — hacsak nem nagy arrodált érből származik — majdnem mindig megáll. *Reschke* a vérző gyomorfekély belső és műtéti kezelésének halálozási számát állítja szembe egymással, mert szerinte arra a kérdésre, hogy operáljunk-e egyáltalában vérzéskor, a választ a belgyógyászati kezelés értéke adhatja csak meg. Cikkében felsorolja az újabb statisztikákat és ezekből azt következteti, hogy a gyomorvérzés egyáltalában nem olyan ártatlan, amilyennek tartják. Éppen ezért előzetes transfusio után a műtét hive, mert evvel szerinte több beteget lehet megmenteni, mint belső kezeléssel, illetőleg transfusióval. *Umber* — aki szerint a belső kezelés 9.5% halálozással jár — azon az állásponton van, hogy a gyomorvérzés először belsőleg kezelendő, mert az esetek 82%-ában a vérzés erre megáll. Ha azonban a belső kezelés eredménytelen, a haemoglobin csökken (50—30—20%-ra), a beteg erőbeli állapota rohamosan romlik, az érlökés száma emelkedik, akkor szóbajöhet a műtét. *Baetzner* kiemeli, hogy a vérzés műtéti javalata nem egységesen elismert. Ezért, minthogy az első súlyos vérzés egyrészt ritkán halálos, másrészt a vérzés megismétlődését konzervatív eljárásokkal soha sem lehet biztosan megakadályozni, sok sebésznek az az álláspontja, hogy helyesebb minden súlyos vérzést korán operálni, mielőtt a súlyos vérfogyatkozás kifejlődne. Mások viszont avval okolják meg inkább tartozkodó álláspontjukat, hogy

a kivérzett szervezetre a műtét igen veszedelmes megterhelést ró, továbbá, hogy nehéz lehet a vérző cret megtalálni és végül, hogy a vérzés megszüntetése belső kezeléssel sem zárható ki. Ezért ő maga helyesebbnek véli azt az álláspontot, hogy minden eset önmagában véli itélendő meg és ilyen értelemben is kezelendő. *Milone* szerint a gyökeres vérzéscsillapításnak létjogosultsága van mindazon esetekben, amelyekben a kórelőzményekből kétségkívül fekélyre lehet következtetni. A műtétet vérátömlesztésnek kell megelőznie és 48 órán belül kell határozni, műtétre szánjuk-e magunkat vagy sem. *Uffreduzzi* a megelőzőleg hosszú időn át panaszokat okozott fekélyek vérzésekor műtétet ajánl, de kiemeli ugyanakkor, hogy a belső kezelés értékét sem szabad lekicsinyelni. *Christmann* tapasztalata szerint a súlyos vérzések 95%-a műtét nélkül meggyógyul, tehát kezdetben a konzervatív kezelést tartja a leghelyesebbnek. Ha ennek hatására az érlökés megjavul, a vörös vérszövetek két millióra emelkednek, legkésőbb négy nap, mulva műtétet végez. *Clairmont* vérzés miatt csak akkor operál, amikor a fekély biztosan meg van állapítva és ha a rossz állapotban levő beteg már összeszedte magát. Álláspontját avval okolja meg, hogy vérzésekor a halálozás belső kezeléssel 10%, műtét esetében azonban 25—30%. *Petsopoulos* mint belgyógyász nem osztja kártársainak álláspontját, amely szerint gyomorvérzés egyáltalában nem javalja a műtétet. Belső kezeléssel a gyomorvérzés halálozása nem lekicsinyelendő, de másrészt az sem fogadható el, hogy a nagy gyomorvérzést önmagában véve egyes sebészek a sürgős műtéti beavatkozás abszolút javalatának tekintik. Leghelyesebbnek tartja azt az álláspontot, hogy a belgyógyász és a sebész esetről-esetre együttesen határozzanak. *Jongh* a súlyos gyomorvérzést a műtét javalatának tartja mert saját tapasztalata szerint konzervatív kezeléssel 50%-on felüli haemoglobin érték mellett a halálozás 7%, 50%-on aluli érték mellett 20%. *Kalk* irányelvnek tekinti, hogy frissen vérző fekély esetében a műtét elvetendő. *Kamencsik* a műtét, és pedig a *Witzel*-féle érlelés mellett foglal állást, amelynek eredményessége a jókor és helyesen elvégzett műtéttől függ. *Hurst* és *Ryle* szerint a vérzés halálozása konzervatív kezeléssel átlagosan 1,5%, tehát a műtéti beavatkozást nem tartja helyesnek, mert ennek halálozása feltétlenül nagyobb. Ugyanezt a felfogást vallja *Thiele* is. *Lahey* a vérátömlesztés hatásosságából von következtetést arra, hogy lehet-e a vérzés spontán megállására számítani. Ha igen, a műtéttől eláll mindaddig, míg az érrendszerben az egyensúly helyreállott és a kimutatható fekély reaktív folyamatai lezajlottak. *Louks* vérzés esetében a konzervatív kezelésnek hive, *Kochnak* pedig az az álláspontja, hogy nem lehet szabályt felállítani, mert sokszor nagyon nehéz eldönteni, a konzervatív kezelés vagy a műtét helyesebb-e. Csak akkor lehet a műtéttől eredményt várni, ha a tömeges vérzésnek kimutathatólag fekély az oka. A 40. életév után inkább műtétre határozza magát, mint a fiatalabb korban. Ha a vérzés a belső kezelésre elállt, a fennálló vérzeshajlamra tekintettel az intervallumban kell operálni. Mérsékelt, gyakran ismétlődő vérzésekor műtétet végez *Fischer* és tömeges vérzés esetében is — vérátömlesztés után — ha feltehető, hogy a vérzésnek már korábban kórismézett fekély az oka. *Soemaker* vérzésekor a régebbi tartózkodó álláspontját feladta, mert a hágai kórház belgyógyászati osztályán az 50%- haemoglobin alatti esetekben a halálozás 20% volt. Szabályként állítja fel, hogy ha egyszeri vérátömlesztés után a vérzés nem áll meg, vagy megszűnése

után hamarosan újból megindul, második transfúziót végez és ehhez mindjárt hozzákapcsolja a resectiót. *Usadel* meg van győződve arról, hogy konzervatív kezeléssel legtöbbször célt érünk, de elismeri, hogy bizonyos esetekben aktivan, műtéttel kell beavatkoznunk. *Means* fekélyvérzésekor vérátömlesztést végez és csak ritkán operál; főleg 50 éven felüli betegek vérzésekor avatkozik be műtétilag 24 óra mulva akkor, amikor a konzervatív kezelés nem járt eredménnyel. *Hinton* súlyos vérzésekor naponta 500—700 ccm vért ömleszt át 4—5 napon keresztül. Ilyen kezelés mellett 9% halálozása volt. Életveszélyes tömeges vérzésekor a helybeli vérzéscsillapítást kilátástalannak tartja s ezért inkább resectiót végez. Minthogy azonban ennek halálozása igen nagy, a műtéti beavatkozásnak ezt a faját szerinte igazán csak fenyegető esetekre kellene fenntartani, amelyek a tartózkodó kezelésre és kiadós transfúzióra nem javulnak. *Grösz* szerint a sebészek nagy része a belgyógyászokkal együtt azon az állásponton van, hogy egyszeri, még nagy vérzés is konzervatív eljárásokra megállítható. Ha pedig a beteg már összeszedte magát és a vérzés helye megállapítást nyert, a vérzésmentes időben jöhet szóba a műtét. Más a helyzet akkor, amikor hirtelen nagy vérzésekor a fekély, mint a vérzés oka, már előzőleg röntgenvizsgálattal ki volt mutatható. Ilyenkor a műtéttel nemcsak a vérzést, hanem az azt előidéző fekélyt is meggyógyítjuk. Végül a külföldiek közül a műtéti beavatkozás közismert hívének, *Finsterer*nek legújabb álláspontját szeretném ismertetni. *Finsterer* műtétet ajánl mindazon esetekben, amelyekben biztosan kimutatott fekélyről van tudomásunk, mert ilyenkor a műtéttel nemcsak a vérzést szüntetjük meg, hanem elejét vesszük későbbi esetleges arrosios vérzésnek és perforációnak is. Vérátömlesztésre szerinte csak egészen heves vérzésekor van szükség. Magas korban (60 év felett) a műtét az arteriosclerosis miatt sürgősebb, mint fiatalabb korban. Valószínű fekélyből származó vérzésekor próbapaparotomiát végez, hogy egy penetráló fekélyt biztosan kizárhasson, illetőleg resecálhasson; ha pedig nem talál fekélyt, a hasat bevarrja és belső kezelésre tér át. Ugyancsak próbapaparotomiát végez májcirrhosis egyidejű fennállásakor, mert a pangás miatt egy arrodált vívőér is életveszélyes vérzéshez vezethet. Előzetes fekélypanaszok nélkül bekövetkező hirtelen vérzésekor belső kezelést javal, vértransfúzióval. Vár a műtéttel akkor, amikor a belső kezelés nem használ vagy kétséges, hogy a vérzés megállott-e, mert hosszabb ideje fennállott anaemia oly mértékben károsíthatja a szervezetet, hogy még a legkiméletebben végzett műtéttel is legtöbbször rossz eredményt érünk el. *Kubányin* az Orvosegyesületben 1937-ben tartott előadása és a hozzászólások alapján (*Matolay, Elischer, Rosenthal, Matuschek, Hauber, Friedrich*) nálunk az a vélemény látszik kialakulni, hogy egyszeri heveny vérzés esetében a konzervatív kezelés a helyesebb, de később — kimutatott fekély fennállásakor — ha a beteg összeszedte magát, szóba jöhet a műtéti megoldás. Ismételt vérzések esetében azonban egy intervallumban feltétlenül ajánlatos a gyökeres megoldás (resectio). Hasonló állásponton van *Milkó* is, amikor azt mondja, hogy heveny, nagy gyomorvérzés alatt a műtét kilátása rossz, ezért feltétlenül a jobb eredménnyel kecsegtető konzervatív kezelés részesítendő előnyben. Ha azonban a vérzés folytatódik és a beteg állapota a transfúzió hatására javul, akkor — ha biztosan jelen van fekély — a műtét elvégzendő, de „minden esetben egyénileg kell mérlegelni, vajjon a beteg teherbirása olyan-e, hogy

a nagy beavatkozást jelentő gyomorresectio esélyének kitehetjük-e”.

Szándékosan részleteztem ennyire a különböző fel-fogásokat és ajánlatokat, mert ezekből világlik ki leg-szembetűnőbben az a tény, hogy a műtéti javalatok kérdésében mennyire különbözőek a vélemények, azok-nak megállapításában tehát mily nagy szerepet játszik a sebész egyéni adottsága. Amiből viszont az is következik, hogy lényegileg a belgyógyászat körébe tartozó megbete-gedés — a gyomorfekély — esetében, a legnagyobb mértékben szem előtt tartandó a műtét szükségességét megállapító javalatok meghatározásakor az a tudat, hogy ezek a műtéti javalatok — a vitalis indicatiótól eltekintve — csak mint irányelvek szerepelhetnek.

Ebből a megfontolásból kiindulva talán a leghelye-sebb megoldás az lenne, ha a gyomorfekély műtéti ja-valatait meg sem kísérelnénk pontokba foglalni. Így tudnánk ugyanis legjobban megközelíteni a mindennapi élet parancsoló szükségességét: a legszigorúbb indivi-dualizálást. Tehát egyszerűen azt mondhatnánk, hogy „a műtét javalatát a perforatio, a vérzés, a kérgesedés és a szűkület, mint szövődmények adják” (*Verebélj*). Minthogy azonban egyéb gyakorlati okok a körülhatá-rolás célszerűsége mellett szólnak, nem mondhatunk le a pontosabb körvonalazásról, de tesszük ezt abban a tu-datban, hogy a való életben ezeket a határokat kénytele-nek leszünk esetenként tágítani vagy még szűkebbre vonni.

Mindezek alapján a műtéti javalatok második (mondjuk abszolút) csoportjába mindazokat a fekélyeket, illetőleg fekélyszövődeményeket sorolnám, amelyeknek jelenlétekor a műtét szükségessége fennáll ugyan, de annak meghatározott, minden halasztást kizáró időpont-ban történő elvégzése nem kényszerítően sürgős. Itt megfontolásnak — ha nem is nagyon tág — de minden-esetre tere nyílik, legalább is és elsősorban a műtét időpontját illetőleg! Hangsúlyoznom kell azonban, hogy mindezek az esetek végeredményben, valószínű emberi számítás szerint, minden bizonnyal műtéti meg-oldást fognak igényelni. Ebben az értelemben tehát jo-gosan sorolhatnók az abszolút javalat körébe, de egyikük sem állítható egy vonalba a „legabsolutabb” és vitalis javalattal: a fekélykilyukadással. Már csak azért sem, mert azoknál a műtéti beavatkozás elmulasztásával, il-letőleg nem azonnali elvégzésével nem áll szemben az életet fenyegető közvetlen veszély, ellenkezőleg, a mű-tét elvégzésével annak teherterelést, a teljesen mégsem elhanyagolható műtéti halálozást kell szembeállítanunk, vagy legalább is számításba vennünk. Ki kell emelnem továbbá azt is, hogy evvel a megállapítással korántsem azt akarnám kifejezni, mintha a gyomorfekély műtéti megoldását nem tartanám célravezetőnek, hanem egye-dül és kizárólag azt a meggyőződésemet szeretném le-szögezni, hogy a kétségkívül kitűnő eredményeket adó műtéti megoldásra a műtétre való esetek gondos kivá-logatásával, a beteg állapotának és a betegség lefolyá-sának alapos mérlegelésével, a beteg életkörülményei-nek szem előtt tartásával, tehát a legkörülméletesebb indi-vidualizálással határozzuk csak magunkat.

A második csoportba sorolnám tehát a szövődményes fekélyek közül a heges szűkületet okozó fekélyeket és a fekélynélküli (ritka) heges szűkületeket. Ide sorolnám továbbá mindazokat a kérges (*callosus*) fekélyeket, ame-lyek belső kezelésben már részesültek ugyan, de evvel a kezeléssel tartós tünetmentességet nem sikerült elérni, és azokat, amelyek minden kezelés nélkül váltak szö-

vődötten idültekké. Az első esetben — amikor tehát a belső kezelés sem a beteg panaszait nem tudta megszü-netni, sem a szövődmények kifejlődését nem tudta meg-akadályozni — a kezelést a sebésznek kell átvennie, mert a belső kezelés csődöt mondott, viszont a műtéti megoldás eredményessége nagy valószínűséggel feltéte-lezhető. Kezelésben nem részesült idült szövődményes és kiújuló fekélyek esetében feltétlenül ajánlatos elsősor-ban szigorú belgyógyászati kezeléssel kísérletet tenni, még akkor is, amikor vajmi kevés reményünk van arra, hogy ez a kezelés tartósan eredményes lehet. Ha ugya-nis a belső kezelés eredménytelenségéről nemcsak mi, de a beteg is meggyőződött, nemcsak a műtéti javalat kerül önként előtérbe, hanem a műtéti előkészítés számba menő belső kezeléssel a műtét szempontjából is kedvezőbb viszonyokat teremtettünk. Mászóval, ilyen esetekben a műtétet lehetőleg olyankor végezzük, ami-kor a fekélybetegség a rá jellemző időszakos rosszabbodás szakából a viszonylagos nyugalmi szakba lépett, amit belgyógyászati kezeléssel érhetünk el legbiztosab-ban.

A callosus fekélyek körébe soroljuk a fekélyek okozta összenövéseket is, mert ezekben az esetekben a műtéttel legtöbbször nemcsak az összenövéseket igyek-szünk megszüntetni, hanem elsősorban magát a fe-kélyt is el akarjuk távolítani. Az ilyen esetekben már csak azért is ajánlatos a gyökeres műtét elvégzése, mert a fekély utáni összenövések miatt végzett egyszerű fel-szabadító műtétek avval a veszéllyel járhatnak, hogy utánuk még kiterjedtebb összenövések keletkeznek.

A második csoportba tartoznak végül mindazok a fekélyek, amelyek rosszindulatú elfajulásra gyanusak.

A műtéti javalatok harmadik (mondjuk relatív) csoportjába tartoznak szerintem azok a fekélyek és fe-kélyszövődmények, amelyek fennállásakor a műtét nem-csak szóba jöhet, de a körülmények figyelembevételével ajánlatos is.

Ide tartoznak az egyszerű idült fekélyek közül azok, amelyek huzamos, akár többször is végzett szakszerű belgyógyászati kezelésnek ellentállnak, evvel a kezelé-sel elérhető tünetmentességük csak igen rövid ideig tart. Ide sorolandók tehát a kiújuló fekélyek és azok, amelyek a beteg társadalmi helyzete, illetőleg hivatása miatt rendszeresen keresztülvitt gyakori és huzamos kezelés-ben nem részesíthetők. A fekélyszövődmények közül pe-dig ide tartozik a vérzés, ami egyszeri heveny, ismétlődő és lappangó lehet. Hogy vérzés esetében mikor javalt a műtét, erre a választ a már előbb ismertetett irodalmi adatok alapján is, a következőkben foglalhatjuk össze.

Egyszeri heveny vérzéskor a vérzés ideje alatt — kivételes esetektől eltekintve — általában tartózkod-nunk kell a műtéttől, amivel esetleg többet árthatunk, mint használhatunk, mert heveny vérzés aránylag rit-kán halálos, a válogatás nélküli műtéti beavatkozás vi-szont — tárgyilagos megítélés alapján — feltétlenül több áldozatot követel. A műtéttől tartózkodó kezelés-nek legfőbb fegyverei a vérátömlesztés és a belgyógyá-szati kezelésnek egyéb módjai. A vérzés megszűnése után jöhet szóba a már megelőző, vagy a most megejtett vizsgálatokkal kimutatható pozitív fekély-lelet esetében a műtét, aminek időpontja úgy határo-zandó meg, hogy az a beteg állapota szerint a leg-alkalmasabb legyen. Hamarabb fogjuk ilyen előzmé-nyek után műtétre határozni magunkat, akkor, amikor a vérzést követő szigorú belső kezelés ellenére a beteg fekélyes panaszai továbbra is változatlanul tartanak.

Ismétlődő vérzés esetében a vérzés ideje alatt szintén nem operálunk, de annak megszűnte után, ha a beteget sikerül belső kezeléssel a műtetre előkészíteni, javult lehet a műtét, hogy az újból bekövetkező esetleg súlyosabb vérzésnek elejét vegyük, illetőleg, hogy klinikailag kimutatható fekély jelenlétekor azt, mint a vérzés forrását is kiküszöböljük.

Végül lappangó, okkult vérzéskor, ha nem is a vérzés miatt, de a lappangó vérzést fenntartó ok miatt lehet javult a műtét. A hosszú időn át tartó okkult vérzés kérges fekélynek lehet következménye, vagy gyomorráknak lehet első és egyelőre egyedüli tünete. Az első esetben a kérges fekélynek műtéti megoldása lesz célravezető, az utóbbi eset pedig a gyomorrák körébe esvén, az ott szóhajóható műtéti beavatkozásnak egyik javalata.

A különböző javalatok alapján végzett műtétek minősége a javalatok különbözősége, a különböző műtétek által elérhető eredmények, továbbá az egyes sebészek tapasztalata, gyakorlata és alkata szerint más és más lehet. Általánosságban azt mondhatjuk, hogy mai tudásunk szerint a legcélravezetőbb műtéti mód a fekélynek, a pylorusnak és a gyomor antrumának kiirtása, tehát a gyökeres műtét, a resectio. Általános érvényű szabályok azonban a műtét minőségét illetőleg sem állapíthatók meg, mert ez a beteg állapotától és a betegség körülményein kívül a sebész egyéniségétől is függ.

A gyomorfekély műtéti kezelésének teherterele a műtéti halálozás, ami a világirodalom adatai szerint 2—15%-ra tehető (Haberer). E számbeli ingadozás több okra vezethető vissza. A legközelebb fekvő ok talán az, hogy a különböző sebészek különböző javalatok alapján végzik a különböző műtéteket. Vannak, akik könnyebben szánják rá magukat kevésbé súlyos és nem szövődött fekélyek műtéti megoldására, vagy általában tartózkodnak a nagy műtéttől, a resectiótól. Ezeknek halálozásai száma természetesen alacsonyabb, mint azoké, akik szűkebbre vont javalatok alapján, főleg és súlyos eseteket operálnak és lehetőleg, minden körülmények között a nagy beavatkozásnak, a resectiónak hívei.

Ami végül a késői tartós eredményeket illeti, röviden azt mondhatjuk, hogy még a legjobb indulatú megállapítás szerint és a legeszményibb eredményeket véve is alapul, hozzávetőlegesen 5—10% eredménytelenséggel kell számolnunk. Ha azonban sem a sebész, sem a belgyógyász nem esik abba a tévhitbe, hogy a műtéttel minden gyomorfekélyt meg lehet gyógyítani, akkor ezzel a 90—95%-os tartós tünetmentességgel nagyon is meg lehetünk elégedve.

Befejezésül újból csak azt szeretném hangsúlyozni, hogy a gyomorfekély műtéti javalatainak megállapításában nem ragaszkodhatunk mereven beosztásokhoz, szolgáljanak azok bármilyen gyakorlati célt, legyenek azok bármilyen általánosan elfogadottak és bármilyen tekintéllyel alátámasztottak! Jóformán minden egyes esetben az illető eset különleges körülményeit is tekintetbe kell vennünk. Ha pedig erről az álláspontunkról a belgyógyászok is tudomást szereznek, ha tudják és el is hiszik nekünk azt, hogy minden esetben nemcsak a fennálló betegség, hanem a beteg szervezet alapján bíráljuk el a műtét szükségességét, sőt a betegnek a mindennapi élethez való viszonyát is tekintetbe vesszük, akkor el fogjuk érni azt, hogy a kölcsönös megértés hatása alatt néha talán a belgyógyászok is engedékenyebbek lesznek, különösen ha azt látják, hogy mi sem ra-

gaszkodunk minden esetben elvekhez, amelyek önmagukban helyesek lehetnek ugyan, de az életben mégsem mindig és minden körülmények között helytállóak.

Budapest Székesfőváros Szent Rókus közkórháza sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Kubányi Endre.)

Beszámoló a székesfővárosi közkórházak „Vértadó Központjának” háromévi működéséről,

Irta: Kubányi Endre dr. egyetemi magántanár.

A kórházi betegellátásnak ma már egyik nélkülözhetetlen tényezője az a követelmény, hogy a nap bármely órájában teljesen egészséges, meghatározott vércsoportú vértadók álljanak rendelkezésre. — Budapest székesfővárosi közkórházaiban 1935. évi októberéig az egyes osztályok saját hátsókorukban végezték a vértadók nyilvántartását. Wolff Károly dr. központi igazgató előterjesztésére polgármesteri rendelet intézkedik a székesfővárosi közkórházak vértadó központjának létesítéséről, amelynek háromévi működését a következőkben ismertetjük:

A statisztikai kép a következő számokat mutatja: 1935. októbertől 1935. dec 31-ig 28; 1936 évben 82, 1937. évben 172; 1938. év aug. 1-ig 291 esetben éltek e központtal. Jelenleg 158 fényképes igazolvánnyal ellátott, három hónaponként Wassermann-próbával ellenőrzött vértadót tartunk nyilván. A legnagyobb csoportot internátusbéli egyetemi hallgatók teszik, másik részét az ápoló személyzet, a harmadikat pedig az e célra önként ajánlkozók. A vértadó központ ellátását a Rókus kórházi sebészeti osztályom végzi, ahol a lajstrom-íven a vértadók neve, lakáscíme, esetleges telefonszám és többi adatai vannak nyilvántartva. A Központi igazgatóság rendelkezése úgy szól, hogy ha a kórházak bármelyik osztályán vértadóra van szükség, a beteg vércsoportját a helyszínen megállapítják és telefon útján a Vértadó Központtól kell megfelelő vértadót igényelni. Három év alatt még nem fordult elő, hogy a vértadó egy órán belül ne jelentkezett volna a betegágnál. A vértadó köteles átadni igazolványát, amelyen külön rovat van annak megjegyzésére, hogy pontosan jelentkezett-e és milyen magaviseletet tanúsított. A székesfővárosi Gondnoki Hivatal, ha közös kórtermi betegről van szó, egy vérátömlesztést 30 pengőt fizet. A Vértadó Központ gondoskodik arról, hogy egy vértadóból évente többször, mint nyolcszor vért ne bocsássonak le és szükség esetén minőségi és mennyiségi vérképellenőrzés történjen.

A közkórházak Vértadó Központjának célja a sebészeti és nőgyógyászati osztályok részére minden időben megfelelő vértadót biztosítani. Ez a szó „megfelelő” széles fogalomkörű takar. Azt jelenti, hogy a vértadásra jelentkezett egyén előzetesen megvizsgált, teljesen egészséges, 20—30 éves egyén. A közkórházi laboratórium vérvizsgálattal igazolja, hogy vére Wassermann-negatív, továbbá, hogy a kórelőzményben sem gümőkór, sem malaria nem szerepel, s hogy a legutolsó hat héten belül semmiféle fertőző betegsége nem volt. Jelenti továbbá, hogy a vércsoportját a főorvos, vagy annak helyettese pontosan megállapította, ezért felelősséget vállal, s hogy mindezeket az adatokat fényképpel ellátott ellenőrző lap igazolja. Tudományos vizsgálat céljából külön rovat ellenőrzi, hogy a vérvesztéséget hogyan bírta,

továbbá, hogy a vérigénylő betegen milyen eredményt értek el.

A Deutsche Gesellschaft f. Chirurgie 1932. évi berlini sebészeti gyűlésén (Kongressbericht, 1932. 173. k. 146. o. Arch. f. Klin. Chir.) „Die Bedeutung der Agglutinationstiterbestimmung vor der Transfusion” címen előadást tartottam, amikor a vércsoportmeghatározáson belüli agglutinációs titer megállapításáról történt Bakay-klinikai tapasztalatokról számoltam be. A Vértadó Központ megalakítása óta a „spender-organisatióba” beiktattuk ezen titer-meghatározást, s most nagyszámú eseteink alapján elérkezettnek látjuk az időt arra, hogy gyakorlati tapasztalatainkat rögzítsük.

A vératömlesztés indicatióját a magam szempontjából két főcsoportra osztom. Az elsőbe tartoznak azok az esetek, amikor az átömlesztendő vért *vérveszteség* pótlására használjuk fel, amikor tehát a vérigénylő különben egészséges, csak éppen acut vérveszteségben van. Ezekben az esetekben a vércsoportmeghatározás szerint végzett vératömlesztés teljesen kielégítő. Agglutinációs titer ezekben az esetekben nem fontos.

A másik főcsoportba tartoznak a javallatnak azon igazán nehéz esetei, amikor az átömlesztendő vért olyan betegnek kell adnunk, akinek *vérképző szervei* betegek. Azokban az esetekben, amikor a vvs. igen alacsony, 1.500.000 körül mogoz, a Hg. pedig 20—22%, ezek azok a kritikus casusok, amikor az agglutinációs titerbeli nagy különbség súlyos reactio, esetleg catastropha oka lehet. A vérképző szervek betegségeinek e szélső eseteiben nem közömbös ugyanis az, ha az átömlesztett vér savója és a beteg egyén savója —, ha ugyanazon vércsoportú is mind a kettő —, milyen titer-intenzitású. Az az egyén, akinek pu. 1.500.000 vvs-e van, ebben az esetben az ő saját vvs-jei feltétlenül értékesebbek a saját szervezete részére, mint az átvitt vér vvs-jei. A nagy titerkülönbségű savó zavarólag hat ezekre a saját vörösvértestekre.

Az emberi vér négy csoportra osztódottsága köztudomásúan α és β agglutininek és A és B agglutinogének variációjából adódik. A vércsoportmeghatározás tehát ezeknek minőségi megkülönböztetéséből adódik. Az agglutinációs titer ezenkívül az agglutininek mennyiségi jelenlétéről is beszámolnak a vércsoportmeghatározáson belül. Az agglutinációs titer-meghatározást a Deutsche Gesellschaft f. Chir. már említett előadásomban s az O. H. 1937. évi 28. számában az alábbiak szerint közöltem:

„A vérserum agglutinációs-titer meghatározásának technikája. Targylemezmethodus. Kémcsősorozatban 0.9%-os konyhasóoldattal serumhígításokat végzünk. Az első kémcsőbe töménysavót teszünk, a továbbiakba $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{8}$, $\frac{1}{16}$, $\frac{1}{32}$, $\frac{1}{64}$ stb. phys. NaCl. oldattal készült hígítást. Ezután mindegyikből Pasteur-pipetta segítségével egy-egy cseppet külön-külön tárgylemezre csepentünk és ezek mindegyikét összehozzuk az összehasonlítási mérésre kiválasztott pl. AB vércsoportú egyén vörösvérsej-szuspensiójával. Amelyik hígításban az agglutinatio még bekövetkezett, azzal a számmal jelöljük az agglutinációs títert. A serum vörösvérsejthígítását fedőlemezzel látjuk el, miáltal kb. egy fél órai időtartamra a beszáradástól megóvjuk.

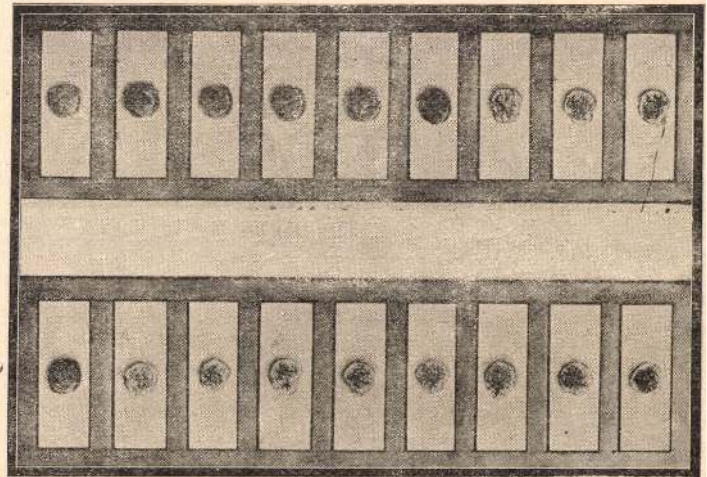
Kémcső-methodus. Kémcsősorozatban az első és második kémcső mindegyikébe 0.1 ccm töménysavót teszünk, majd a 2., 3., 4., 5., 6., stb. mindegyikébe 0.1 ccm konyhasót adunk. Capillaris pipetta segítségével a 2-es számú, (tehát 0.1 ccm savót és 0.1 ccm konyhasóoldatot tartalmazó) savóból 0.1 ccm keveréket viszünk át a 3-as

számú kémcsőbe. E felhígítás után ugyanannyit a 4-es számúba és így tovább. A sorozat legutolsó kémcsőéből ugyancsak lepipettázunk 0.1 ccm-t és azt kiöntjük. Ezáltal olyan sorozat birtokába jutunk, ahol az első kémcsőben tömény savó van, az utána következőben pedig $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{8}$, $\frac{1}{16}$, stb. serumconcentratio. Az ily módon keresztülvitt serumhígítás után mindegyik kémcsőbe pl. AB vércsoportot tartalmazó vér-suspensio 1 ccm-ét csöpentjük. A kémcsövet összerázzuk és szobahőmérsékleten állni hagyjuk. Az agglutinatio maximuma kb. 3 óra múlva következik be. A sorozatban az agglutinatio intenzitása szerint — az agglutinatio különböző fokát figyelhetjük meg. Az elsőben pl. hatalmas lehet, míg a további hígításokban már csak apró göröngyök észlelhetők.

Amint a vérserum agglutinatio titere mérhető, ép úgy mérés tárgya a vörösvértestek agglutinogén-tartalma. A vörösvértestek agglutinálhatóságát valamely ismert titerű serummal végezzük, amit a legmagasabb hígításban bekövetkezett agglutinatio szerint olvasunk le”.

Magas agglutinációs titerű savó példája (128).

Alacsony agglutinációs titerű savó példája (4).



1. ábra.

A keresztülvitt nagymértékben megkönnyíti az a körülmény, hogy osztályomon az altisztai személyzet egyik tagját úgy választom meg, hogy AB csoportba tartozó legyen. Ezen egyén véré, mint *reagenst* használom fel, ehhez viszonyítom mind a *vértadónak*, mind a *vérigénylőnek* a titermagasságát. Amióta a Vértadó Központ ellátásával bizattam meg, a véradó fényképes igazolványára és az ellenőrző lapjára rávezetem az agglutinációs titer számát is. Így szükség esetén már csak a beteg, tehát a vérigénylő agglutinációs titerét kell megállapítani, ami gyakorlott kézben 10 perc alatt megvan, s így könnyű az ugyanazon vércsoportú véradók közül hasonló agglutinációs titerű véradót be-rendelni.

Az agglutinációs titer alapján kiválasztandó véradót a *vérképző szervek* betegségeiben elvégzendő transfúzió alkalmával tartom fontosnak. *Oly elővizsgálati módszer ez, mellyel módunkban áll a vératömlesztés veszélyességét előzetes laboratóriumi vizsgálati módszerrel csökkenteni.* Közel 2000 vératömlesztés közül 260 esetben alkalmaztuk az előzetes titervizsgálatot. Minthogy most a Vértadó Központtal kapcsolatban még nagyobb áttekinthetőségre nyílik alkalom, méginkább módunkban áll ezen elővizsgálati módszer előnyeit megfigyelni. *Éppen a vérképző szervek betegségeiben el-*

végzendő transfúziókor állítottunk belgyógyász kollégáink részéről azon jogos követelmény elé, hogy csak akkor vállaljuk a vérátömlesztést, ha egyúttal biztosítani is tudjuk, hogy utókövetkezmény nélkül fog lezajlani. Ezekben az esetekben jelent nyereséget az agglutinációs titervizsgálat, amelynek elvégzése után nem a kockázat kételyeivel, hanem a tudományos alap biztonságával végezhetjük el feladatunkat.

A Pázmány Péter Tudományegyetem orr-, gége- és fül-klinikájának közleménye. (Igazgató: Lénárt Zoltán ny. r. tanár.)

Plaut-Vincent-féle fertőzés a nyelvgyökön és epiglottison.

Írta: *Ipolyi Ferenc dr.*, egyetemi tanársegéd.

A Plaut-Vincent féle fertőzést, az anaerob módon tenyésző, Gram negatív, orsóalakú fusiformis bacillus és egy spirocheta fajta symbiosisa okozza. E kórokozó párt, egyesek szerint, teljesen egészséges szájból is megtalálhatjuk (*Beust Raymund*), mások ellenben azt bizonyítják, hogy csakis ápolatlan szájból, szuvas fogak, fogkő felrakódás esetében található meg (*Wright jn. Smith*). Kétségtelen, hogy fogatlan szájból igen ritka. Szuvas fogak üregeiben és a fogak nyakán tenyészik és gyakran okoz ingyulladást. Nekrotizáló inylob és pyorrhea alveoláris eseteiben mindig jelen van. Igen sok a bacillusgazda. A pozitív bakteriológiai leletet külön kell választani, az aktív pozitív lelettől, azaz a betegek pozitív leletétől. Intézetekben, katonaságnál, tömegétkeztető helyen gyakori a fertőzés. A kórokozó sokszor megtalálható a mandula hasadékaiban s a gyomor-bélcsatornában is.

Ezen symbiosis okozta betegség leggyakoribb megnyilvánulása az angina Plaut-Vincenti. Rendszerint az egyik tonsilla felső polusán, mélyre terjedő, kráter-szerű, élénkpiros udvarral határolt fekély támad, melyet szürkés sárga, szürkés zöld, jellemző bűzű, pépes lepedék fed. E fekélyes formán kívül van egy diphtheriás formája is, melynél a lepedék álhártyaszerű.

Lappangva fejlődik, mérsékelt nyelési fájdalom, torokszárazság érzése, a nyaki mirigyek mérsékelt, de fájdalmas duzzanata, láz, mely többnyire nem emelkedik 38.5 fölé, aránylag kevésbé befolyásolt közérzet a kísérői. A baj jóindulatú, egy-két hét alatt meggyógyul. Néha egyidőben mutatkozik mind a két tonsillán. Toxinhatások ritkán jelentkeznek. Lépmegnagyobodást, ízületi fájdalmakat csak elvétve észleltek. Börkiütések, purpuraszerű vérzések esetében mindig másodlagos fertőzés történt, a fekély okozta hámiányon keresztül. Gyakori a leukocytosis. Egy esetben írtak le leukopeniát. Postdiphtheriához hasonló, szívizombántalmak, szájpad- és alkalmazkodási bénulások, reflex kiesések, valószínűleg nem diagnosztizált diphtheria esetek voltak.

Spray esetében a két kórokozó mellett tiszta tenyészetben diphtheria nőtt ki, tehát a vegyes fertőzés lehetősége megvan.

Az elhalás következtében bűzös masszából álló lepedék képződik, mely tele van coccussal és saprophytával, a száj teljes bacteriumflórájával. Magát a kórokozót az ép szövet határán találjuk meg. A spirocheták benyomulnak az ép szövetekbe és előkészítik a talajt a fusiformisok számára.

A betegség gyakrabban fordul elő férfiakon, többnyire fiatal korban. Meleg évszakokban többször lát-

juk. Előző betegségek, így gyakran a lues és a gümőkór, leromlott szervezet, rossz táplálkozás és elhanyagolt száj hajlamosítanak a betegségre.

Plaut-Vincent angina kapcsán megbetegedhetnek a környező szervek nyálkahártyái is. Okozhat ezenkívül peritonsillaris tályogot, melléküreggennyedést, középfül-, csecsnnyúlvány-, hallójáratgyuladást, appendicitist, exsudatív pleuritist, valamint a másodlagos fertőzésnek útát nyitva, sepsist. Észleltek Plaut-Vincent angina képében, vagy ezzel egyidőben lefolyó halálos leukaemiát, pseudoleukaemiát, pemphigust. Négy nap alatt halált okozó arc-, rosta- és homloküreg-genyedés, illetőleg osteomyelitis esetében, Plaut-Vincent symbiosis volt a kórokozó. Tonsillektomia utáni késői utóvérzéseknél pár ízben megtalálták a Plaut-Vincent kórokozót.

Angina nélkül is felléphet Plaut-Vincent symbiosis okozta ulceromembranaceus folyamat, a lágy és kemény szájpadlason, nyelvcsapon, garatnyálkahártyán, főleg az oldalkötegekben, foghúson, nyelven, nyelvmandulákon, pofanyálkahártyán, gégében, epipharynxban, orrban, a tuba közvetítésével a középfülben, csecsnnyúlványban, hallójáratban, fülkagylón, labirintusban (*Kelemen*). Tropusokon gyakran találtak fusospi-rillaris symbiosis okozta nekrotizáló fekélyt a nyelvcsúcson. Üvegfüvőkon, pofa és ajaknyálkahártyán észlelték. Különlegessége miatt érdekes *Fuller* közlése. Esetében harapással oltották be a Plaut-Vincent fertőzést az ujj sebébe.

Elkülönítő diagnosis szempontjából gondolni kell diphtheriára, luesre, gümőkórra, s a vércépző szervek heveny betegségeire. Mély folyamat esetén, idegen test okozta, vagy primaer phlegmonosus, illetve nekrotikus gyuladásra, perichondritisre, edző anyagokkal történt sérülésre, erythema exsudativum multiformera.

Gyógyítása nem egységes. Általában jó eredménynek tartják a helyileg alkalmazott (5—10% neosalvarsan glicerinen oldva), vagy injectióban adott arsenobenzolt. Többen bismuthinjectiókat ajánlanak. A helyileg alkalmazott jódot, chloroformot, aconitint, anilinpraeparatúmatokat, natrium-perborát pasztát már elhagyják. Öblítésre leginkább hydrogen-hyperoxyd oldatot rendelnek, magában, vagy 1:4000 hígítású merkurichloriddal. Öblítésre ajánlják még egyesek a natrium-perborát, vagy a chromsav 1—3% oldatát. Sokan végeznek edzéseket 7% chromsavoldattal. Van, aki 5%-os arsenobenzol glicerines oldatához 2% colloidezüstöt tesz és ezzel ecsetel. Egyes szerzők által éjjel-nappal két óránként elrendelt öblögetést, a beteg nyugalma érdekében, tulzásnak kell minősítenünk. Ugyancsak elvetendőnek tartjuk *Franchini* álláspontját: ő a Plaut-Vincent angina fennállása alatt végez tonsillektomiát.

Klinikánkon évek hosszú sora óta 1%-os trypaflavinoldattal ecseteljük a fekélyeket és híg trypaflavinoldattal öblítettünk. Eredményeink kitűnőek, a trypaflavint specifikumnak tekintjük. Ha szükséges — ami ritkaságszámba megy — kiegészítjük a kezelést arsenobenzol injectióval.

Egy esetünkről számolok be, melyben a kóros folyamat a valleculában volt és ráterjedt az epiglottisra, valamint a nyelvgyökre.

Sch. A. 50 éves férfi torka nyolc nap óta nyeléskor fáj és bedagadtnak érzi. Kezdetben 38.4-ig terjedő láza volt, mely azonban a felvétele előtti napon már 37-re csökkent. Hidegrázása nem volt. Bűzös, véres, genyes váladékot köpött. Kezelőorvosa nem észlelt lepedéket tonsilláin. Nem emlékszik, hogy idegen testet nyelt.

Jelen állapot XII. 1-én: szájbűz, kisfokú inylob. Garatjában kóros elváltozás nem látszik. A valleculát vastag,



GLANDUBOLIN

Isolált kristályos tüszőhormon.


Insulin „Richter”

Megbízható, fájdalommentes.

PERHEPAR

Fokozott hatású májkészítmény.

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR RT, BUDAPEST X.




BIROBIN-CHINOIN

combinált organo-pharmacotherapiás

haemopoeticum
r o b o r a n s
h i z l a l ó s z e r

Alkalmazása eredményes és gazdaságos!

100 tablettás doboz





Calciumtheosan

dragée

THEOBR. CALC. ACET. DR. WANDER.

Értónust csökkentő, értágító diureticum és vérnyomást csökkentő szer.

Bromcalciumtheosan

dragée

BROMCALC. THEOBROM. DR. WANDER.

Csökkenti a vérnyomást, megszünteti a szív körül lokalizált panaszokat, a szédülést, megnyugtatja a beteget és helyreállítja a munkaképességet.

Jód-érzékeny arterioscleroticusoknak különösen javallt!

Jodcalciumtheosan

dragée

JODCALC. THEOBROM. DR. WANDER.

Tágítja 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, megbízható therapiás hatás!

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

szennyes szürke lepedék tölti ki, mely ráterjed az epiglottis linguális felszínére, előrefelé pedig kb. 0.5 cm-re a nyelvgyök hátsó részére. Mindkét plica pharyngoepiglotticát necrotikus szennyes szürke lepedék fedi. A lepedék j. oldalon az oídalsó garatfalig terjed. Genny sehohsem látszik. Az epiglottis belővelt, piros, mérsékelten duzzadt, de nem vizenyős. Az epiglottis belfelülete, az ary-tájék, az epiglottikus redők, a gége belseje, a hangszalagok tája tiszta; lepedék, fekély, vagy vizenyő sohasem látható. A hangszalagok szabadon mozognak. Mindkét állszögletben mérsékelten duzzadt, nyomásra érzékeny nyirokmirigyek. A nyelvcsont nyomásra érzékeny. Láztalan, nem kelti súlyos beteg benyomását. deseptyl-tablettákat adunk. Másnap a lepedékből Schötter-féle eszközzel kicsipkedünk és megvizsgáljuk. Bakteriologiai lelet: sok bacterium, főleg anaerob pálcikák és coccusok, valamint fusiformis bacillusok és spirocheták. Diphtheria-tenyésztés negatív. Vizeletében semmi kóros. Wa.: 0, anamnesisben luesre gyanú nincs.

XII. 2. Trypafavin-ecsetelés. XII. 3. Mikulitz-fogóval egy „kétpengős”-nél valamivel nagyobb, tojás alakú, kb. 3 mm, vastagságú és több apró bűzös elhalt szövetdarabot távolítunk el, melyekben a bakteriologiai vizsgálat a száj bacteriumflóráját mutatta ki. Leucocyta szám: 15.400, melyből 35% a lymphocytá és 65% a segmentált magvú.

Gyógyítása a száj tisztántartásából és naponkénti 1%-os trypafavin-oldattal történő ecsetelésből állott. Az elhalt részek eltávolítása után láthatóvá vált a napról napra tisztuló, majd kitelődő, mély krátereszerű fekély. A beteg nyelése könnyű lett, fájdalmai megszűntek, szájbúze fokozatosan csökkent. 12 napig feküdt a klinikánkon, mely idő alatt lázmentes volt.

Kibocsátáskor: a valleculát kitöltő fekély elfoglalja még az epiglottis linguális felszínének alsó negyedét, a jobb pharyngoepiglottikus redőt, a nyelvgyök széléig ér, lepedék-telen, tisztán sarjad. Szájbúze nincsen. További két hétig ambuláner kezeljük. Ez idő alatt a fekély behámosodott.

5 hónap múlva a plica glossoepiglottica medianát elapultnak találtuk s a valleculában, főleg jobboldalon és a jobb plica pharyngo-epiglotticán sima, fehéresen fénylő, vékony heg látszott.

A nyelven több ízben, a nyelvgyökön igen ritkán fordul elő Plaut-Vincent fertőzés okozta ulceromembranaceus folyamat. Gégében *Reiche* írta le először, 1907-ben, a fusospirillaris fertőzés okozta megbetegedést, laryngitis ulceromembranacea néven. Azóta összesen 14 esetet írtak le. *Würfel* állítása szerint a biztos esetek száma még kisebb, mivel nem mutatták ki mindig a fusiformis bacillusokat és spirochetákat. A fusospirillaris betegség képe a gégében ugyanaz, mint a tonsillákon. A lepedékek fődött fekélyek leginkább a gége belsejében, a hangszalagok táján tapasztalhatók. Többnyire légszomj kísérei a betegséget, a plica ary-epiglotticák vizenyője miatt. Az esetek jórésében tracheotomiát kellett végezni. A gégemegbetegedés átlagos tartama 14—21 nap volt.

Würfel 1934-ben közölt esetében, Plaut-Vincent angina mellett keletkezett az epiglottis jobb felén két lencsényi nagyságú, a bal aryepiglotticus redőn egy ugyancsak lencsényi szennyes szürke, bűzös lepedékekkel fedett, duzzanattal körbezett, mély fekély, melyek a lepedék eltávolítása és megfelelő gyógykezelés után simán gyógyultak.

Peysers gyorsan halálhoz vezető esetében, a nyelv, az epiglottis és a gége fekélyeiben kimutatták ugyan a fusospirillaris fertőzést, de egyéb vizsgálati adatok hiánya miatt nem lehet biztosan kizárni más fertőzés szerepét.

Esetünk érdekessége a bántalom eddig le nem írt helye, amely miatt diagnostikus nehézségeink voltak. A kikent készítményben megtaláltuk a fusospirillaris kórokozókat, de ezek nem dominálták a képet. Ép ezért a biztos diagnózist csak kizárás útján tudtuk felállítani. Diagnosisunk helyességét a megfelelő kezelésre beálló gyors gyógyulás igazolta.

A Szent Rókus kórház II. sebészeti osztályának közleménye.
(Főorvos: Kubányi Endre egyetemi magántanár.)

Különleges jóindulatú vastagbél-daganatok.

Irta: *dabasi Halász György dr.*

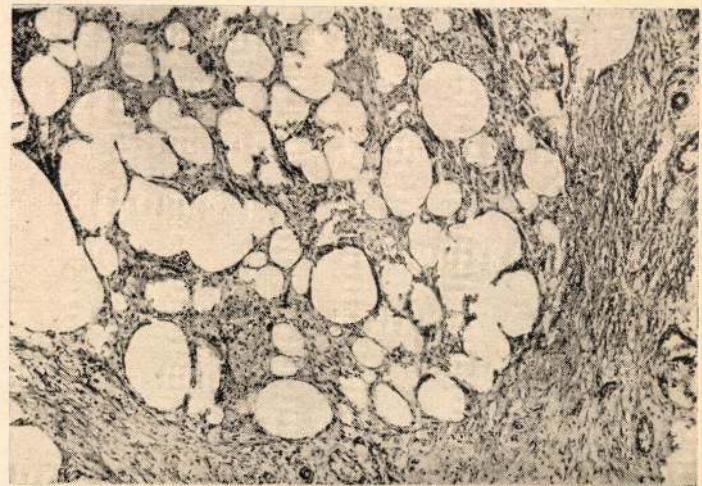
A vastagbél-daganatok legnagyobb százalékát a jóindulatú solitaer vagy multiplex polypus mellett a rák teszi. Már jóval ritkább a rosszindulatú sarcoma, lymphogranulomatosis, a jóindulatú alképletek közül a fibroma, leiomyoma, lipoma, lymph- és haemangioma.

Ha úgy tesszük fel a kérdést, mely daganat okoz leggyakrabban a bélfal szűkítésekor ileust, megint csak azt kell felelnünk, hogy a rák. Az említett jóindulatú daganatok ritkán érnek el olyan nagyságot, hogy elzárhatnák a belet, még a leggyakrabban a bélfalban ülő és a bél lumenébe beboltosodó lipoma okolható vele, bár nagyra csupán a subserosus kifelé terjeszkedő daganatok nőnek. A sarkoma inkább aneurysmaszerű tárgulatot okoz. A lymphogranulomatosis polyposus alakjában és az elsórt uterus-csírokból fejlődő igen ritka fibroadenomatosis esetében írtak le ileust.

Fél év leforgása alatt észleltünk egyszer a sygmán, egyszer a harántvasgabélen különös, az említett daganatok egyikével sem egyező tumort, mely a bélfalat kívülről szűkítve idült ileust tartott fenn, s a klinikai vizsgálatok rák benyomását keltették.

A műtétet *Winternitz* prof. végezte s a daganatot sikeresen eltávolította. De nézzük a kórtörténeteket:

1. S. R. 59 éves, jóltáplált férfi, hat hónapja beteg. Állítólag meghűlt, ezért kínzó székelési ingere van, melynek kíséretében véres, nyákos cafatok ürülnek, valódi széklet azonban csak hashajtó bevétele után volt. Hasát állandóan puffadtnak érzi, időnként bélcsikarása van, étvágytalan. Betegsége kezdete óta 16 kg-t fogyott.

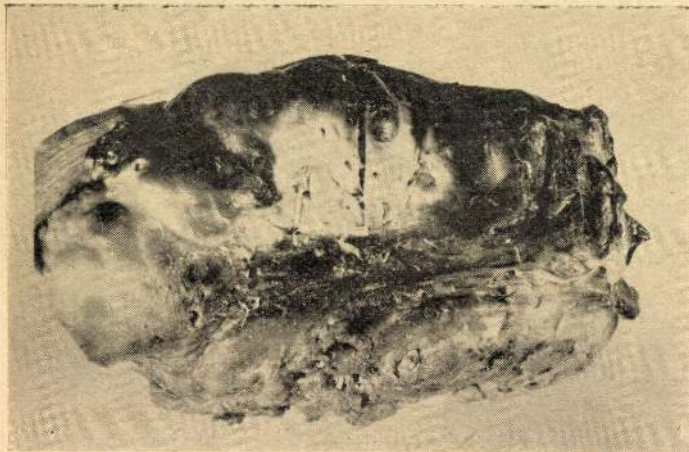


1. ábra.

A has meteoristikus, de puha, a colon ascendensnek megfelelően loccsanás váltható ki. A bal alhasban a sygma lefutásának megfelelően csecsemőfejnyi, tömött, éleshatáru, csak kevésbé mobilis resistentia tapintható, mely felett tompulat van, egyébűtt mindenűtt dobos a kopogtatási hang. Rectoromanoszkopos vizsgálattal 16 cm magasságig vérbő nyálkahártyán kívül egyéb kóros nem észlelhető. A beöntéses röntgenvizsgálat szerint: a vastagbélrelief rendkívül durva, különösen a distalis szakban. A colon sigmoideum ceruzavékonyaságúra szűkült, árnyékhiányt nem mutat, rajta a sugárfogó anyag elég könnyen átjut. A caecum és a colon ascendens atoniás, erősen tágult.

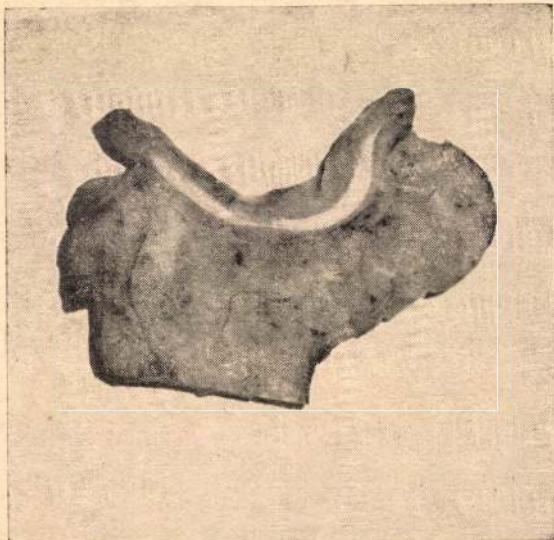
Műtét: 1937. IV. 15. (*Winternitz* prof.) Ferde hasmetszés a bal alhasfélben a daganat legnagyobb domborulatán át, melyhez utólag a köldök és a symphysis között haladó merőleges segédmetszést ejtünk. A hashártya megnyitása után

kevés tiszta savó ömlik el. Kiderül, hogy a csecsemőfejnyi daganat, melynek színe feltűnő sárga, felszíne göbös, környezetével összekapaszkodva nincsen és a sigma alsó és a rectum felső szakaszát fogja körül, infiltrálva azok mesoját és az appendices epiploicaeket. — A hasüreg izolálása után átvágjuk a hashártya hátsó lemezének bélre áthajlását, átmetszjük a vasa spermaticákat, az uretert izolálva tamponnal, oldal felé eltartjuk. A daganattól centralisan át vágjuk a belet és lépésről-lépésre felfogjuk a mesosygmát. A daganat alsó határán átvágjuk a rectumot s így az egész daganat kiesik. A csonkoknak egymástól nagy távolsága miatt azoknak egyesítésére gondolni sem lehet, így a rectumot két rétegben vakon elvarrjuk, a sygmát pedig a hasfalhoz kiszegve, anus praeternaturalist készítünk. Hasfalzárás, a rectumcsonkhoz vezetett gummiszádló.



2. ábra.

A szövettani vizsgálat szerint (Wolff dr.) a bélrészlet ürege egyenletesen beszűkült. A nyálkahártya mindenütt ép, átmetszetében a megvastagodott izomréteg is jól ki-vehető. A subserosus réteg, illetőleg az appendices epiploicae-k hatalmasan megvastagodtak, a bélfallal összefüggő, göbös conglomeratumot alkotnak. A metszéslapon ezek külső zsírszöveve kötőszöveti nyalábokkal átszőtt, s benne vérzések és kisebb sárgás, olajszerű anyaggal telt üregecskék láthatók.



3. ábra.

Az anyag több részletét megvizsgáltuk. A nyálkahártya mindenütt ép. A submucosa vízenyősen fellazult, kiszélesedett, a muscularis hypertrophisált. A subserosus zsírszövetben vérzések és elhalt területek mellett fiatal, sejt-dús sarjszövetet is találunk, melyben az elpusztult zsírszövet helyén nagyobb üregek maradtak vissza, melyeknek falát finom, habos plasmájú nagy phagocyták bélelik. Máshol sejtszegény, heges kötőszövetet találunk, melyből az

eredeti zsírszövet teljesen eltűnt. Az elváltozás kiváltó okát a vizsgált részek alapján nem sikerült megállapítani. Dg.: lipogranulomatosis.

2. W. V-né 35 éves nő. 1937. I. 12-én callosus duodenalis fekély miatt gyomorresección esett át Billroth II szerint. II. 12-én vesszük észre, hogy a has bal felében a köldök alatt két harántujjal és tenyérnyelv oldalt kis al-mányi resistentia fejlődött, mely kissé érzékeny. A beteg láztalan, II. 18-án elhagyja a kórházat és a sebvonalban lévő sarjhiány miatt kezelésre jár be.

Kórházból távozása óta fájdalmai egyre fokozódnak, a fájdalmak időnként görcsösek, fogy.

III. 1-én gyomor-bélröntgen: A csonkolt gyomor alsó pülusán jól működik. G. E. A. A gyomortájékon, illetve a vékonybélkacsokkal összefüggő, a passaget akadályozó daganat nem látható.

4 óra múlva a gyomor üres, a sugárfogó anyag a vékonybelekben és a vastagbélben a colon ascendens középső szakaszáig jutott.

24 óra múlva az egész vastagbél kifejlődött, a vastagbél kitelődési viszonyai eltérést nem mutattak. Klinikai vizsgálatkor a leírt helyű daganaton egyéb kóros (meteorismus, loccsanás) nem észlelhető. Diagnózisunk: Schloffer-tumor, fedett perforatio, esetleg a hasüregben felejtett idegentest (törlő).

1938. III. 8-án relaparotomia (Winternitz prof.). Aetheres altatás. A hasüreg megnyitása után a bal rectussal összekapaszkodott, kisalmányi tumort tapintunk, melybe a melybe a lehágó vastagbél betér. A daganatot a hasfal izomzatáról élesen leválasztva, a tumort tartalmazó vastagbél-szakaszt rescecáljuk és a csonkokat side to side egyesítjük. A mesocolon sebét összeöltjük, a varratvonal fölé pedig appendices epiploicaeket varrunk. Vioformcsíkba burkolt gummiszádló a rescecált bélrészlet közelébe. Hasfalzárás. 1937. III. 27-én gyógyultan távozik.

Szövettani lelet: (Wolff dr.) A vizsgálatra kapott anyagban a bélfal serosai felszínén elhelyezkedő nem körül-



4. ábra.

írt, igen tömött tapintatú terimenagyobbodást találunk. Metszéslapján fénylő fehér, hegesnek imponáló területek puha tapintatú, sárgás zsírszövetnek tetsző részletekkel váltakoznak és a centrumban sárgás, sűrű gennyel kitöltött lencsényi üregek is vannak. Szövetileg vizsgálva a leírt képletet, nagyobbára hosszúkás orsóalakú kötőszöveti sejtekből és szabálytalanul haladó, nyalábokat alkotó coilagen rostokból állott. E tömött rostos kötőszövet sejtduzsága változó. Egyes helyeken a rostok között bőven találunk lobsejteket és ereket is, máshelyen sejtszegények és rostokban gazdagabbak. A kötőszövetes részletek mellett zsírszövetből álló területeket is találunk. Ez a zsírszövet azonban súlyos, lobos elváltozásokat szenvedett, melyek néhol tályosos beolvadásig fokozódtak. A lobsejtek főleg leukocyták, de kisszámú lymphocyta és plasmasejt mellett hatalmas, finoman habos protoplasmájú, úgynevezett pseudo-xanthoma-sejteket is találunk. — Sok helyen a pusztuló zsírszövet helyén, hatalmas, zsírnemű anyagot tartalmazó üregek alakultak ki, melyeknek falában ugyancsak habos protoplasmájú, többmagvú óriássejteket észlelhetünk. Hasonló óriássejteket az üregektől függetlenül is találunk

elszórva a nagymértékben lobos és pusztuló zsírszövetben. A legkülső subserosus réteg vérszerűen beszűrődött. Az elváltozás idősült, lobos folyamatnak fogható fel, mely a subserosus zsírszövetben a leírt érdekes granulációs szövet képződésére vezetett. Előidéző okát kimutatni nem sikerült a sarjadzás területében. Néha hatalmas, meg nem állapítható természetű, idegen testek maradványai fedezhetők fel, melyek valószínűleg összefüggésben állanak a leírt lobos sarjadzások folyamatok létrejöttével. *Diagnosis: lipogranulomatosis.*

Vajjon mégis mi okozta a daganatokat? A nőbetegben talált szöveti kép határozotlan gyulladáson eredet mellett szól és az a körülmény, hogy a gyomorsectio műtétje után rohamosan fejlődött ki, valamely formában a műtetre hártja a felelősséget. *Schloffer* irt le fertőző ligaturák után csepleszdaganatokat. Bár a szövettani vizsgálat a tumor területében varróanyagot nem fedezett fel, mégis említést tesz idegentest maradványokról, melyeknek természetét megállapítani nem sikerül. Elképzelhető, hogy varróanyag, műszerről lepattanó zománc, stb., stb., ott ahol a műtési terület a bél megnyílása folytán szükségképpen nem teljesen steril, fertőző csírokat visz az érzékeny zsírszövetbe, melyre tumorképződésig fokozódó proliferációval felel. Férfibetegünk esetében a szövettani képből a gyulladáson jelenségek nem olyan kirívók, mégis a két eset szöveti képének hasonlósága itt is jogosulttá teszi a gyulladáshatás szerint a nem specifikus gyulladáson vastagbél-daganatok gyakran gyulladáson eredetűek és a gyulladáson, tályogok után keletkeznek a mesocolonban. *Anschütz* szerint a nem specifikus gyulladáson vastagbél-daganatok aetiologiájában idegen testek, keringési zavarok, paraziták, appendicitis és colitis minden faja (ty. + dysenteria) szerepelnek. Keletkezésüket legyengült infectio és a helyi védelem megcsökkenése, továbbá elephantiasis elváltozások a mesenteriumban és bél-fodorban magyarázza. Ugyanezen a véleményen van *Haberer, Despotin, Harold is, Wunderlich* a gyulladáson vastagbél-daganatok kifejlődésében diverticulitisnek tulajdonít jelentőséget, *Abrikoff* spontán zsírnekrosizoknak tulajdonítja a zsírgranulomák létrejöttét. Más szerzők nem fertőző folyamatokra, érelváltozáson alapuló keringési zavarra, vérszerűre, vasomotorikus zavarra, ischaemiás autolysisre gondolnak, mások toxikus alapon igyekeznek magyarázni a zsírszövetben keletkező gócnekrosizásokat. Sajnos, az említett szerzők nem közlik a leírt gyulladáson vastagbél-daganatok pontos szöveti képét. *Fleischmann* ír le egy 38 éves férfibetegnek két férfiökölnyi nagyságú, a mesenteriumból kiinduló daganatot, melynek környezetében kisebb mogyorónyi daganatok voltak. A tumor ileust tartott fenn. A beteg a műtét utáni napon meghalt. A közölt szöveti kép a mi eseteinkével feltűnő hasonlatosságot mutat:

A tumor zsírszövetből álló alapállományát sejt-, részint érdús granulációs szövet foglalja el, amely lymphocytákban, polyblastokban és leukocytákban gazdag és sok zsírfagocytát, ú. n. pseudoxanthomasejteket és sok elhalt zsírsejtet zár körül. Az egyes zsírsejtek határa nem éles, a szabaddá tett zsír legnagyobb részét kisebb-nagyobb golyócskákká folyik össze, melyeket gyakran többmagvú óriássejtek vesznek körül. A sejtmagok és azok körül gyakran találunk köteg-alakban elrendezett mézszappan-kristályokat, amelyek megfelelnek a szabad szemmel látható fénylő pontocskáknak. Egyes amorph képletek nagyobb nagytáskor kötegszerű, minden irányban kisugárzó zsírkristályoknak bizonyulnak. A semleges zsírok bomlása folytán képződő mézszappan-zsírszövetnekrosis mellett szól. Tehát itt is szerepel a granulációs szövet pseudoxanthom

és óriássejtekkel, a mi eseteinkben csupán a nyalábokban elrendezett zsírkristályok nem voltak megtalálhatók.

Még egy kérdés érdekli a sebészt, melyek azok a tünetek, amelyek alapján egy gyulladáson vastagbél-daganat a rákostól némi valószínűséggel megkülönböztethető. A klinikai tünetek, a tapintási lelet, fogyás itt is, ott is megvannak, mégis a fogyás ellenére mindig hiányzik a senyvedés, de legnagyobb differentió jelentőségű a röntgenlelet: a daganat, bár beszűkíti a bél-lumenét, de a lumen határai mindig élesek, sohasem kirágottak.

TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTANI KÖZLÉSEK.

Feltűnő vastagodással járt idült fajlagos főérgyulladás.

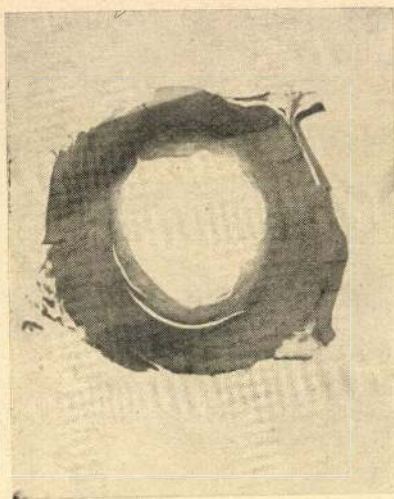
Szíveredetű hirtelen halálesetek a törvényszéki orvostani intézet anyagában aránylag nagy számmal fordulnak elő. A szív működését károsan befolyásoló s így hirtelen halálra hajlamosító tényezők között az arteriosclerosis és az aortitis luetica szerepelnek a leggyakrabban. — Ha az esetek kórtani szempontból nagyobb változatosságot nem is nyújtanak, annál nagyobb változatosságot mutat a kórbonctani kép. A főér felszálló ágának szokatlan megvastagodása miatt érdemes ismertetni az alábbi esetet.

A rendőri iratok szerint a 49 éves férfi egyik nyári este a lakásán rosszul érezte magát, fulladozni kezdett, a kért pohár vizet megitta, de minthogy rosszullete nem javult, a felesége a mentőkért szaladt. A férfi is kiszaladt, de néhány lépés után összeesett. A mentők még életben találták, ritkán légzett, pulzusa alig volt tapintható és csakhamar tüdővízenyő folytán beállott a halál. Feleségének állítása szerint elhalt már két év óta volt szívbajos.

A két nap múlva végzett rendőrorvosi boncoláskor a szív a rendesnél nagyobbak bizonyult, a függőér billentyűi a vizpróbában nem záródtak, a főér az idült fajlagos gyulladás jellegzetes képét mutatta; nevezetesen porckemény, szürkés-fehér szigetesen megvastagodások ráncszerű heges behuzódásokkal és sárga feltokkal váltakoztak. A billentyűk felett harántul haladó, 6—7 mm széles, hullámos, a Valsalva-öblökbe nyulványokat bocsátó, szalagszerű, fehéres belhártyamegvastagodás volt található. A koszorús ütőerek szájadéka mindkét oldalt szűkült. Feltűnő volt a főér felszálló ágának és ivének daganatra emlékeztető szürkésfehér, szívós megvastagodása, mely átlag 12—15 mm, de helyenként ennél is vastagabb, 20 mm volt. A főér hasi részén az említett elváltozások már csak egyes szigeteken találtak fel és a fal feltűnő vastagsága is megszűnt. Egyébként a szemölcsizmokban heges csikok és fakó elhalásos szigetek váltakoztak, az izomfal pedig a heveny zavaros elfajulás képét mutatta. A mell- és hasüregi szervek pangásosan bővérűeknek, a vér pedig folyékonyak bizonyultak.

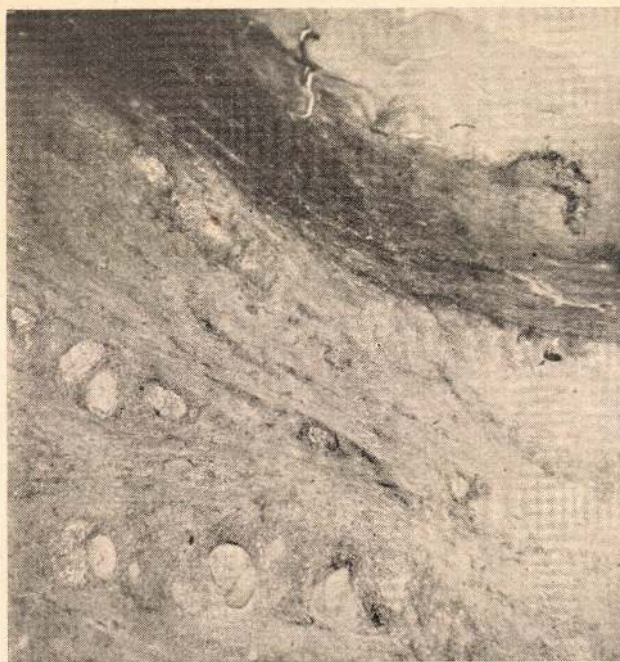
Az aortából kivágott, formalinban keményített és paraffinba, illetőleg celloidinba ágyazott haránt szeletekből készült metszetek eosin, Van Gieson és Mallory-festés után vizsgáltattak meg szövettanilag. A metszeten az aortafal tekintélyes vastagsága 1.5—2 cm között váltakozik. A lumen átmérője 2 cm, míg az egész aorta átmérője kb. 5.5 cm. Az intima 2—3 mm vastag,

a media vastagsága átlag 2 mm, az aortafal vastagságának többi része pedig az adventitiára esik. A z intima általában sejtszegény és kollagén rostokat tartalmaz, de helyenként, különösen a mediával határos része gömbsejtes beszűrődést is mutat. Néhol atheromás elváltozások láthatók és feltűnnek azok a hosszukás, keskeny rések, melyekben a cholesterin kristályok helyezkedtek



1. ábra.

el. A mediában már több a sejtes beszűrődés, mely főleg ereket vesz körül. Feltűnő azonban az adventitiának a megvastagodása és erős gömbsejtes beszűrődése. A legtöbb helyen jól látható, amint a beszűrődések az ereket körülveszik, másutt azonban az idegek környezetében is található beszűrődés. A kapillárisokat és kisebb ere-



2. ábra.

ket részben véralvadék tölti ki. Helyenként a kisebb arteriák falának a megvastagodása tűnik fel. A beszűrődött területekben gummát nem lehetett találni. A kötőszöveti rostok erős felszaporodását és viselkedését szépen mutatja a Mallory-festés. A beszűrődött piros göcök élénken elütnek a sötétkék kötőszöveti rostszevédekéntől. A göcökben kötőszövet alig van, illetőleg a megszakadt kötőszöveti rostok tömörödött maradványai láthatók, azonkívül több-kevesebb vékony, elágazódó kötő-

szöveti rost is áthatja azokat. Az aorta falában a sűrűn egymásba fonódott és megvastagodott rostok összefüggő rendszert alkotnak. A kötőszöveti rostok sok helyen az ereket és idegeket koncentrikus gyűrűk alakjában veszik körül. Az adventitia külső rétegében, főleg azonban a mediában a rugalmas rostok is elég nagy számmal fordulnak elő.

A boncvizsgálat első tekintetre az aortafal szokatlan vastagsága folytán daganatos beszűrődés gyanuját keltette. Aortitis lueticanál ismeretes, hogy a főér fala megvastagszik, de esetünkhöz hasonló megvastagodás az intézet anyagában nem fordult elő és bizonyára kivételes is. A főér falának szürkés-fehéres, szívós rendkívüli megvastagodása első tekintetre sarkomára emlékeztetett, de ezt a gyanút megdöntötték a főér belfelületén észlelt, aortitisre jellegzetes elváltozások és a szövettani kép. A szövettani vizsgálat alapján meg lehetett ugyanis állapítani, hogy a vastagodás főleg az adventitiára szorítkozik, melyben a lobos-produktív elváltozások uralják a képet a fokozott mérvű sejtes beszűrődés és a kötőszövet felszaporodása folytán. Az aorta-fal ilyen nagymérvű megvastagodásának magyarázata után kutatva, legvalószínűbbnek látszik az Orsós által hyperdesmosisnak nevezett állapotra való hajlamoság, mely elhalt constitutiós sajátságának tekinthető. A jelen esetben a fajlagos gyulladásos folyamat és a hyperdesmosis találkozása termelte a kivételes falmegvastagodást.

Bochkor Ádám dr.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Tartós eredmény aranykezelés után tüdőtuberculosisban. 168 eset ismertetése. Ebers. (Breiträge zur Klinik der Tuberculose, 1938. 92. 130.)

71 arannyal kezelt (triphala, lopion, stb.) még életben lévő nyílt tbc.-beteg közül 39 (55.5%) esetben a folyamat záródott. E 39 kifejezett eredményből 16 természetes gyógyulásra vezethető vissza.

6 esetben a később alkalmazott kollapskezelés vezetett eredményre. Végül 17 esetben az aranykezelés hozott döntő eredményt. Az 1925—1936-ig terjedő időben a nyílt tbc.-betegek 11.1%-át kezelték aranykészítményekkel és az ezeken észlelt javulásokat (kórokozók eltűnése, a röntgenlelet visszafejlődése, cavernák eltűnése) az aranykezelés javára kell írni. A legszebb eredményeket a chronikusan productiv és cirrhotikus esetekben kapták, míg a legrosszabban a exsudativ esetek reagáltak. Nagy, kifejezett cavernák nem gyógyulnak.

Az aranykezelést az olyan betegek részére kell fenntartani, akiknél a modern nyílttuberculosis kezelő eljárás — a kollapskezelést valami oknál fogva nem lehet alkalmazni.

Balla dr.

Adatok a Simonds betegség kezeléséhez. Straube, Städt. Krankenhaus Ludwigshafen. (Klin. Wschr. 1938. 29. 1016.)

14 éves leányon a Simonds-betegség minden tünetét, de főleg a 31 kg-ra lefogyást észlelte. 3½ héten át napi 1, majd később 2 ccm preloban-t alkalmazott. Egyidejűleg aprított borjú-hypophysis kivonatot is injiciált és szénhidrát-dús hizlaló étrendet írt elő. Ennek dacára 27 kg-ig esett a testsúly. A bevezetett iliren + tonephin + C-vitamin kezelés dacára tovább esett a testsúly 25.7 kg-ig. Ujabb borjú-hypophysis injectio nem hozott eredményt.

A javulás csak akkor kezdődött, amikor a tonephin C-vitamin + mellékvesekéreg-hormonon kívül preloban-t is alkalmazott. Eredmény: 3 nap alatt 3 kg. gyarapodás. A preloban elhagyása azonnali visszaesést eredményez. Mikor a súlygyarapodás 10.5 kg-ot tett ki, a C-vitamint és a kéreghormont elhagyta, de a javulás tartós maradt. A tonephin elhagyására a testsúly tovább gyarapodott. A gyógyu-

lás azután peroralis kéreghormon és teljes hypophysis adagolása kapcsán következett be. Hasonlók voltak az eredmények egy 27 éves asszony Simonds cohexiája esetében, ahol a tartós eredmény csak a kombinált kezelés (1 ccm preloban, 0,5 ccm. tonephin + iliren) útján volt elérhető.

A Simonds-betegségben a hypophysis-hormonokon kívül a mellékvesekéreg hormonja is adagolandó.

Balla dr.

Sebészeti.

A sarokcsonttörés kezeléséről. Friedrich K. (Ulm). (Monatschr. f. Unfallheilk. 1938. 6. sz.)

Friedrich szerint mindinkább elismerik, hogy célszerű a törött sarokcsont eredeti alakjának helyreigazítását (az összenyomódott sarokcsont ellapultságának és szétnyomódottságának megszüntetését) elvégezni, mert az így keletkezett sarokcsonttörések eredménye határozottan jobb, mint a helyreállítás nélkül kezelték és a nem kielégítően kezelt compressió sarokcsonttörések nagyfokú keresőképeségcsökkenéssel gyógyulnak. — A közölt esetben a sérültet compressió sarokcsonttörés miatt repositio nélkül, gipszkötéssel kezelték. 8 héttel a baleset után került Friedrich kezelésébe. Ekkor megpróbálta utólag elvégezni a repositiót, Böhler eljárása szerint, drót-extenzióval, oldalról összenyomással és gipszkötéssel. A sarokcsont eredeti alakjának helyreállítása még ekkor is elég jól sikerült. — Az esetből azt a tanulságot vonja le, hogy sarokcsonttörésnél még 8 hét után is érdemes megkíséríteni a repositiót.

Lévai György dr.

Csipőficam fel nem ismerésének okairól. Drossart P. (Monatschr. f. Unfallheilk. 1938. 6. sz.)

Drossart 5 év alatt 8 csipőficamot látott és ezek közül 4-et megelőzően sebészek nem ismertek fel. — Az esetek egy részében azért nem gondoltak csipőficamra, mert tévesen azt szokták gondolni, hogy csipőficamot csak egészen súlyos trauma okozhat. Drossart egyik esetében kis teherrel felfordulás, másik esetében lassú menetben, könnyű motoriképpárral való felfordulás elég volt csipőficam létrehozásához. Ilyenkor, ha nem gondolnak ficamra, nem vizsgálják elég gondosan, hogy nincs-e rugalmas rögzítettség a csipőizületben, és ha a vizsgálatkor a combcsonttal a medence vele mozog, a fájdalomosság által okozott izomfeszességnek tartják. — A rövidülés gyakran olyan kisméretű, hogy nem elég gondos méréskor nem tűnik ki. A nagytompornak a Roser-Nelaton vonalhoz való helyzete nem megbízható, mert normálisan sem esik mindig pontosan a vonalba. — Egy esetben medencecsonttörés és egy esetben combcsonttörés volt a csipőficammal egyidejűleg. A röntgenfelvételen csak a törést nézték; a csipőizület képét, amelyen nem volt feltűnő a ficam, nem tekintették meg elég gondosan. — Egy esetben a sérültnek gonorrhoeája volt: a csipőizület fájdalmasságát gonorrhoeás ízületi gyulladásnak tartották és nem végeztek röntgenvizsgálatot.

Tévedések elkerülése céljából, Drossart szerint, csipőizület rándulása vagy zúzódása, továbbá a combcsont felső felének, vagy a medencecsontoknak törése esetén mindig röntgenfelvételt kell készíteni a csipőizületről. A röntgenfelvételt 2 irányból kell történnie (szemben és oldalról). Ezenkívül összehasonlító röntgenfelvételt kell készíteni mindkét csipőizületről. A felvételeken az izvápa és a combfejecskörvonalainak egymáshoz való helyzetét pontosan meg kell nézni.

Lévai György dr.

Szülészet.

A tüszőhormon hatása a méhkürt összehúzóási képességére. Geist — Salmon — Mintz. (Amer. Journ. of Obst and Gyn. 1938. 36. 67.)

Kymographiás vizsgálataikkal megállapították, hogy a változás korában a tüszőhormon termelésének fokozatos megszűnésével párhuzamosan a méhkürt izomzatának jelentős tonusszökkenése és szabályosan ütemes féregszerű mozgásának fokozatos eltűnése következik be. A méhkürt átfuvása alkalmával a gáz beáramlása iránti ellenállás csökkenését, valamint a szabályos és ütemes összehúzóási hullámok eltűnését a mozgási görbékben érzékeltetik. A mozgási képesség legfeltűnőbb csökkenését a változás korának késői idején észlelték. A már gyengülő petefészkek-

működés esetén alacsony nyomás mellett kis kilengést mutató szabálytalan összehúzóásokat figyeltek meg. Tüszőhormon adagolása után (összes adag 120—650 ezer I. E. progyonon) a rendes petefészkek működésű nő, magas hullámú és ütemes kürtmozgását kifejező görbét nyerték és egyidejűleg a hüvelyváladék teljes oestrus-reactióba átmenetét is sikerült elérniük. A hormonkezelés előtt a hüvelyi keneten valamennyi esetben a hormonhiányra utaló ismert kép látott. A kürt szabályos mozgásainak visszatérése, valamint a hüvelyváladék oestrusreactiója arra enged következtetni, hogy a kürt rendes, ütemes összehúzóásainak létrehozásában a tüszőhormon játszik szerepet. A méhkürtöknek a tüszőhormon hiánya következtében csökkent összehúzóási képessége a meddőség és kürtterhesség bizonyos alakjának kóroktani tényezője lehet.

Kriszt József dr.

A jobb méhkürt vegyesdaganata. Markl. (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 1938. 117. 2.)

72 éves asszony véres folyás miatt kereste fel a klinikát. A helyi lelet, a negatív curettage és a meglévő hydrops tubae profluens miatt hüvelyi teljes kiirtást végeztek. A műtét alkalmával a jobb petevezetékben kb. tyútkojásnyi daganatot találtak, mely szövettanilag a nyálmirigy vegyesdaganataihoz hasonlított. Ép úgy, mint a parotis vegyesdaganataiban, ebben is hámrészek mellett nyálkásan el-fajult és porcszerű szövetek fordultak elő. A daganat a petevezető falát sehohsem lépte át, ezért jóindulatúnak tartották. A jóindulatúságot bizonyította a klinikai kép is, a beteg nem volt kachexiás és egy évvel a műtét után még teljesen kiújulásmentes volt. A méh, a jobb oldali petefészkek és a baloldali függelékek kóros elváltozást nem mutattak. A jóindulatúságot bizonyította a klinikai kép is, a egyik v. Franque carcino-sarko-endotheliomája és Aman adeno-carcino-sarkomája porc- és csontszövettel.

Thaisz Kálmán dr.

Szemészet.

Neuromyelitis optica. Hill, Traus. (Ophth. Soc. Un. Kingd. 58. I.)

A Devic-féle megbetegedésre jellemző az egyoldali hirtelen látásromlás, melyet a másik szemé követ. Ugyanakkor myelitis transversa vagy diffusa tünetei jelentkeznek. Az esetek fele halállal végződik. Szemfenék ép (neuritis retrobulbaris) vagy neuritises jelenségek. Szerző a sklerosis multiplex tünettanát taglalva Adie szerint, a kórképet a multiplex egyik válfajának tartja. Hangsúlyozza, hogy a kétoldali, simultán, haladó retrobulbaris látóidegyulladás egyáltalán nem ritkaság multiplexben.

Gordon Holmes véleménye szerint a két kórkép egymástól elválasztandó; ezt a korszerű sejt-kórtani vizsgálatok is alátámasztják. (Elmosódott határu góccok! Paton is dualista; lásd O. H. 1938. 7. Ref.)

Grósz István dr.

Phlyctaenás szemgyulladás. Sorsby, stb. (Trans Ophth. Soc. Un Kingd. 58. I.)

Szerzők a gümős fertőzés megnyilvánulásának tartják. Bizonyítékok: 80%-ban positiv tuberculin-próba, szemben a kontroll-csoport 20%-ával; 7% activ tbc.; 13%-ban positiv röntgenlelet (kontroll 16%). A phlyctaenások késői sorsa: klinikai tbc. hétszer olyan gyakori, mint a kontroll-csoportban (5,3%, ill. 0,8%). 82%-ban fokozott vörösvérsejtszűnyedés. A nem tbc-s eredetű phlyctaenás lefolyásában különbözik a classikus képtől (egyoldali, tovább tart, rossz gyógyulási hajlam). Noha az intracután próba a legérzékenyebb, a Moro-test az ajánlatos gyermekkorban.

Grósz István dr.

Normalis és glaukomás szemek csarnokvize. Hodgson. (Trans. Ophth. Soc. Un. Kingd. 58. I.)

Glaukomás betegektől nyert serum és csarnokvíz osmosisnyomáskülönbsége nem tér el a normalis egyénekétől. Ugyanez áll a chlor-ionra is. Tehát glaukomában a vérnek nincs csökkent osmosisnyomása és a csarnokvíznek nincs emelkedett osmosisnyomása. Osmotikus tényezők nem játszanak szerepet idült elsősleges zöldhályogban, szemben a járványos vizenyőt kísérő glaukomával. Ugy látszik, az intraocularis folyadék és a vér közti hártya permeabilitás-változása nem oka a glaukomának.

Grósz István dr.

A szem folyadékcsereje. *Robertson.* (Trans. Opth. Soc. Un. Kingd. 58. I.)

A szemnyomás és folyadékcsere vizsgálata megerősíti szerző régebbi nézetét, miszerint a csarnokvíz nem tekinthető dialysatumnak (*Duke-Elder*). Változó töménységű hypertoniás oldatok i. v. befecskendezésére bekövetkező tensióváltozások nem magyarázhatók meg olyan törvényekkel, melyek szerint egy dialysatum jön létre (oedema, stb.). Hasonlóság van a gyomorsecretio és a szem viselkedése közt ilyen hypertoniás oldat bevitelére. Nephrotikus, vize nyós egyének szemnyomása normális, nem emelkedett. Mindezek szerint a csarnokvíz secretio útján keletkezik.

Grósz István dr.

Gyermekgyógyászat.

Insulin hatása a vércukorra egészséges csecsemőkben. *Neumüller.* (Archiv f. Khk. 114, 2.)

14 csecsemőn (5—10^{1/2} hónapos korig) végzett vércukorvizsgálatokat közül, testsúlykilogrammonként 0.2 E. insulin után. Eredményei: a vércukor fokozatosan esik, 1—2 óra múlva éri el a minimumot. Ez a minimum 1—2 óra hosszat tart, 7 esetben a harmadik órában ismét kis emelkedést mutat a vércukorgörbe. 3 óra alatt egy esetben sem érte el a kiindulási értékét a vércukor. Kor és súly (5—10^{1/2} hóig) nem befolyásolta az eredményeket. Középtételek: éhgyomri: 88.5 mg^{0/0}, 1/2 óra: 69.4 mg^{0/0}, 1 óra: 63.4 mg^{0/0}, 2 óra: 58.78 mg^{0/0}, 3 óra: 58.42 mg^{0/0}.

Kulcsár Margit dr.

Újabb adatok az infantilis akrodyniához. *Meyerhofer és Dragisic.* (Archiv f. Khk. 113, 4.)

Szerintük az utóbbi években az akrodynia esetek száma nő. A gyakorló orvosok szempontjából nem a classikus esetek, hanem a kezdődő, atypusos és abortív alakok a fontosabbak, mert ezek a legkülönbözőbb ideges tünetek képében jelentkeznek. A *Meyerhofer* által bevezetett Bellergaltherapia az abortív esetekben is jöhatású és „ex juvenibus” a diagnosis felállításában is segítségünkre lehet. Nyhe akrodyniák egyidejűleg valamely fertőző betegséggel együtt zajolhatnak le. Az akrodynia fennállása ilyenkor súlyosbítja a másik betegséget.

Wollek Béla dr.

Lues diagnosis újszülöttnél a quantitativ Wassermann-reactio segítségével. *Christie.* (Amer. Journ. Dis. Childr. 55. 1938. 979. old.)

Hónapokon keresztül tanulmányozták 14 újszülött Wassermann-reactiójának quantitativ változásait. Valamennyi újszülött anyja a terhesség alatt antilueses kezelés alatt állott. Kiderült, hogy 11 esetben a kezdetben positív Wa. R. csupán complementkötő anyagok passiv átvitelével volt magyarázható, amennyiben néhány hét alatt az újszülött véreinek reagin mennyisége fokozatosan csökkent, végül a reaginek teljesen eltűntek a vérből, lueses tünetek egyáltalában nem mutatkoztak. 3 újszülöttnél a reaginmennyiség — a sorozatos quantitativ Wa. R. bizonyosága szerint — állandóan emelkedett. Ezen esetekben ténylegesen lueses fertőzés állt fenn. A sorozatos keresztlívtit quantitativ Wa. R. alkalmas a lues korai diagnosisára.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

Orr-, torok- gégegyógyászat.

Lázsvér-transfusio segítségével gyógyult agranulocytosis eset. *Jents.* (Monatschr. f. Ohrenheilk. und Laryngorhinologie, 1938. XI. f.)

25 éves férfibeteg pár nap óta lázas és torokfájásról panaszkodik. Vizsgálatkor a jobb peritonsillaris tájék vörös, infiltrált és eldomborodott. A jobb mellső garatíven a tonsilla felső pólusához közel egy helyen sárgásszürke elszíneződés látható. Mivel úgy látszott, hogy egy áttörés előtt álló peritonsillaris tályogról van szó, incisiót végeztek a gyanús helyen, mire egész kevés eves váladék ürült. A következő nap a tonsilla felső pólusán és a mellső garatíven egy kb. pengőnyi, kerek, csokoládébarna, nekrotikus csatokkal fedett fekély volt látható. Kívül a nyakon nyirokcsomómegnagyobbodás nem volt észlelhető. A sternum punctio és a vérkép kezdődő agranulocytosist mutatott 3200-as leukocytá számmal. Tekintettel a jó eredményekre, amelyet eddig agranulocytosis eseteiben lázasvér-transfusio segítségével elértek (*Lainer*), a beteg 460 ccm. lázasvért

kapott. 24 órával a transfusio után a garatban lévő nekrosis csaknem teljesen feltisztult; a beteg erőbeli állapota lényegesen javult; a hőmérséklet 38°C-ról a normálisra szállt alá és a vérkép 6000 leukocytát mutatott. Mivel az eddigi tapasztalatok azt mutatták, hogy egyetlen transfusio nem elég, a következő napon a beteg újabb 460 ccm. vért kapott. Erre a torokban lévő fekély teljesen feltisztult, alapja felől egészséges granulatio-képződés indult meg, a temperatura 37°C alatt állandósult, a leukocytaszám 8000-re emelkedett és a beteg 4 nap múlva meggyógyult.

Ajkay Zoltán dr.

Bőrgyógyászat.

Experimentalis gangraena meleg kezelés és érzéstelenítés után. *Schwan.* (Münch. Med. Wschr. 1938. 40.)

A szerző egy betegén idősült ujjficamot igyekezett helyretenni novocain érzéstelenítésben. A szöveteknek a fellazulását még a melegnek az alkalmazásával is igyekezett elérni. E beavatkozást követő éjszaka az ujj felett ovális vizenyős duzzanat keletkezett, ez rosszabbodott és 3—4 nap alatt gangraenás fekély fejlődött ki, rossz gyógyulási tendenciával. Kísérletesen is elvégezte a következőt: nyúlón a fülgyökbe 2%-os novocain oldatot fecskendezett, a másik fülét pedig kezelés nélkül hagyta, majd mindkét fülét 60 fokos szárazmeleg-hatásnak tette ki. Azt látta, hogy a nem kezelt fül a felmelegedést jól tűrte, míg az érzéstelenített helyen enormis oedema jelentkezett nekrosissal. Ennek a tünetnek az okát kétségkívül a meleg-regulatióának a hiányában látta, aminek következménye az egész szövet felmelegedése és a fehérje coagulatioja. A fentiek alapján a forró levegő-kezelést óvatosan kell végezni.

Pádár Ilona dr.

Ipari ártalom vincelléteken. *W. Frohn.* (Münch. Med. Wschr. 1938. 42.)

Az arzéntartalmú penészedést gátló szerek használata következtében létrejött mérgezéseknél a prodromalis jelek a nyálkahártyákon jelentkeznek különböző izgalmi tünetek alakjában. Az ártalmas szer ismételt, hosszabb ideig tartó érintkezésével kifejlődik az idült arzénmérgezés, mely különösen a bőrön jut kifejezésre hyperkeratosisek, melanosisek alakjában. A lappangási idő természetesen számos tényezőtől: az alkalmazott szer fajától, mennyiségétől, az alkalmazás gyakoriságától függ. A betegségnek három fokozatát különböztetjük meg és pedig: súlyos, középsúlyos és könnyű eseteket. A súlyos megbetegedések klinikailag a májcirrhosis képét mutatják ascitissal, amellet az arzénmérgezés bőrtüneteinek classikus képét is megtaláljuk. Ezeknek az eseteknek a prognosisa kedvezőtlen, ezzel szemben a középsúlyos és nyhe esetek, amelyekben a belső szervek részéről még semmilyen, vagy csak csekély elváltozást találunk, teljesen kigyógyulhatnak. Az ilyen betegek gyógyulásához föltétlen szükséges a szőlővidékről való távoltartás s az alkoholélvezet kerülése.

Pádár Ilona dr.

Urologia.

Periduralis anaesthesia. *C. Alken.* (Ztschr. f. Urol. 1938. X. füzet.)

A módszer Amerikában igen elterjedt, lényege abban áll, hogy az érzéstelenítő folyadékot a durazsákon kívül juttatjuk az idegtörzsekhez. *Alken* a berlini Szent Hedwig kórház 2500 esetének tanulságait foglalja össze. Érzéstelenítő oldatként 2%-os pantocaint használnak. A technika ismertetése után tárgyalja a hatásmechanizmust és az esetleges szövödményeket. Az eljárás magában foglalja a lumbalis érzéstelenítés minden előnyét, annak hátrányai nélkül.

Gerendai Tibor dr.

A húgyutak foszphatköveiről. *Aksel Tovborg Jensen és Jörgen E., Thygesen.* (Ztschr. f. Urol. 1938. X. füzet.)

35, részben műtéttel eltávolított, részben boncolásból származó foszphatkövet vizsgáltak meg. Minőségi analízisen kívül a finoman porított kövekről Debye-Scherrer rtg. diagrammot készítettek, egyes esetekben mennyiségi meghatározást is végeztek. A kövekben magnesium-ammonium-foszphatot, tökéletlen apatitszerkezetű, colloidszerű calcium-foszphatot és beta-calciumfoszphatot találtak. A fenti anyagok gyakran keverve fordultak elő.

Gerendai Tibor dr.

Az uraemia prostataphyertrophiaiban. A veseeredetű acidosis. H. Retlev-Abrahamsen prof. és V. Aalkjaer. Kopenhága. (Ztschr. f. Urol. 1938. VIII.)

Sok prostatás betegen találunk csökkent vesefunctiót, a valódi uraemia aránylag ritka. A vese concentrálóképessége csökken, az anyagcsere-termékek kiszűrése csak nagy mennyiséggel lehetséges, a szervezet sok vizet veszít, így a szervezet kiszárad. Megfelelő kezelés mellett a tünetek visszafejlődnek, vannak azonban betegek, akik ellenkező minden kezeléssel, uraemiás stadiumba kerülnek. A szerzők azt tapasztalták, hogy ez a komoly kórkép legtöbbször acidosis következménye és ha ezt idejében felismerik, sikerül a normalis veseműködés helyreállítása. Röviden összefoglalja az acidosis körélettanát. Kezelésük abban állott, hogy csökkent plasmabicarbonat esetén frissen készült isotoniás N-hydrocarbonat oldatot adtak i. v. 123 prostatás beteg közül 39 esetben találtak és kezelték veseeredetű acidosis. Ezeket alkali-kezeléssel gyors és bámulatos eredményt értek el. Az alkali-kezelést a műtét utáni vesecomplicatio alkalmával is jónak tartják.

Illyés Endre dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Klinik der Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen. Priv. Doz. Dr. Emil A. Wessely. (Urban u. Schwarzenberg, Berlin—Wien, 1938. 484 oldal, 149 szövegek közötti ábra és 84 színeskép. Ára: 16.50 Márka.)

Szerző az aránylag szűkre szabott keretek között kimerítően és kitűnően adja elő a nagy anyagot. A munkán megnyilvánul nagy gyakorlata és tapasztalata, amelyet a bécsi egyetem látogatott cursusaiban az orvosok oktatása és kiképzése terén szerzett. A könyv két részre oszlik. Az elsőben az orr-, a garat-, a száj- és gége betegségeit, a másodikban a fülbetegségeket ismerteti. Mind a két részben a bonctani és életlani tudnivalók előrebocsátása után röviden, de mindenre kiterjedően ismerteti a vizsgáló eljárásokat. Egyes fejezeteket rövidre kellett szabnia, de az életveszélyes betegségeket és a sürgős, halasztást nem tűrő beavatkozásokat megfelelő terjedelemben tárgyalja. Behatóan foglalkozik a röntgenvizsgálati módszerekkel és a röntgenképek értelmezésével, úgyszintén a műtétekkel és azok indicatióival, valamint az egyes szervek gyulladásával és a lobos szövödményekkel. A könyv nemcsak azt nyújtja, amit elméletileg és gyakorlatilag tudni kell, hanem magában foglalja a legújabb tudományos megállapításokat is. A nagyszámú és kitűnő ábra nagyon megkönnyíti a szöveg megértését és igen emeli a mű értékét. A könyv előadási módja világos és jól érthető. A munka nemcsak a tanuló és gyakorló orvos számára értékes, hanem a szakember is élvezettel és haszonnal olvashatja.

Lénárt prof.

Harcgázbetegségek Kór- és Gyógytana III. kiadás. Telbisz Albert dr.

Szerző kitűnő könyvének III. kiadásában több fejezetet teljesen átdolgozott. Az összes harcászérülések és mérgezések közül a mustárgáz okozta elváltozások állanak legmesszebb a békeélet orvosi vonatkozásaitól. A szerző nagyon átértékelte ennek nagy fontosságát és éppen ezt a fejezetet írta át legrészletesebben újabb személyes tapasztalatai és kísérletei kapcsán. Szerző könyve a gázvédelem és légoltalom kérdéseit is érinti. Öröndetes, hogy a légoltalom egészségügyi vonatkozásairól szóló fejezetet is kibővítette és rámutatott több olyan munkaterületre, amely nagyrésztben az orvos feladata.

Fritz G. dr.

Der Magenkrebs. G. E. Konjetzny prof. (F. Enke Verl. Stuttgart. 1938. Ára: 25 RM.)

Szerző több mint 20 éves sebészeti és kórtani kutatásainak eredményét foglalja össze a közel 300 oldalas monographiában. Általános kórtani adatok tárgyalása után sorveszi mindazon tényezőket, amelyeket a gyomorrák kezelésében az irodalomban fontosnak tartottak, hogy végül a Virchow-féle idült ingerelméletéből kiindulva, felállítsa saját kutatásai alapján az ő elméletét.

Konjetzny elgondolása az, hogy az idült gyomorhurut, a fekély, a rák a gyomornak nem különálló megbetegedései, hanem egymással összefüggő betegségsorozat, amely közös alapon gyomorhurut alapján fejlődik ki.

Ennek bizonyítására sorozatos görcsövi fényképeken mutatja be a hypertrophias és atrophias, hyperplastikus gyomorhurutok szövettanát, ezeknek a fekélyhez és a rákhoz való viszonyát. Meggyőzőek a képek, amelyeken a gyulladással nyálkahártya burjánzásából kiindulva, bemutatja számos esetben a ráknak gyakran multicentrikus megjelenését, kezdeti fejlődését, s végül kialakulását, ami a nyálkahártya izomrétegének áttörésével kezdődik.

Kórtani megfigyeléseit klinikai adatokkal egészíti ki s néhány biztosan ismert gyomorhurutos betege sorsának leírásával bizonyítja, hogy ezek a betegek milyen gyakran betegszenek meg gyomorrákban.

Ezek után körbonctani és klinikai szempontból összefoglalja a gyomorrák kérdésének egész újabb irodalmát. Részletesen letárgyalja ugyancsak irodalmi alapon a sebészeti kezelés lehetőségeit és eredményeit; végül összefoglalja a késői műteti eredményeket.

Mindezekből arra a végső megállapításra jut, hogy a gyomorfekély mellett az idült gyomorhurutot praecarcinosisnak kell minősíteni, miért is azt a gyomorresectio javallatának tekintik.

A szép és értékes munkát kiegészíti az újabb irodalomnak hatalmas, regisztrált összefoglalása.

ifj. Verebélly dr.

A vesevizsgálat módszerei. Kalo Andor. (Novák Rudolf kiadása. 1938. 168 oldal.)

A veseműködéssel összefüggő laboratóriumi és egyéb vizsgálati módszerek ma már oly sokoldalúak, hogy aki nem tölti egész napját a laboratóriumokban, azok egy részét csak hírből ismeri. Az általánosan elterjedt laboratóriumi compendiumok többnyire csak a laboratórium vagy belgyógyászat igényeit elégítik ki, az urologus sebész csak nehezen és részben találja meg az őt érdeklő vizsgálati módszerek leírását. Szerencsés gondolat volt ezért, hogy a szerző arra vállalkozott, hogy a vesével összefüggő laboratóriumi vizsgálatokat nemcsak a gyakorló orvos, de a vesesebészettel foglalkozó szakorvos számára is élvezhetően tárgyalja. E célját teljes mértékben elérte, mert könyve világos, könnyen áttekinthető, minden felesleges sallangtól mentes, úgy hogy a gyakorló orvos, a belgyógyász, vagy urológus szakorvos egyaránt haszonnal és élvezettel olvashatja. A vese anatómiájának és fejlődésének rövid, de értelmes leírása, az eszközös vesevizsgálatok összefoglalása értékesen egészítik ki a nagy gondval összeállított és nagyon helyesen irodalmi utalásokkal is ellátott könyvet.

Minder Gyula dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület december 12-i ülése.

Bemutatások:

Pesti L.: Veseületett choanalis elzáródás műtéttel gyógyult esete. Az 52 éves nőbeteg orrán át soha nem kapott levegőt, orrát kifújni nem tudja, orrváladéka állandóan pang. Megelőző betegség: \odot . St. pr. Feltűnő keskeny orr, igen szűk orrüreg, nagyfokú b. o. orrsövényferdülés. Mindkét orrüregben nagytömegű szívós váladék. Mindkét choanot vaszkos hártya zárja el, amelyen nyílás nem látható. Diagn. Veseületett choanalis atresia. Belgyógy. lelet: Wa.: neg. Az erős retroflexióban, contrasttöltéssel készült röntgenfelvételen jól látható az atresiás hártya, a kb. mogyorónyi orrgaratüreg, s a feltűnően tágas iköböl. Tekintve a csőszerű, nyálkahártyával bélelt szervek (felsőlégutak) heges szűkületének és elzáródásának a szétválasztás után is fennálló nagy hajlamosságát az újbóli összenövésre, — a műteti sebfelület plastikai fedéséről kell gondoskodni. Ezen esetben is a Réthi és Tátrallyal-Wein ajánlotta műteti eljárások módosításával végezte a műtétet, amellyel palatopharyngealis összenövéseket már tartósan megoldott. Kiterjedt septumresectio és az atresiás hártya kimetszése után az orrsövény nyálkahártyaemezeiből készült két lebenyt a spina nasalis post. körül „ölelkezően keresztezve”, alternálisan hajtja a choana (és légyszájpad) sebfelületére. A sima sebgógyulás óta szabad orrlégzés.

Némái J.: Az esetet ismeri és a műteti módot célszerűnek az eredmény pedig nagyon jónak találja. A bemutatott batiszt tömlőt (húrkát) hozzászóló évek óta készítette, a vékony szövet megengedi a legszűkebb orrüregbe bevezetését, ahol a gazecsíkokkal kitölteni és így az orrüregét jól ki-tamponálni lehet.

Orsós F.: A tüdőerek szűkülete a tüdőkapuk palás kérgesedése miatt. Elég gyakoriak az olyan hirtelenhalál esetek, melyekben a halál oka egyedül a jobb szív túltengését létesítő rejtett keringési zavarban kereshető. Kétségtelen, hogy a tüdőútörő lefolyásának akadályai a tüdőkapuban ül, mégpedig a másodrendű hörgőgagak szájadékának tölcse-szerű szűkülete formájában. A szűkületeket a hilus-nyirokcsomók és környezetük palás kérgesedése okozza. A kérgesedés folyamata a hilusok köztiszövetét a nyirokcsomókkal együtt merev, kemény szövetvakolatá alakítja át, melybe tágíthatatlanul és eltolthatatlanul ágyazódnak be a véredények. A hirtelen halálnak oka a bemutatott esetekben végeredményben a kisvérkör medrének a tüdőkapukban bekövetkezett nagyfokú beszűkülése volt, mégpedig a tüdőkapuk szövetének előhaladó heges zsugorodása folytán. A beszűkült érszakaszok sorozatos metszeteinek lelete a mikroszkopos képet magyarázza és kiegészíti. A szűkült érszakaszok egységes öntvényként veszi körül a kérges-heges kötőszövet, mely részint regressív, részint progressív átalakulás változatos képeit mutatja. A hyalinos kötőszöveti gyűrű növekedés nyomása alatt az összehúzódott érfa hullámosan vetemedik és rugalmas lemezei foltonként pusztulásnak indulnak. Egyes helyen a jellegzetes érfal szerkezet teljesen eltűnt és helyét indifferens és koromsejtekkel dúsan áthatott sarjszövet foglalta el. A környező kötőszövet általában mindenütt kérges és csaknem teljesen sejtmag nélküli, mindazonáltal újra ereződő, sajszövetes szigeteket fordulnak elő benne. Az utóbbiaknak nagyobbodása, másrészt az endothelmentes, kimaródott helyről kiinduló átívódás folytán a hyalinos szövet fokozatosan mindjobban szűkítheti a lument. Sőt hozzájárulhat ehhez még a szív vicariál túltengése is, mert emelven a vérnyomást a szűkület felett, egyszersmind a kimaródás helyén fokozhatja a kérges alapszövet beszűkülését, további duzzadását, vagyis közvetve a szűkület súlyosbodását is. A szorulatban olykor csak a palaszínű hegeszövet határolja a lument. A szűkület alatti része az ütőérgagoknak szokatlanul elvékonyodott falzatú, kétségkívül az elégtelen vérellátás folytán. A mikroszkopos képből önként következik, hogy a szűkült érszakaszok teljesen elvesztették térfogatváltoztató képességüket, vagyis sem nem szűkülhetnek, sem nem tágulhatnak és így lumenükkel nem alkalmazkodhatnak a tüdő funkciójának és a kisvérkör áramsebességének ingadozásaihoz. Ez pedig súlyosan zavarja a kisvérkört és egyszersmind az egész vérkeringést.

Törvényszéki orvosi és rendőrorvosi jelentősége ezen eseteknek abban rejlik, hogy a tüdőkapuk vázolt kóros állapotát könnyen elkerüli a boncolásnál a figyelmet és akkor magyarázhatatlan marad a jobb szív túltengésének és ennél fogva a hirtelen halálnak is az oka, minek folytán tényleg terelődhetik a nyomozás.

Gajzágó D.: Ritkábban előforduló bakteriológiai esetek. Influenza bacillus által okozott három, megjelenési formájában különböző genyedéses folyamatról számol be. — 1. 11 hónapos gyermeknél elesés után kb. 8 nap múlva bal térdizület genyes gyulladása lépett fel. A genyből tiszta tenyészetben influenza bac. volt kimutatható. További 20 nap múlva a baloldali gastrocnemiusban izomközi tályog keletkezett, melynek genyében hasonlóképpen influenza bac. találtatott. Egy hét múlva a beteg meggyógyult. — 2. 11 éves súlyos influenzában szenvedő gyermeknél röntgenátvilágításkor jobboldalt paravertebralisban a 7—8. borda tájékán kb. 5 pengőnyi homály látszott. E helyen végzett mellkas-punctióra a tüdőtályogból vett genyből tiszta tenyészetben influenza bac. volt kimutatható. A beteg néhány hét múlva meggyógyult. — 3. 1 éves gyermeknél tüdőgyulladás után kb. 3 hétre a bal vállizület genyes gyulladása lépett fel, a genyből influenza bac. volt kimutatható. 4 nap múlva a bal parotis, továbbá 3 nap múlva a j. o. csípőizület genyes gyulladása lépett fel. Majd 2 hét múlva a nyak baloldalán, további 10 nap múlva a jobboldali inguinalis hajlatban tályogok keletkeztek, amikor szintén influenza bac. volt kimutatható. Egy hét múlva a beteg meghalt. Sectiónál talált elváltozás septico-pyaemiának felelt meg.

Előadás:

Torday Á.: A cukorbetegség insulinkezelésének újabb módszerei. Az insulin hatásának tartósabbá tétele és a vércukor alacsony szinten való tartása céljából: a) az insulin emulsió alakjában alkalmazták, b) antagonistákat keverték hozzá, c) depókat létesítettek, amelyekből activ sejtevékenység által lassan szívódik fel az insulin. Az utóbbi cso-

portba a ZP és ZPI készítmények tartoznak. Hatásukkal általában meg vannak elégedve, mert a befecskendezések száma csökkenthető s a betegek kevesebb insulinnal is beéri s vércukorszintjük alacsonyabbra állítható be. A hypoglykaemia itt sem kerülhető el. Azon betegek egy része, akik a régi insulinnal szemben érzékenyek, ezzel szemben is hasonlóan viselkednek. Alkalmazási ideje nincs annyira a tápfelvételhez kötve. Remélhető, hogy az insulin korai alkalmazása által a könnyebb eseteknek súlyosabbá válása elkerülhető és a diabetes-complicatiók, mint pl. az érmezsenedés bekövetkezésének ideje kitolható.

vitéz Kolta E.: A II. Belklinikán 72 betegnél használt protamin-zink-insulinnal történt kezelési tapasztalatairól számolt be. Az insulin megtakarítás legtöbbször 50%-nál nagyobb. A napi vércukoringadozás kiscukú és a súlyos beteg mindinkább a középsúlyos vagy könnyű cukorbeteg képét mutatja.

Hetényi G.: A zink-protamin-insulin áldásai nyilvánvalóak. Nem hallgatható azonban el, hogy: 1. beállítása egyes esetekben nagyon sok időt és türelmet kíván meg és 2. akárhányszor indokolatlanul napokon keresztül jelentékeny cukorvétel lép fel, amely csak régi insulinnal szüntethető meg. Bizonyos, hogy ilyesmi a diétáját pontosan betartó betegnél és bármely praeparatumnál is előfordulhat és így nem magyarázható másként, mint azzal, hogy a zink-protamin-insulin felszívódása egyszer-egyszer nem történik a kívánt pontossággal és egyenletességgel. Ennek jelentősége főleg a súlyos cukorbetegéknél van, akik pár óra alatt súlyos acidosisba juthatnak. Ezen a téren még tökéletesítésre van szükség.

A Pesti Izraelita Hitközség Kórházi Orvosi Karának november 24-i ülése

Bemutatások:

Liebner E.: *Leishmaniosis cutis.* 30 éves férfi végtagjain szétszórt furunculoid-ulcerosus és lupus-szerű göbcsés telepek fejlődtek 1—2 hónappal palesztinai tartózkodása után. Kikent készítményben kimutatható leishmania-paraziták. Tuberculoid histológiai kép, makrophag sejtekben sok parasita. Kezelés: kalium-stibiotartaricum injekciók, mesterséges láz; helyileg Röntgen, illetőleg emetin-befecskendezés, jó eredménnyel.

Fischer A.: *Resectio vérző ulcusnál.* Bemutató röviden ismerteti az ulcusvérzésnél ezidő szerint fennálló műtét indiciókat és az alkalmazott műtét eljárásokat. Azután egy esetet ismertet, ahol hosszabb ideig fennállott gyomorvérzésnél — miután vérátömlesztéssel a beteg operabilis állapotba volt hozható — gyomorresectiót végzett.

Előadások:

Bányai G.: A tüdőtályog rövidhullámú kezeléséről. A rövidhullámú kezeléseknél a tüdő genyes és üszkös gyulladása kifejtett hatását ismerteti. Az eddigi eredmények nagyon biztatók. A rövidhullámú terapia a tüdő genyes és üszkös megbetegedéseinek minden esetben megkísérlendő, hacsak különleges okok sürgős műtétet nem tesznek szükségessé.

Deutsch E.: A scarlat-toxin hatása a központi idegrendszerre. Előadó három enkephalitis scarlatinosa esete kapcsán foglalkozott e bonyolult körképpel.

A rádium felfedezésének negyvenéves évfordulója.

1898 december 26-án a Párisi Tudományos Akadémia ünnepi ülésén számolt be hosszú évek kutató munkája után az addig ismeretlen nevű Curie-házaspár az általuk rádiumnak nevezett új radioactiv elem felfedezéséről. Az Akadémia mindjárt nagy megértéssel fogadta a beszámolót és a rádium csakhamar a tudományos érdeklődés középpontjába került.

A múlt század kilencvenes éveinek egyébként is az értékes felfedezéseknek kiváltságos évtizede. A természettudomány a physika és chemia területén egyaránt nagymértékű előrehaladásról számolhat be. A mechanika és hőjelenségek általános törvényeinek megállá-

pitása mellett az elektromosság és fényhullámok kutatása terén különösen *Maxwell* és *Hertz* nevéhez fűződnek nagy eredmények. A tudományos kutatások ezen termékeny korszakában is méltó feltűnést kelt *Röntgen* 1895-ben közölt felfedezése. Az x-sugarak egészen új világot tárnak fel a kutatók előtt és a további kísérletezésre rendkívül termékeny talajnak bizonyulnak. Az x-sugarak nagyrészt ismeretlen tulajdonságai a tudósok egész sorát foglalkoztatják és hatalmas arányban megindul a munka a felvetődött kérdések tisztázására. A felfedezőjükről elnevezett röntgensugarak eredetének kutatása *Becquerel* csakhamar egy eddig ismeretlen sugárzóenergia — a rádióaktivitás felfedezéséhez vezet.

Becquerel megállapítása nyomán a párisi *Curie*-házaspár a különböző ásványokat vizsgálja az irányban, hogy a radioaktivnak bizonyult uránhoz hasonlóan nem mutatnak-e radioaktiv sajátságokat. — A sok vizsgált anyagból egyelőre csupán a thorium bizonyult radioaktivnak. A további kísérletek során tanulmányozott uran, vagy thorium tartalmú ásványok vizsgálatakor feltűnt, hogy egyesek sugárzási erőssége nagyobb, mint az az uran és thorium tartalmából következne. Így a kalkolith kétszer a csehországi Joachimstalból származó uranszurokérc négyszer oly erős sugárzást mutatott, mint a fémuran. Ez a tapasztalat megdöntötte az eddig vallott felfogást, mely szerint valamely uránt tartalmazó ásvány radioaktivitása urantartalmával arányos.

Ezek a kísérletek arra mutattak, hogy egyes természetesen előforduló uránásvány valamely ismeretlen alkotórészt is tartalmaz, melynek radioaktivitása a fémuranét sokszorosán felülmúlja. A *Curie*-házaspár munkássága ezután az ismeretlen radioaktiv alkotórész felkutatására irányult.

Az uranszurokércből hosszadalmas eljárással kivont, a barium és bismut tulajdonságait mutató alkotórészek radioaktivitása rendkívül nagymértékű és sugárzásuk erőssége az uránét sokszorosán felülmúlja. A bariumhoz hasonló sugárzó elemet radiumnak, a bismut tulajdonságait mutatót pedig *Curiené-Maria Skłodowska* hazájának, Lengyelországnak tiszteletére poloniumnak nevezik el.

Ez dióhéjban a rádium felfedezésének története, melyet a negyvenéves évfordulón több évtized távlatából emlékezetünkbe idézni — időszerű.

A rádium felfedezéséhez kapcsolódó két név — *Maria Skłodowska* és *Pierre Curie* említésekor meg-elevenedik előttünk a könyvekben, folyóiratok és napilapokban annyiszor ismertetett dicsőséges pályafutás. A küzdelmekkel telt nehéz kezdet, a Quartier Latin fűtetlen padlásszobája, a La Chapelle-i laboratóriumul szolgáló felszer, melynek fűtetlen, esőtől áztatott egyszerű helyiségeiben folyik az értékes munka nagyrésze. A küzdelmes, nehéz éveket a rádium felfedezésével dicsőség, ünneplés váltja fel. A világhír, a kitüntetések légiója, francia és külföldi akadémiák tagsága, egyetemek díszdoktorsága, valamint a kutatók legnagyobb elismerését jelentő Nöbel-díj nem vakítja el a tevékeny házaspárt. Nemes egyszerűségben, szerényen, visszavonultan élnek továbbra is és a laboratórium maradéltető elemük.

Pierre Curie 1906-ban szerencsétlenségnek esik áldozatul. *Curiené* férje halála után tovább folytatja munkásságát és mint a Sorbonne első női professora további eredményekkel gazdagítja a tudományt. 1934-ben a sugarakkal foglalkozó kutatók közös betegségében — vészes vérszegénységben — fejezi be áldásos életét.

A rádium felfedezésének legnagyobb eredménye a rádiumsugarak rákgyógyító hatásában nyilvánul. Jelen-tőségét a rák kezelésében az általa elért eredmények igazolják, úgyhogy a rádium ma már a rákgyógyítás nélkülözhetetlen eszköze. A rákgyógyításban betöltött fontos szerepére utal a kegyeletes megemlékezésnek azon módja is, mely a rádium felfedezésének negyven-éves évfordulóját rákellenes hét keretében ünnepli.

A felfedezőik nevének legméltóbb emléket a negyvenéves évfordulót ünneplő nemzetek és népek mellett a rákos betegek ezrei állítják, akik a rádiumsugarak gyógyító hatásának köszönhetik visszanyert egészségüket.

Kövesligethy Iván dr.
egyetemi magántanár

Aktualitások.

A Felvidék magyarlakta határsávjának visszacsatolásával az ország életének minden vonatkozásában jelentős kérdések várnak megoldásra. Igen sok múlik a megoldás gyorsaságán és mikéntjén, úgy bel-, mint külpolitikai szempontból. Közismert dolog ugyanis, hogy a Felvidék viszonyai a micinktől sok és nagy eltérést mutatnak. Ezek közül bennünket ugyan elsősorban a közegészségügyi és szociális vonatkozásúak érdekelnek, de ezek az általános kulturális, gazdasági és közigazgatási viszonyokkal olyan szoros, oki kapcsolatban állnak, hogy azoktól függetlenül nem tárgyalhatók. Mindnyájan egyetértünk abban, hogy a visszatért magyarsággal az egységet minden vonatkozásban meg kell teremteni. A rendelkezésre álló három lehetőség közül ezzel elesik az első, a Felvidék eddigi intézményeinek elszigetelt fenn-tartása. De nem volna helyes a másik út, azok eltörlése sem, mert számos vonatkozásban hátrányosabb helyzetbe hozná a lakosságot, mint a megszállás idején. Marad tehát a harmadik lehetőség, az, hogy a felvidéki intézmények működésének tanulságait kellő szakértelemmel és tárgyilagossággal megállapítsuk, azokból mindazt megtartsuk és a csonka hazában is megvalósítsuk, ami helyes és hasznos.

Ez a munka ma belpolitikai szempontból is nagyon időszerű, mert a népi politika 7 éves jelszavainak valóra-váltása a csonka országban is lényeges és széles reformokat követel. E téren egyedül a felfelé nivellálás rendszere lehet megfelelő, értven ezalatt az egészségügyi és szociális viszonyok olyan javítását, hogy azok a felvidékieket legalább is elérjék, de ha lehet, legalább egyes viszonylatokban felül is múlják. — Kétségtelen ugyanis, hogy Nagy-Magyarország visszaállításának egyik legfontosabb követelménye a csonka haza szociális, kulturális és gazdasági vonzóerejének lehető fokozása.

Egyszáz évvel ezelőtt helytálló lehetett az a felfogás, hogy a közegészségügy orvoskérdés. 50 év előtt kórházkérdésnek minősíthették. Ma mindenki előtt pénzkérdés. A szociális és kulturális viszonyok javítása is a pénzkérdésen múlik. Közegészségügyünk három alappillére a szegénybeteg-ellátás, a kötelező szociális biztosítás és az egészségvédelem. Mindhárom az anyagiak elégtelensége miatt nem tudja felmutatni azt az eredményt amelyet az orvosi tudomány mai fejlettségi fokán egyébként felmutathatna. Az első teendő tehát a közegészségügy helyes anyagi megalapozása, ami költségvetési rendszerünk teljes átalakítását kívánja. Az eddigi költségvetési alapelv, amely az egyes tételeket kép-

viselőik politikai súlya arányában javadalmazta, az érdek alapján állott. Helyébe a szükséglet alapelveit kell tenni, tárgyilagos, szakértő megállapítások eredményeként. De ezek is fontossági sorrendben állítandók és az ország anyagi ereje az elsőrendű szükségletek teljes kielégítésére összpontosítandó azon eddigi szétforgácsolódás helyett, amely egyetlen téren sem tudta a teljes eredményt biztosítani.

A költségvetési rendszer átdolgozását egyébként a hadseregfejlesztés várható nagy kiadásai elkerülhetlenné teszik. Ezzel kapcsolatban ismételt és nyomatékosan hangsúlyoznunk kell, hogy a közegészségügy és a hadsereg érdekei egymástól el nem választhatók, mert a katonai szolgálatra alkalmas egyének száma és aránya, a hadsereg ütőképessége, egyaránt a közegészségügy színvonalától, az orvosi munka eredményességétől függ. A várható kiadások nagysága bizonyára arra fog vezetni, hogy egyes tételeken takarékoskodni kényszerül a kormány. Sorsdöntő fontosságú, hogy ezek a megtakarítások ne az értékes produktív munkát sújtsák, mint 1918 óta számos esetben. Ha valahol, hát a bürokrácia terén van szükség megtakarításokra, mert ez már a háborút közvetlenül megelőző időkben Nagy-Magyarországon is túlméretezett volt, a csonka országba özönlő közalkalmazottak elhelyezésének kényszere alatt pedig sokszorosára burjánzott.

Az a körülmény, hogy az entente állandó támogatását élvező és a gazdasági válságtól, inflációtól megkímélt Csehszlovákia állam hazánknál sokkal kedvezőbb viszonyok között élt*) és zavartalanul fejlődött Ausztria bekebelezéséig, természetessé tette, hogy ott az egészségügyi és socialis viszonyok még az ellenségként kezelt magyarság szempontjából is kedvezőbben fejlődtek, mint a csonka hazában. Ez elsősorban magasabb fizetésekben és munkabérekben nyilvánult, aminek hatását az iparcikkek, cukor és gyarmatárak olcsóbb volta még csak fokozta. A socialis biztosítás anyagi alapja a munkabér lévén, érthető az, hogy nagyobb járulékból többre telik, alacsonyabb lesz az ügykezelés költségének aránya és azonos kulcs mellett is nagyobb összeg jutna a betegségi biztosításban működő orvosok javadalmazására. De a jobb jövedelmű munkás elemi életszükségeinek kielégítése is könnyebb, egészségi állapota ezért kedvezőbb, kisebb a pénztári ellátásra való rászorultsága. A socialis biztosítás két legégetőbb kérdése: a szabad orvosválasztás és a munkanélküliség esetére történő biztosítás is a magasabb munkabérek révén volt a csehéknél megoldható. Ugyanez áll a mezőgazdasági betegségi biztosítás kérdésére nézve is. Hazánkban az ipari és őstermelő lakosság életszínvonalában igen nagy különbség van, a földművesek keresete átlag az ipari munkásokénak fele, amit a falu téli kereset-hiánya még fokoz. Ez volt hazánkban a faji és népesedéspolitikai szempontból országfenntartó magyar falú népének socialis biztosítását ezideig meggátló körülmény.

A bevezetőben elmondottak alapján, — amit különben a szudéta-német példa is igazol — erőteljes ár- és munkabérkiegyenlítő politikára van szükség, a felvidéki és csonka-hazai területek között, aminek egyetlen lehetséges módja a bér általános javítása, az iparcikkek és gyarmatárak árának leszállítása, az agrár-termékek árának javítása mellett. Ez a munka súlyos áldozatokat kíván az összes munkaadóktól, köztük az államtól és állami üzemektől is, amelyekre azok minden jószándék mellett is csak a termelés mennyiségi fokozásával, minőségi javításával, a munkamódszerek és

ügykezelés racionalizálásával lesznek képesek. Racionalizálás alatt azt értjük, hogy a munkavégzés, a szakszerűség, célszerűség és gazdaságosság hármasszempontját szabadon érvényesíthesse.

Közegészségügyi és társadalombiztosítási (socialis) szempontból a racionalizálás az orvosi imperiummal egyértelmű. Mindaddig, amíg a közegészségügyi költségvetés végösszege a kívánt célok elérésére nem elegendő, amíg az uralkodó szemlélet a közegészségügyet adminisztratív problémának tekinti, nincs lehetőség arra, hogy e téren azt a javulást elérjük, amelyre a Felvidék visszacsatolása érdekből és becsületből egyaránt kötelez. Pusztulnia kell annak az orvos-ellenes mentalitásnak, amely az Orvos Kamarát legutóbb foglalkoztató O. T. I. orvosi működési szabályzatból árad. Ez a szellem, amely orvos-rabszolgákkal jogászuralom alatt akar kényszer munkát végeztetni, mindennek mondható csak socialisnak nem. Egyedül arra alkalmas, hogy a magyar socialis biztosítás hírnevét lejobb szállítsa és bajait, békétlenségét állandósítsa. De különösen alkalmatlan arra, hogy a Felvidéki magasabb színvonalú és socialisabb szellemű intézmények beolvasztásakor például szolgáljon.

Az O. T. I. a magyar orvostársadalom Trianonja. Amikor Somorjától Feketeadóig ledőlt a trianon határ, le kell dőlni az O. T. I. bürokratikus és orvosellenes aktatornyának is. Ezt nem csupán a kari érdek és a biztosítottak érdeke követeli, hanem a hivatalos egészségpolitika, az egészségvédelem és a társadalmi béke érdeke is. Az O. T. I. ma állam az államban. Mereven elzárkózik még a typhus- és diphtheria elleni védőoltások végzése elől is, bár ez érdekében állana, nem is szólva az iskolaorvosi és iskolaszakorvosi intézmény támogatásáról, valamint a többi egészségvédelmi és gondozó intézmények általános és megfelelő segélyezéséről.

Felvidéki viszonylatban különösen két körülmény érdemel különös figyelmet. Az egyik a csehszlovák socialis biztosítás furdó és üdülőhelyi politikája, a másik a szabadonválasztó rendszer a tisztviselői beteggelyezés keretében. Mindkét viszonylatban követnünk kell a jó példát. Üdülő- és furdőhelyeink fejlődésének fontos akadály a kötelező betegségi biztosítás rendszere, részben azért, mert körébe von arra reá nem szorult elemeket, részben azért, mert ezen klimatikus és furdőgyógyomódot érdemtelenül háttérbe szorítja a gyógyszeres kezeléssel szemben.

A szabadorvosválasztás rendszere elől a kötelező betegségi biztosítás anyagi ügykezelési és hatalmi szempontból zárkózik el. Ha igaz is az, hogy a szabadorvosválasztás drágább módszer és vannak hibái, az is igaz, hogy jobb munkát biztosít és a panaszokat nagymértékben enyhíti, úgy a betegek, mint az orvosok körében. Azonkívül az orvosi érdekképviseletek régi kívánsága és az orvosi tekintély javulásának is fontos következménye. Megvalósítása elsősorban ott könnyű — a tisztviselők körében, — ahol táppénz-igény nincs. Egyben ez a réteg is az, amely azelőtt házi orvost tartott és a bizalmi viszony értékelésére képes és alkalmas.

Az elmondottakat röviden abban foglalhatjuk össze, hogy a betegségi (socialis) biztosítás átszervezése már a csonka hazában is időszerű volt és a mezőgazdasági betegségi biztosítás megszervezésének szüksége is felmerült. Ezeknek a kérdéseknek a Felvidék magyarlakta területeinek visszacsatolása különös súlyt adott és egyben a megoldás irányát is a leghatározottabban

*) miközben 63 milliárd államadósságot csinált. Sz.

megadta az a körülmény, hogy a Felvidék socialis intézményeit át kell vennünk. Érdekünk és becsületünk egyaránt azt kívánja, hogy az átvétel a felvidéki magyarságra nézve semmilyen vonatkozásban hátrányt ne jelentsen, egyben azonban a csonka ország területén is emelje a socialis gondoskodás színvonalát. Elérkezett tehát az ideje az egészségpolitika egységes, szakszerű rendezésének a közegészségügy egész területére. Ennek során meg kell szünnie azoknak a különbségeknek, amelyek az ipari és mezőgazdasági foglalkozású néprétegek socialis ellátásában eddig anyagi és szervezeti szempontok miatt fennállottak. Hangsúlyozni kell azonban, hogy a socialis biztosítás anyagi alapjainak rendezése nélkül megfelelő szolgáltatások nem nyújthatók és az intézmény békéje sem biztosítható. A megoldandó feladat tehát az általános kereseti viszonyok nagymértékű megjavítása, ami a termelés mennyiségének és minőségének arányos megjavítása nélkül nem lehetséges. Hisszük, hogy ez a nemzetépítő munka az orvosi rend anyagi és erkölcsi boldogulását is meghozza.

Zemplényi Imre dr.

VEGYES HIREK

LAPUNK LEGKÖZELEBBI SZÁMA, az 1939-es évfolyam első száma január 7-én jelenik meg, mivel a mai 52-ik számunkkal az 1938-as évfolyamot befejeztük.

Semmelweis-ösztöndíj. 100 pengős pályázatot hirdet a MONE Orvosnői Csoportja olyan magyar orvosnő számára, aki a gyermekágyi lázzal kapcsolatban értékes kutató munkát végzett. A pályázók bejelentése *Madarász Erzsébet dr.* elnöknő címére küldendő (IV., Váci-utca 11/b) legkésőbb 1939. január 1-ig.

Új közegészségtani tankönyv fog az 1939. évben megjelenni, még pedig *Darányi Gyula* egyetemi ny. r. tanár, a budapesti Tudományegyetem Közegészségtani Intézete igazgatójának négyötetes munkája: „*Közegészségtan*” címmel, kb. 100—120 ív (1600—1900 lap) terjedelemben, gazdagon illusztrálva. A könyv nemcsak orvosokat, hanem mindenkit érdekel, aki közegészségüggyel foglalkozik, vagy ezen a téren fejt ki működést.

Az első kötet („*Társadalmi és egyéni egészségtan*”) már a jövő év elején hagyja el a sajtót. A második kötet („*Környezeti egészségtan*”) rövidtemen követi az elsőt és az 1939. év folyamán előreláthatólag a többi kötet (harmadik kötet: „*Járványos- és népbetegségek*; negyedik kötet: „*Egészségtani vizsgáló módszerek*”) is megjelennek. A munka bolti ára 85 pengő lesz, előfizetőknek azonban 55, illetve 66 P. Előfizetni lehet 1938. december 31-ig kétféle módon:

1. A munka teljes árának előre fizetésekor a csekk-lapon, csak 55 pengő fizetendő az egész munkáért.

2. Lehet előfizetni oly módon, hogy az előfizetéskor 10 pengő fizetendő előre és azután minden kötet átvételekor 14 pengő. Ez esetben tehát a munka ára 66 pengő volna. Az előfizetés mind a négy kötet átvétele tekintetében kötelezettséget jelent.

Az előfizetni óhajtok csekk-lapon, postán, esetleg személyesen, az előfizetés első illetve második módja szerint 55, illetve 10 pengőt juttassanak el az Országos Közegészségi Egyesülethez (Budapest, VIII., Eszterházy-utca 9. sz.

Telefon: 139-665). A csekken történő összeg beküldését, ill. lefizetését, külön értesítés nélkül is mint előfizetés tekintik.

Budapesten, más világvárosokhoz viszonyítva, még mindig igen magas a typhus megbetegedések és halálozások száma. Az 1935. évben a typhus halálozásnak 100.000 lakosra számított arányszáma Londonban 0.4, Berlinben 0.5, Hamburgban 0.5, Bécsben 1.2, Párisban 2.2, míg *Budapesten 5.6 volt* s ezt csak Bukarest 6.2-es és Marseille 12.6-es arányszáma múlta felül. A múlt évben 658 typhus megbetegedés és halálozás történt a fővárosban. Legtöbb megbetegedés a sűrűn lakott külső városrészekben fordult elő. A Székesfővárosi Közegészségügyi Intézet vizsgálatai szerint a bacillusgazdák 94.5%-a a város peremén lévő nagykiterjedésű kerületekben lakik, míg a város belsejében csak 5.5%-nyi bacillusgazdát tartanak nyilván.

Romániában a tuberculosis mortalitás rendkívül magas. 1937. évben 180.3 volt százezer lakosra. A mortalitás görbéje emelkedőben van, még pedig városokban nagyobb mértékben, mint a falvakban. Bukarestben az emelkedés 1936—1937. évre 5.1%-ot, százezer lakosra számítva 7.2-t tesz ki. A városok magasabb fertőzöttségi aránya és határozottabban emelkedő mortalitási görbéje ellentétben áll más országok, különösen a nyugateurópai országok adataival.

Angliában a mesterséges légzés céljára ú. n. vastüdőt használnak. Minden valószínűség szerint a készülék *Eisenmenger* (1932) készülékének módosítása. Mivel a készülék a gyermekparalýsis kezelésében nagy szerepet játszik, Nuffield lord elhatározta, hogy 5000 ilyen ilyen műszert készíttet a birodalom kórházai számára.

A washingtoni állami nyomorékgondozó működésének első két évében 1940 gyermeket kezeltek. Hat központban 23 orthopaed működött.

A csehországi ásványvíz és fürdőszövetség megállapítása szerint a köztársaság jelenlegi területén még 89 fürdő és ásványvízforrás maradt.

A jeni egyetem tudományos mikroszkopiai és alkalmazott optikai tanszékével karöltve a jeni Carl Zeiss-cég 1939. március 27-től április 1-ig bemutatótanfolyamot rendez, mely a mikroszkópiát, mikrographiát, mikrokine-matographiát, továbbá a mikromanipulatorokat, luminescencmikroskopokat, valamint az absolutcolorimetriát, interferometriát és spectralanalýsist tárgyalja, különös tekintettel az orvostudomány és a biológia követelményeire. A programban felsorolt számos előadás során az optikai módszerek legnevesebb szakértői fognak szerepelni. Különös fontossággal bír, hogy kurzusszerű gyakorlatok is lesznek, melyek során a résztvevőknek alkalma lesz eddigi ismereteiket e műszerek kezelése terén elmélyíteni és — ami a fődolog — a gyakorlatban is kipróbálni az előadásokon hallottakat. Gyakorlott technikai szakértők és kutatók állnak rendelkezésre mindenféle felvilágosítással a laboratóriumban végzendő gyakorlati munkák során felmerülő problémákra vonatkozóan. A program szerint a tanfolyam rendkívül érdekesnek ígérkezik. Részletes ismertetéssel és egyéb felvilágosítással készségesen szolgál a jeni Carl Zeiss-cég (Abteilung ZWA.)

Lapunk mai számához a Chinoin gyógyszervegyészeti gyár Rt. Ujpest, „*Anara-Chinoin*”-ról szól ismertetését mellékelte.

NAGY GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR

keres propaganda-osztálya számára irodai és tudományos munkára

ORVOS-DOKTORT.

Csakis jó fellépésű, maximálisan 35 éves, keresztény, a német nyelvet szóban és írásban tökéletesen bíró, kommerciális és stílárís, valamint propaganda érzékkel rendelkező urak jelentkezését kérjük. Fényképpel curriculum vitae-vel ellátott pályázatok „*Gyors előrehaladás*” jelige alatt *Rudolf Mosse* hirdetővállalathoz, Erzsébet-körút 23.

VOMISAN KUP

**hányinger ellen
mindenkor megbízható.**

**Főraktár: DR. BAYER ANTAL
gyógyszertára. Budapest, VI., Andrássy út 84.**

Frontátváltozások és kísérőjelenségeik december 13—19. között. Ezen a héten az időjárás nagyfokú és hirtelen átalakulása játszódott le. A hét első két napján még csak gyenge frontok érkeztek, utána azonban két rendkívül erős betörési front következett. Ez a két front a hetek óta tartó abnormisan enyhe időjárást megszüntette; mindegyikük 6—6 fokos lehülést hozott, az országot continentalis monszunlevegővel árasztotta el. A második hideg betörést 18-án eléggé hosszú nyugalmi időszak követte, ezalatt a 12 C körüli hideg tovább tartott. December 19-én déltől kezdve egy enyhülést hozó felsiklási front praefrontalis tünetei kezdtek mutatkozni. A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatók:

Átvonulás ideje Budapestén			A front rajtája	Fejlettsége	Kísérő eseményei*
hó	nap	óra			
December	13	8	betörési	gyenge	Kis zápor (Monszunlevegő DK-ről)
	13	10	"	"	"
	13	19	"	"	"
	14	7	felsiklási	"	Rövid praefrontális eső: 0,1 mm.
	14	19	"	"	"
	15	17	betörési	erős	Havas zápor 0,1 mm élénk ÉK. szél. Postfront. h-vázás délig. 1 mm.
	17	1	"	"	"
	18	19	"	gyenge.	Kis postfrontalis havazás.
	19	2	"	"	"
	19	22	felsiklási	erős	Praefront. nyomássüly. reggeltől 8 mm.

* A táblázat utolsó rovatában szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Országos Meteorológiai Intézet önró műszereinek adatai.

FAGIFOR „Cito“ lag. orig.

Calcium sókat tart. jóízű mentholos kreosot syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

„CITO“ gyógyszervegyészetigár Budapest, XIV.

Mária Valéria Közkórház, Balassagyarmat
2607/1938. Kig. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A 257.400—1937. B. M. sz. rendelettel a Nógrádvármegyei Mária Valéria közkórháznál engedélyezett *kisegítő orvosi* alkalmaztatás betöltésére ezennel pályázatot hirdetek. Az alkalmaztatás ideiglenes jellegű és bármikor minden jogigény nélkül megszüntethető és végleges alkalmaztatásra jogalapot nem szolgáltat. Az alkalmaztatás csak egy évre terjed és újabb pályázat által kerül újra betöltésre. Javadalmazása a *kisegítő orvosnak*: másodmagával természetbeni lakás, fűtés, világítás és tisztí élelmezés, havi 80 P. díjazás.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények 1939. január 5-én déli 12 óráig Méltóságos dr. Soldos Béla főispán úrhoz intézve a kórházigazgatósághoz nyújtandók be. A kérvényhez melléklendők: születési bizonyítvány, orvostudományi oklevél, esetleges eddigi működést igazoló bizonyítványok, illetve ezek hiteles másolatai. Az alkalmaztatás megtörténte után a szolgálat azonnal megkezdendő.

Balassagyarmat, 1938. december 12-én.

Dr. Kenessey Albert s. k.
m. kir. egészségügyi főtanácsos,
kórházigazgató-főorvos.

Lapunk mai számához a „Certa“ Gyógyszerészeti Laboratorium Rt., Budapest „Certascorbin“-ról szóló ismertetését csatoltuk.

Svábhegyi Szanatórium

Betegei szabadon választják konzultáló, kezelőorvosukat, kiknek a kezelésre vonatkozó utasításait az intézet orvosai híven követik.

Lahmanszerű kúrák

Bircher-Benner-féle nyers-diéta

Sedyl

tabl. 10 × 0'10

megbízható Sedativum, Hypnotikum, Antiepileptikum

Sedyletta

tabl. 30 × 0'015

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum

Szabadon rendelhető: OTI, MABI, MÁV.

Podmaniczky Gyógyszertár, Budapest, VI

22.373—1938. ikt. sz.

Békésvármegye alispánjától.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Békéscsaba m. város közkórházában megüresedett és a XI. fiz. osztályba sorozott *segédorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása a fenti illetményen felül természetbeni lakás, fűtés, világítás, valamint élelmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő.

A pályázati kérvényhez eredetiben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: a) születési anyakönyvi kivonatot; b) erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítványt; c) magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt; d) az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; e) egyetemi leckeönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; f) polgári közszolgálatban való alkalmazást igazoló okmányokat; g) közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt; h) katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; i) az esetleges szakképzettséget igazoló okmányokat.

Közszolgálatban állók az említett követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, annak másolatával igazolhatják. A pályázati kérelmet hozzám intézve, Békéscsaba m. város közkórházának igazgatójához kell benyújtani.

A pályázati határidő ezen hirdetemvénynek a „Népegészségügy című hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15. nap. Kellően fel nem szerelt, vagy elkészen benyújtott pályázati kérelmeket nem veszek figyelembe. A kinevezés 2 évre szól. A kinevezendő segédorvos állását kinevezés után azonnal tartozik elfoglalni. Magánygyakorlat nincs megengedve.

Gyula, 1938. december hó 11.

vitéz Márki Barna dr. s. k.
alispán.

A Fehér Kereszt Gyermekórház

Erdei Gyógyintézete

3-15 éves gyermekek részére egész éven át nyitva van. Svábhegy, I., Béla király-u. 20. Felvilágosítás és prospektus: Fehér Kereszt kórház Gondnoki Hivatala: Tüzoltó-u. 7-9. Telefon: 143-419.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

A gyomortükrözés (gastroszkopia) gyakorlati jelentősége.

A gyomortükrözéssel már több évtized óta foglalkozik az orvostudomány. Az első közleményt, 1911-ben *Elsner* írta, azóta főleg *Schindler*, *Gutzeit* és *Teitge* fejlesztették és tökéletesítették mai fokára a gyomortükrözést. Azon szép diagnostikai eredmények után, amit az egyes üreges szervek (gége, hólyag, stb.) tükrözésével elértünk, előrelátható volt, hogy az egyik legnagyobb üreges szervünk, a gyomornak tükrözése is mind nagyobb jelentőségre fog szert tenni.

Ennek dacára a gastroszkopia hosszú éveken át egészen paragon hevert és pedig az eredeti gastroszkop tökéletlensége miatt. Ez teljesen merev, hengerszerű fémcső volt, amelynek egyik végén kis villanylámpa ült az objectiv lencsével, a másik végén pedig a szemlélő szerkezet volt elhelyezve. Levezetése a gyomor és a nyelőcső anatómiai viszonyai folytán rendkívül nehéz volt. Mint ismeretes, a nyelőcső mellkasi lefutásában több hajlat van, amelyek közül a cardia előtti a legnagyobbfokú. A merev gastroszkop ezen hajlatokat kiegyenesítette és csak így tudott bejutni a gyomorba. Ha a gerincoszlop kóros hajlása miatt a nyelőcső kitért eredeti irányából, vagy ha a hátsó mediastinumban valamely térszűkítő folyamat volt (aorta tágulat, megnagyobbodott nyirokcsomók, mediastinalpleuritiszes callusok) a vizsgálat már keresztüvihetlenné vált. Még normalis lefutású nyelőcső esetén is rendkívül fájdalmas volt a levezetés és a vizsgálat nem egy esetben halálos kimenetellel végződött a nyelőcső vagy a cardia átfurása miatt. Az elmondottak alapján érthető, hogy a merev gastroszkop nem tudott nagyobb népszerűsége szert tenni. Minden igyekezet odairányult tehát, hogy hajlékony (flexibilis) gastroszkopot tudjanak előállítani. 1932-ben *Wolt* és *Schindler* szerkesztették az első hajlékony gastroszkopot; ezen gastroszkopban bonyolult lencse és prizmarendszer van és ezáltal lehetővé válik, hogy az eszköz bizonyos fokú elhajlása esetén (maximálisan 40 fok) is láthassuk a gyomor falát.

A modern, hajlítható gastroszkop két formában van forgalomban: az egyik végig hajlékony, a másiknak a gyomor és nyelőcsői részlete hajlékony, a látószerkezeti része merev.

A hajlékony gastroszkop feltalálása óta a gyomortükrözés igen elterjedt, különösen külföldön, főleg Németországban és az Egyesült Államok nagy klinikáin és kórházaiban. Sajnos, hazánkban még alig terjedt el, alig egy-két helyen alkalmazzák, holott a fentebb említett államokban kétes esetekben majdnem minden gyomortükrözéshez hozzátartozik a gyomortükrözés, mellőzését hibának tartják és csak komoly ellenjavallat esetén tekintenek el igénybevételétől. A debreceni belklinikán is rendszeresen végzünk gastroszkopos vizsgálatokat.

A gastroszkopia indikációja: minden gyomor, illetve nyelőcső (alsó szakaszi) megbetegedés. Ellenjavallatok: 60 éven felüli kor (mi ugyan számos esetben végeztünk ezen korhatár felett is gyomortükrözést és bátran ki-
tolhatjuk ezen korhatárt a 65—66 életévekig); az aorta kifejezett, a mediastinumot lényegesen beszűkítő tágulata, a mediastinum heveny gyulladás, magas vérnyomás, vitiumok, szívizomelfajulás, a nyelőcső nagyobb diverticulumai vagy nagyobb varixai, vérző gyomorfe-

kély. Alapvető szabály, hogy gyomortükrözést csak a mellkas, a nyelőcső és a gyomor előzetes röntgenvizsgálata után szabad végeznünk!

A gyomortükrözés kivitele egészen röviden körvonalazva: a szájüreg és a garat érzéstelenítése után (2% pantokain ecsetelés) a gastroszkopot a gyomorba vezetjük, lehetőleg lemegyünk a pylorusig és az eszközt körbenforgatva lassan visszafelé húzzuk.

A gastroszkop optimalisan dolgozik a nyelőcső cardialis szakaszán, amely résznek vizsgálata röntgennel néha nagyon nehéz. Segítségével korai stádiumban felismerhetjük a néha még egészen kicsi nyelőcső varixokat (májcirrhosis). Az első szakaszon kezdődő, kis rákos daganatok lehetnek, amelyeket röntgennel aránylag nehéz kórismézni. (Egy esetünkben félév óta fennálló cardiospasmus mellett kis mogorónyi rákos daganatot találtunk, amely alatt a nyelőcső annyira összehúzódott, hogy a lumen tühegynyire beszűkült!). Úgy a nyelőcső, mint a gyomor rákos daganatai igen érdekesen jelennek meg a gastroszkopban, amely képek sem a kórbonctani, sem pedig a sebészileg eltávolított rákok képéhez nem hasonlíthatnak és az elsőízben szemlélőre lenyűgözően érdekesen hatnak! Miután a cc.-s beszűrődés már az egészen kezdeti szakban jól látható, a korai felismerés és operálhatóság szempontjából a gastroszkopia értéke igen nagy! A gyomorfekély képe gastroszkopon szintén igen jellegzetes. Ugyancsak döntő szerep jut a gastroskopiának a gyomor jóindulatú daganatainak vizsgálatában (polypusok, adenomák, esetleg egyéb jóindulatú daganatok). Újabban mind több gümös fekélyt észlelhetünk, gyomortükrözéssel az elkülönítés nem nehéz. A gastritisek legváltozatosabb képeit láthatjuk; e bántalom pathológiáját a gastroszkopia óta kezdjük igazán ismerni. A pylorus rendszeren jól látható, a pylorus előtti rhythmusos peristaltikát jól megfigyelhetjük; legtöbbször jól észlelhető az egyre nagyobb jelentőséggel bíró antrumtáj is. Az operált gyomor röntgenvizsgálata különösen nagyobb resectiók után igen nehéz, viszont gastroszkoppal ugyanekkor lényegesen jobb eredménnyel vizsgálhatunk. Különösen recidiva gyanuja esetén fontos ez a vizsgálat: az elvarrások és a csomók miatt a röntgen könnyen félrevezethet. A vérképző rendszer megbetegedéseiben igen érdekes, részben még tisztázásra váró nyálkahártyaképeket láthatunk.

Az elmondottakból kitűnik, hogy a gastroszkopia egyik célja az, hogy a kórismezés minél pontosabb és korábbi legyen; a másik feladat pedig a tudományos továbbhaladás, a gyomor rendkívül bonyolult pathológiájának tisztázása. Gondoljunk csak az allergiás gastritisekre, az ulcusproblémára, a vérképző rendszer megbetegedésére, stb.

Ámbár a hajlékony gyomortükrözés bevezetésével a gastroszkopia kivitele lényegesen könnyebbé és csaknem veszélytelenné vált, a mai formájában az mégsem való a gyakorló orvos kezébe. Igen nagy beteganyag szükséges ahhoz, hogy megtanulhassuk értékelni a látottakat: a gastroszkopia a legnehezebb endoszkopia. Viszont az elmondottakból az is kitűnik, hogy ma már mennyire nélkülözhetetlen. Mint minden egyéb vizsgáló eljárás, úgy a gastroszkopia sem tud egymagában mindenre feleletet adni; ellenben tökéletesen egészíti ki az eddigi eljárásokat, főleg a röntgenvizsgálatot.

Ha tehát a gastroskopiás vizsgálat kivitele nem is a gyakorló orvos kezébe való, minden modern gondolkozású gyakorló orvosnak ismerni kell azon lehetőségeket és eredményeket, amelyeket a gastroskopia nyújthat.

Udvardy László dr.
egyetemi magántanár.

Cardiospasmus.

A cardiospasmus nem annyira ritkasága miatt, mint inkább kóroktani, diagnostikai és therapiás szempontból érdemel figyelmet. Gyakorlati jelentőségét főleg az a körülmény adja meg, hogy rendszerint a nyelőcső szűkültre jellemző tünetek vannak előtérben, ami gyakran téves kórisme formálására adhat alkalmat és végül is megfelelő kezelés híján a beteg nagyfokú leromlását vonja maga után. Megjelenését tekintve, a cardiospasmus két alakját szokás megkülönböztetni. Idiopathikus spasmusról akkor beszélünk, ha ez mint önálló kórkép jelentkezik; ezzel szemben a cardiospasmus másodlagosan más betegség kísérelő tüneteként is szerepelhet, amikor is reflectorikus vagy symptomatikus spasmusról beszélünk.

Ismeretes, hogy a normális nyelést a nyelv, lágyzájpad, garat és nyelőcső izomzatának együttműködése biztosítja. A táplálék a szájon át a nyelőcsővön lehaladva a cardiáig jut, majd a cardián át, mely egyébként zárt gyűrűt képez, annak kinyílása által kerül a falat a gyomorba. Mivel a falatnak a szájból a cardiáig továbbításához a m. mylohyoideus működése egymagában is elégséges, nyilvánvaló, hogy a cardiának igen fontos szerepe van abban, hogy a táplálkozás akadálytalanul menjen végbe.

A nyelőcső izomzatát a nervus vagus látja el, amely ezenkívül a cardiához is juttat részint annak működését gátló, részint serkentő rostokat. Tekintettel arra, hogy a cardiának saját izomzatában elhelyezett autonóm központja is van, amely tonusát uralja és működéséről is gondoskodik és ezen autonóm központ a vagus-sal és sympathicus-sal is összefügg, nyilvánvaló, hogy a cardia kóros görcsös összehúzódása az autonóm és vegetatív idegrendszer zavaraira vezethető vissza, amint azt a klinikai megfigyelések is igazolni látszanak.

Már az itt röviden vázolt idegellátás is arra mutat, hogy a cardiospasmus kiváltásában számos ok szerepelhet. Vannak esetek, amikor a vagus megbetegedésével hozható összefüggésbe. Sokszor csak neurosis áll fenn a vagus kóros elváltozása nélkül, gyakran vago-toniás egyéneken jelentkezik. Máskor hormonzavarokra, különböző toxikus megbetegedésre (pl. ólommérgezés), vagy tisztán functionális okokra vezethető vissza. Reflectorikus úton létrejöhet a cardia táján lévő fekélyes elváltozások, tumor (carcinoma!), fissurák vagy hegek következtében, vagy gyomorsavtúltengéshez, esetleg gyomorfekélyhez társul a spasmus. Nem ritkán epigastriális vagy köldöksérv mutatható ki mint kiváltó ok.

Mint már említettem, a kórképet a nyelőcsőszűkültre jellemző tünet, nevezetesen a nyelési akadály uralja és rendszeren a táplálkozásnak észlelt rendellenessége készíti a beteget, hogy orvoshoz folyamodjék. A kórképre jellemző tüneteket legjobban egy általam észlelt beteg kórelőzményi adataival jellemezhetem. A 23 éves férfi kb. 4 év óta érzi magát betegnek. Ezen idő óta veszi észre, hogy étkezéstől függetlenül erősen nyáladzik és evés után kb. 2 óra múlva a gyomorgödör

tájékan görcsös fájdalmak lepik meg, amelyek 20—25 percig tartanak. A görcsök eleinte ritkábban, később csaknem állandóan gyötrik és ezért orvoshoz fordult. Hosszabb ideig kezelték gyomorsavtúltengés ellen, azonban állapota nem javult és görcsei tovább is megmaradtak. Egy év óta, különösen ha többet evett, hányingere támadt és gyakran hányt is. Újabban észreveszi, hogy különösen a keményebb falatok megakadnak és azok csak sok víz ivása által csúsznak lejjebb. Étkezés közben szédül, feje és dereka fáj. Sokszor észreveszi, hogy beszédközben, de ettől függetlenül is gyakran nagyobb mennyiségű levegő tódul ki a gyomrából. Egy év óta mintegy 10 kg-ot fogyott.

A diagnoszt az oesophagoskopia és röntgenvizsgálat teszi lehetővé. A nyelőcső átjárhatóságának szondával történő vizsgálata, amely általában igen kiterjedten kerül kivételre, cardiospasmus esetében nem ad kellő támpontot a baj természetére nézve. Vannak esetek, amikor a szonda a cardia táján megakad, máskor azonban simán levezethető, mely utóbbi körülmény azonban egyáltalán nem zárja ki a spasmust. Tapasztalataim szerint ugyanis előfordul, hogy a spasmus csak akkor jelentkezik, ha táplálék jutott a nyelőcsőbe, míg a szondavizsgálat alkalmával az nem következik be. Az oesophagoskopia azonkívül, hogy a szűkület helyét pontosan feltűnteti, más igen értékes adatot is szolgáltat különösen arra nézve, hogy a spasmus hátterében nem rejtőzik-e egyéb elváltozás, nevezetesen carcinom.

A röntgenvizsgálat főképpen a nyelőcső működésére és a szűkület, illetve spasmus helyére nézve ad felvilágosítást. Az átvilágításhoz a Rieder által ajánlott contrast-pép használható. Ha a baj nem régi keletű, jól megfigyelhető a nyelőcsőizomzat munkája, miként változtatja a nyelőcső az alakját; továbbá látni lehet, hogy tartalmának egy részét gyakran felfelé szorítja, míg végre néhány perc múlva a pép bizonyos mennyisége hosszabb-rövidebb idő alatt a gyomorba jut. Ez csöppenként, rendszerint vékony sugárban történik, néha pedig, ha a spasmus hirtelen oldódik, az egész contrastanyag egyszerre ömlik a gyomorba.

Mint hogy a spasmus eredete az esetek legnagyobb részében ismeretlen, a valódi értelemben vett causalis therápia csak ritkán alkalmazható és a különböző kezeléseket nem annyira az alapbaj gyógyítását, mint inkább a tünetek enyhítését és a táplálkozás lehetővé tételét célozzák.

Mindenekelőtt az étrend szabályozására van szükség. A túlhideg és forró táplálékok, valamint a szén-savas és alkoholos italok kerülendők. Általában pépes, lehetőleg zsíros vagy olajos ételeket tanácsos ajánlani, mert tapasztalás szerint ezeket nyelik legjobban a betegek. Néha a szilárd és darabos falatokat tudják könnyebben lenyelni és sokszor viszont a folyadékok, valamint pépes ételek nehezebben csúsznak le, úgy hogy a diéta megszabásakor a beteg saját megfigyeléseit is tekintetbe kell venni. Figyelmeztetni kell a betegeket, hogy naponta többször és csak kisebb mennyiségű táplálékot egyenek. Ezen rendszabályok egyrészt azt a célt szolgálják, hogy a nyelőcsövet tehermentesítsük és az ételeknek a nyelőcsőben pangását lehetőleg elkerüljük.

Olyan esetekben, ahol feltehető, hogy a spasmus ideges alapon jelentkezik, ennek befolyásolása is feladatunkat kell, hogy képezze. Az ilyenkor szokásos ágynyugalom, bróm, vagy ha egyidejűleg anaemia van jelen, vas, arsen adagolása is jó hatással lehetnek a bántalomra. Egyesek a hydrotherapiától, suggestiótól,

vagy hypnosistól láttak jó eredményeket. Többen ajánlották a cardiát tágító izomrostok erejének fokozása céljából az oesophagus alsó szakaszának villanyozását, mások a cardián végzett körkörös elektrolystól észleltek javulást. Újabban a magasfeszültségű áram is alkalmazást nyert a spasmus kezelésében és külön erre a célra szerkesztett diathermia-szondák vannak alkalmazásban. Ettől az eljárástól is tapasztaltak jó eredményeket, sőt gyógyult esetekről is beszámolnak.

Amennyiben a tünetek az autonóm idegrendszer megbetegedésére utalnak (bradykardia), megkísérélhető az atropin adagolása. Vannak, akik papaverintől, vagy adrenalinra és papaverinre együttes alkalmazásától láttak jó eredményeket.

H. Meyer splanchnikus anaesthesia kapcsán azt tapasztalta, hogy a cardiospasmus oldódott és ilyenkor a kiürülés a gyomor felé gyorsabban történt.

A legjobb és legtartósabb eredményeket a cardia, illetve hiatus tájékának szondázása vagy tágítása nyújtja. A kezelés általánosan használt nyelőcsőszondákkal is jól eszközölhető. Hogy milyen vastagságú szondával kezdjük a tágítást, az mindig attól függ, hogy milyenek a viszonyok a nyelőcső legalsó szakaszán. Vannak esetek, amikor ugyanúgy, mint a nagyfokú szűkületekben, elcinte csak vékonyabb szondával tudunk a spasmus helyén áthatolni és csak fokozatosan térhetünk át vastagabb kaliberre. Máskor viszont már az első alkalommal is vastag szondát lehet vezetni anélkül, hogy ez akadályba ütköznék. Az eszközt minden alkalommal félórán át hagyjuk a nyelőcsőben. A beteg a fokozott nyáladástól eltekintve jól tűri a beavatkozást.

Az eredmény tartósságát a rendszeres szondázás mellett még azzal is fokozhatjuk, ha a cardiát a rendszerenél nagyobb fokban tágítjuk ki és az ú. n. túltágításra törekszünk. E célt szolgálják a különböző ballon-szondák (Schreiber, Gottstein, stb.), vagy a fémbe készült dilatátorok (Brünings, Eichhorn, Jacobi). Ezen eszközöktől többen láttak jó és tartós eredményeket.

Lotheissen, később Mikulicz a spastikus stenosisok elhárítására előzetesen gyomorsipolyt készítettek és a cardia tágítását a Hacker által ajánlott retrograd módon végezték. Mikulicz vastag drainsövet, majd állandó canült helyezett a cardiába; Lotheissen a tágítást Brünings-féle dilatátorral ajánlja. Mikulicz később a gyomron keresztül ujjal, majd fogóval végezte a cardia tágítását.

A cardia tágításán kívül a műtéti eljárások egész sora ismeretes, melyek a nyelési képesség előmozdítását a cardián végzett műtétek révén érik el. Ilyenek a Marwedel által ajánlott cardioplastika, a Hellertől származó cardiostomia, a Hacker és Röpke-féle oesophagolysis abdominalis, végül a legradicalisabb eljárás a Rumpolt által kidolgozott cardiectomia.

Ezeken kívül vannak olyan műtétek is, melyek a cardia kirekesztését vizik keresztül. Ez elérhető a Jaffé által ajánlott oesophago-gastrostomiával. Heyrovsky néhány esetben jó eredményeket látott az oesophago-gastrostomia subdiaphragmaticától. Zaaijer a transpleuralis oesophago-gastrostomiát ajánlja. A cardia kiiktatása a plica cardiaca resectiójával is elérhető.

Mivel a cardián végzett műtétek nemcsak technikailag nehezek, de életveszélyesek is lehetnek, ezekhez csak akkor folyamodunk, ha a tágítások eredményre nem vezetnek.

Campián Aladár dr.

egyet. magántanár, közkórh. főorvos.

A Wassermann-kémlés társreactiói.

IV. közlemény.

Ha áttekintjük az előző közleményekben felsorolt 6 társreactiót, úgy azt látjuk, hogy a Meinicke féle zavarosodási és feltisztulási-, a Kahn féle és a citochol-kémlés beállításához vízfürdő, a Kiss-reactióhoz vízfürdő és centrifuga, a Sachs-Georgi-kémléshez vízfürdő és thermostat szükséges. Legegyszerűbben elvégezhető a Kiss-féle praecipitációs, a Sachs-Georgi- és a citochol-kémlés; kissé több időt vesz igénybe a két Meinicke-féle eljárás; legkörülményesebb a Kahn-féle reactio.

A Wassermann-kémlés és négy társreactiójának érzékenysége nézve a saját anyagunk alapján összeállított alábbi táblázatok adhatnak bizonyos felvilágosítást:

1. Wassermann-reactio és Meinicke-féle zavarosodási kémlés.

	Meinicke-reactio gyengén positiv.	Meinicke-reactio erősen positiv.
Wassermann-kémlés negatív:	591	339
Wassermann-kémlés gyengén positiv:	1.098	530
Wassermann-kémlés erősen positiv:	2.367	178

2. Wassermann-reactio és Meinicke-féle feltisztulási kémlés.

	Meinicke-reactio gyengén positiv.	Meinicke-reactio erősen positiv.
Wassermann-kémlés negatív:	579	567
Wassermann-kémlés gyengén positiv:	1.557	781
Wassermann-kémlés erősen positiv:	1.526	43

3. Wassermann-, Meinicke II.- és Kiss-féle reactio.

	Kiss-re- actio negatív.	Kiss-re- actio gyengén pos.	Kiss-re- actio erősen pos.
Wassermann-kémlés negatív, Meinicke II. positiv:	110	67	43
Wassermann-kémlés gyengén positiv, Meinicke II. posi- tív:	419	19	243
Wassermann-kémlés erősen positiv, Meinicke II. posi- tív:	720	0	27

4. Wassermann-, Meinicke II.- és Kahn-féle próba.

	Kiss-re- actio negatív.	Kiss-re- actio gyengén pos.	Kiss-re- actio erősen pos.
Wassermann-kémlés negatív, Meinicke II. positiv:	47	26	21
Wassermann-kémlés gyengén positiv, Meinicke II. posi- tív:	131	30	92
Wassermann-kémlés erősen positiv, Meinicke II. posi- tív:	123	2	36

Ezen adatok szerint a Wassermann-reactióval összehasonlítva legérzékenyebb a két Meinicke-féle kémlés; ezek Wassermann-negatív esetek nagy számában is gyenge vagy erős positiv eredményt képesek szolgáltatni. Utánuk következik a Kiss-féle praecipitációs kémlés, amely a fenti tulajdonságokat már kisebb mértékben mutatja. A legkevésbé érzékenynek látszik a Kahn-reactio. A fenti adatok, amelyek egy nagyforgalmú laboratórium napi currens munkájának anyagá-

ból vétettek, csak tájékoztató számoknak tekinthetők, mivel a szóbanforgó kémlések érzékenysége a különböző laboratóriumokban és vizsgálók kezében más és más lehet, aszerint, hogy ki milyen felszereléssel, milyen technikával, milyen gyakorlattal és előszeretettel végzi azokat. Azt hisszük azonban, nem tévedünk, amikor azt mondjuk, hogy szerintünk a legmegfelelőbb kombinációk a következők: Wassermann + Meinicke + Kiss-reactio, vagy Wassermann + Meinicke + citochol-kémlés vagy Wassermann + Kiss + citochol-módszer. Ezen három összeállításban a módszerek annyira kiegészítik és ellenőrzik egymást, hogy a nyert eredmények megbízhatóknak tekinthetők.

A Wassermann-kémléssel és társreakcióval nyert eredmények értékelésére nézve a következőket mondhatjuk. Gyengén pozitív Wassermannreactio hasonló erősségű társreakciókkal nem jelent okvetlenül syphillises fertőzést, ha csak nem kezelt lueses esetről van szó. Ilyen gyengén pozitív esetekben ajánlatos a vizsgálatot megismételteni, esetleg előzetes provocálás után. Egy vagy kétkeresztes Wassermann-reactio három vagy négykeresztes praecipitációs próbákkal csaknem mindig syphillises fertőzés jele. Erősen pozitív (három vagy négykeresztes) complementkötés hasonló erősségű társreakciókkal feljogosít a lueses fertőzés felvételére. Bármilyen eredményt szolgáltatassanak is azonban a fent leírt eljárások, sohasem szabad elfelednünk azt, hogy a Wassermann-kémlés és társreakció által szolgáltatott eredmény csak egy tünet a gyógyító orvos számára, amely felhívja figyelmét a syphillises fertőzés jelenlétére; ennek alapján nagy gonddal kell kutatni azon kórelőzményi adatok és klinikai tünetek után, amelyek a fertőzés megtörténtét vagy fennállását tényleg verificálják. Megfelelő kórelőzményi adatok és klinikai tünetek nélkül a vérvizsgálat pozitív eredménye nem jelent okvetlenül spirochaeta pallida okozta infectiót; éppen így a Wassermann-reactio negatívvá válása antilueses kúra hatására nem jelenti a betegség meggyógyulását, mert később a kémlés újra pozitívvá válhat. Ezért hangsúlyozza a syphillis-probléma egyik legnagyobb magyar szakértője azt a tételt, amely szerint nem a Wassermann-reactiót, hanem a betegséget kell kezelni és gyógyítani.

Putnoky Gyula dr.
egyet. magántanár.

Facialis bénulás mint a herpes zoster ritka szövődménye

A herpes zosterről általában meglehetősen pontos ismereteink vannak. Így tudjuk, hogy e bántalom az infectiosus mononeuritisek csoportjába tartozik, úgyszintén azt is, hogy van primaer és secundaer zoster, melyek közül az előbbi endemiásan és epidemiásan jelentkezhet. Keletkezését az utóbbi időben mindinkább fertőzésre vezetik vissza, amivel szemben a toxicus és traumaticus behatásoknak kisebb jelentőséget tulajdonítanak. A fertőzőes agens mellett szól, hogy a herpes zoster nem ritkán a családokban, kórházakban, hajókon halmozottan jelentkezik, mely zoster epidemiák különösen a hűvösebb évszakokban keletkeznek. Ezenkívül igen érdekesek azok a megfigyelések, melyek a zoster és varicella közötti kapcsolatokra vonatkoznak (Bókay).

E megállapítások mellett kevésbé ismeretesek a herpes zosterrel kapcsolatban keletkező bénulások jelenségei, melyek egyes ritka esetekben észlelhetők a

zoster lefolyása alatt, vagy azzal kapcsolatban a környéki mozgató idegek területén.

E bénulások sorrendben leggyakrabban 1. a nervus facialis, majd 2. a nervus oculomotorius; 3. a nervus acusticus illetik, ezeken kívül ritkábban a végtagizmok (Cassirer, Magnus) és végül a hasizmok részéről (Ninkovski, Ströderberg) is észlelhetők bénulások.

Roger és Rebaul-Sachard leírtak a „ganglion geniculi zoster tünete” címen a nervus facialis területén keletkezett herpesszel kapcsolatban facialis bénulást, erős fájdalommal, hallászavarral.

Heymann is leírt a fül környékén keletkezett zosterrel együtt facialis bénulást vestibularis és cochlearis zavarral.

Ezeket kívül egészen ritkán észlelhetők múló bénulások a hólyag és végbél részéről is. (Davidsohn, Oppenheim).

De nemcsak bénulások jelentkezhetnek herpes zosterrel kapcsolatban, hanem bénulások nélkül kiesések is az in- és bőrreflexek részéről. Így pl. a lumbalis gyökerek területén keletkezett zoster esetén hiányozhat a patellaris reflex, az alsó intercostalis idegek területén fellépő zoster mellett pedig egy vagy több hasreflex, mint pl. Goldfram saját észlelésében.

Tekintettel a herpes zoster kapcsán észlelhető facialis bénulás ritkaságára, az alábbiakban közöljük észlelt esetünket:

H. D. 32 éves lakatossegédet 1936. XI. 24-én vettük fel osztályunkra ikerussal járó cholelithiasisának gyógykezelése céljából. Nevezetesen a felvételt követő 14. napon a nyak jobboldali kezdődő és a jobb arcfélre is kiterjedő herpes zoster jelent meg igen erős neuralgiás fájdalmak kíséretében. Th.: Novalgin és a herpes kenőcsös kezelése, 12 nappal a zoster megjelenése után a jobb arcfél bénulása következett be. A jobboldali mimikai izmok elsimultak, a nasolabialis redő eltűnt, a jobb szájug mélyebben áll, a homlokráncok jobboldalt elsimultak, lagophthalmus, szemhunyáskor a jobb szemgolyó fel és kifelé fordul, (Bell-tünet) füttyülés, arcfélfúvás csak nehezen sikerül, fogmutatáskor a jobb szájug elmarad, a jobb garatív mélyebben áll. (Paralysis nervi facialis I. d.)

A bénulás bekövetkeztekor a herpes már múltófélben van, arca csökkent mértékben ugyan, de fáj.

XII. 22. A herpes gyógyult. Facialis bénulás változatlanul tart. Fülészeti vizsgálatkor a facialis paresisnek fül-eredetű okát megállapítani nem sikerül.

XII. 30. A bénulás javult. Lagophthalmus kevésbé kifejezett, homlokráncolás sikerül, fogmutatáskor a jobb szájug még elmarad, de kisebb mértékben. Jobb arcfélén égető érzése van. Th.: naponta faradozás.

1937. I. 4. Faradozásra a facialis bénulás lényegesen javult, szemét jól zárja, fogmutatáskor mindkét szájug csaknem egyformán tér ki, homlokát jól ráncolja, Bell-tünet negatív. Jobb arcfél még fájdalmas.

I. 6-án tekintettel arra, hogy bénulása csaknem teljesen gyógyult, osztályunkról távozik.

Amint esetünk és az idevonatkozó irodalmi adatok is mutatják, a facialis bénulás általánosan ismert okain (hülés, agyalapi tumorok, sziklacsonctarcs, lués, otitis media parotis-daganatok, sérülés, stb.) kívül a herpes zoster is szerepelhet, bár ritkán, a facialis bénulás oka gyanánt.

A herpes zoster lefolyása alatt jelentkező facialis bénulás prognosisa általában igen kedvező s rendszerint rövidebb-hosszabb idő alatt teljesen meggyógyul.

Vargha Péter dr.
közkórházi adjunctus.

Figyelmeztetjük ismételten t. előfizető kartársainkat, hogy névtelenül hozzánk intézett kérdéseiket nem intézzük el de szívesen teszünk eleget azon kívánságuknak, hogy közlés esetén nevüket elhallgatjuk.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

A légoltalmi szolgálatos alkalmasságáról.

Az O. H. 1938. évi július 16-iki számában a légoltalom általános orvosi kérdéseit ismertette. Az alábbiakban arra a nehéz ténykedésre óhajtunk rámutatni, amelyet az orvos akkor végez, amikor sorozás alkalmával a 18—60 évesek közül kijelöli azt, aki légoltalmi szolgálatra alkalmas. — Ez a sorozás az általánosságban értelmezett sorozástól lényegesen eltér úgy emberanyagát, mint célját illetőleg.

Légoltalmi szolgálatra ugyanis azokat a 18—50 éveseket osztjuk be, akik *valamilyen oknál fogva katonai szolgálatra alkalmatlanok* (az 50—60 évesek elsősorban rendőri szolgálatot végeznek). Az orvos tehát a légoltalmi szolgálatost sorozás alkalmával ebből az *átszűrt emberanyagból* választja ki. Felelősségteljes ténykedése közben mindig tekintse a légoltalmi szolgálat lényegét, sokrétű feladatát, célját és azt a *munkát*, amelyet a légoltalmi szolgálatos beosztásában végez. Ez a munka igen különböző és ezért célszerű azt kategóriákba sorolni. Az osztályozáskor azonban nemcsak annak *minőségére és mennyiségére*, hanem arra is tekintettel kell lenni, hogy a légoltalmi szolgálatos munkáját *milyen körülmények között végzi*. Távolról sem mindegy, hogy a munkát gázálcában, vagy anélkül kell elvégezni. Megfigyelhetjük, hogy a légoltalmi szolgálatos munkáját gázálc vagy gázvédőruha nélkül jól és könnyen végezte el, míg ugyanazt a munkát gázvédőeszközben vagy rövidebb ideig bírta ki, vagy csak szervezetének kifejezett megerőltetése mellett. (Ilyenkor sokszor erős szívdobogása van, néha enyhe szív táji szűrő fájdalmat érez, pulzusa szapora, a légvételek száma, a vérnyomása emelkedik, testét bőséges izzadás lepi el, fejében tompa nyomást, lüktetést érez. Gázvédőeszköz nélkül végzett azonos munka esetén az említett tünetek egyikét sem figyeltük meg.)

A munkát *súlyossága* szerint osztályozhatjuk:

1. *Nehéz munka.* Az a munka, melyet a légoltalmi szolgálatos *csak gázvédőeszközben — gázvédőruhában, gázálcában, vagy oxigénlégzőben —* végezhet. (Gázmentesítés, gázfelderítés, ide sorolható a tűzoltás, valamint egyéb mentési munka gázvédőruhában, oxigénlégzővel.)

2. *Közepes munka.* Az a munka, melyet a légoltalmi szolgálatosnak *gázálcában kell végeznie.* (Az előbbi esetektől eltekintve, pl. a segédrendőri, légoltalmi háziparancsnoki, stb. szolgálat.)

3. *Könnyű munka.* Az a munka, amelyet a légoltalmi szolgálatos *esetleg gázálcában, de anélkül is végezhet.* (Elsősegélynyújtás, kórházi szolgálat, stb.)

Sorozáskor az egyént vizsgálat előtt *alaposan tekintünk meg.* Az 50 éven felülit ne osszuk be olyan szolgálatra, amelyet gázvédőruhában kell végezni, ugyancsak az olyan egyént sem, akinek *testsúlya lényegesen nagyobb, mint amennyi a Quetelet-törvénynek — annyi kg., mint ahány centiméterrel 1 méternél magasabb —* megfelel. (Megfigyelhetjük, hogy már a „jó húsban” lévő egyén is gázvédőruhában sokkal jobban izzad, mint a fenti törvénynek megfelelő súlyú egyén. A *kövér* ember gázvédőruhában a munkát rosszul bírta, igen gyorsan kifáradt, szédült, szívdobogása volt, teste az izzadtságtól egészen nedves lett, stb.) Az igen so-

vány egyént légoltalmi szolgálatra alkalmasnak csak alapos klinikai vizsgálat után minősítsük.

Vizsgálat előtt mindig kérdezzük meg, hogy mi az *egyén foglalkozása.* Válaszából megtudjuk, hogy nehéz testimunkát végez-e. Ha igen, akkor a beosztáskor alkalmasság esetén erre is legyünk tekintettel. Kérdezzük meg, volt-e beteg. Különösen *fertőző betegségek* után kutassunk. A pontos, részletes anamnesis rendkívül fontos. *Külön csoportosítsuk* azokat, akik gyakran ismétlődő, súlyosabb lefolyású tonsillitistről, sokizületi gyulladásról, lueses fertőzésről, régebben lezajlott diphtheriáról, influenzáról, stb. számolnak be. Ezeket az esetleg teljesen egészségesnek látszó egyéneket különös gonddal vizsgáljuk meg és *mindig* végezzünk náluk szívfunctió vizsgálatokat.

Ki feltétlenül alkalmatlan légoltalmi szolgálatra?

1. Akinek belső secretiós megbetegedése, így Basedow-kórja, hyperthyreosisa, diabetes mellitusa van;

2. akinek súlyos hypertoniája, vagy nephritise van cardiorenalis decompensációval (oedema);

3. aki súlyosan anaemiás (secundaer vagy Biermer anaemia). Súlyos anaemiának tekintjük azt, melyben a vörösvértestek száma köbmilliméterenként 4—2.5 millió között, a haemoglobin-érték 75—50% között ingadozik. Miután gázálcában bizonyos légzési ellenállás leküzdése miatt a légzés nehezebb, az anaemiás egyén szervezete kevesebb oxigénhez jut. A kevesebb oxigént viszont a csökkent haemoglobin fogja felvenni, aminek következménye a fellépő hypoxaemia.

4. Az astheniás mellkasú, az emphysemás, a tüdőbajos egyén;

5. a súlyos neurastheniás, a hysteriás, a psychopathiás egyén.

A légoltalmi szolgálatosnak, ha nehéz vagy közepes munkát végez, *elsősorban a szíve van megterhelve.* Ezt ne felejtjük el! Sorozáskor ezért a szívet különös gonddal vizsgáljuk. A szívizom-hypertrophia önmagában nem jelent feltétlen szívelégtelenséget. Az ilyen egyént azonban compensatio esetén is csak a *harmadik csoportba* sorozzuk. Kopogtatás és hallgatódzás után kételemek támadhatnak aziránt, hogy a szív nem teljesen ép. — A *legkisebb kétely* esetén már keressük vagy provokáljuk ki a rejtett cardialis decompensatiót. Végezzük el tehát mindazokat a sorozáskor is könnyen elvégezhető vizsgálatokat, amelyek ilyen irányban kételeyinket eloszlatva sokban tájékoztatnak. Ezek:

a) Pulsus számlálás. Ha azt találjuk, hogy száma percenként 90-nél több, az már kezdődő decompensatio jele lehet. A szív körüli vénákban ugyanis a kifejlődő fokozott nyomás reflex úton tachykardiát okoz. (Bainbridge—Anrep-féle reflex.)

b) Az egyén kezét a szív nivója fölé emelje. Kezdődő szívelégtelenség esetén a kézháti vénák nem ürülnek (Gärtner-féle tünet).

c) A pulzust megszámloljuk. Utána 20 másodperc alatt tíz térdhajlítást végeztetünk és újra pulzust számlolunk. Szívelégtelenség esetén a pulzus száma percenként 25-tel megnő, ez a *többlet három perc után is megmarad*, illetve tíz térdhajlítás után a légvételek száma is 25-nél több. (Külbs).

d) Az egyén 11 méter távolságot oda-vissza 30—32 másodperc alatt járjon meg. Ezt ismételve meg *négy-*

szer. Majd mély belégzés után kilélegeztetjük és meg-
nézzük, hogy léleketét hány másodpercig tudja vissza-
tartani. A 12—13 másodperces visszatartás szívelégtel-
enségre vall. Számoljuk meg az egyén pulzusát és néz-
zük meg a vérnyomását is, amely hasonló munka el-
végzése után rendesen emelkedni szokott. Ha a vérnyo-
más csökken, ez szívinsufficienciára mutat. (Gönczy).

e) Nyugalomban, ha a szív egészséges, a légzést
harminc másodpercig vissza tudjuk tartani. *Húsz má-
sodperces* visszatartás már kóros tünetnek minősíthető.
(Stange).

f) Az egyén 5 kg-os súlyzót két másodperc alatt a
feje fölé emeljen. Ezt, ha a szív egészséges, egymásután
30—60-szor tudja megtenni anélkül, hogy nyitott szájon
át lélekezne, illetve, hogy légszomjas lenne. (Lewis).

A vizsgálatok közül fentieket azért választottuk,
mert ezek sorozáskor is könnyen elvégezhetőek. Egy-
egy vizsgálat nem tart sokáig. Technikai keresztülvitele
sem nehéz. Különleges felszerelés véükségtelen. Végez-
zük el őket tehát minden olyan esetben, ahol vélemé-
nyünket, kórismézésünket a leghalványabb kétely is
színezi.

Nem helyezkedhetünk azonban arra a merev állás-
pontra, hogy az ilyen egyén minden légoltalmi szolgál-
latra alkalmatlan. *Feltétlenül alkalmatlan* olyan mun-
kára, melyet gázvédőeszközben kell végezni. A légol-
talmi szolgáltatnak könnyű, gázvédőeszköz nélkül el-
végezhető feladatainak elvégzésére azonban még alkal-
mas lehet.

Ha a fenti vizsgálatokat, vagy azok közül néhányat
elvégzünk, biztosak lehetünk afelől, hogy légoltalmi
szolgáltatásra nem oszunk be olyan látszólag egészséges
egyént, akin a gázvédőeszközben végzett munka stenoc-
ardialis roham alakjában robbantja ki a rejtett szív-
elégtelenséget. A stenocardialis rohamot, amely esetleg
rendes életmód mellett vagy nem jelentkezett volna,
vagy csak évek múlva és esetleg nem olyan heves for-
mában, *kétségtelenül* a gázvédőeszközben végzett szo-
katlan, nehéz munka váltotta ki. Gyakorlatok alkalmá-
val szerzett szomorú tapasztalatok igazolták, hogy stenoc-
ardialis rohammal a kórházba szállított egyéneken
nem végezték el a fenti vizsgálatokat.

Sorozáskor *kivétel nélkül* minden légoltalmi szol-
gálatosnak nézzük meg a vérnyomását és a vizeletét is
cukorra, fehérjére és genyre. Esményi lenne, ha kétes
esetben mindjárt vörösvértest, fehérvérsejt és haemo-
globin meghatározás istörténnék; bár ez utóbbihoz ke-
vésbé ragaszkodunk, mint a fenti vizsgálatokhoz.

Az orvos a sorozással fontos nemzetvédelmi mun-
kát végez és éppen ezért ennek tudatában döntse el, ki
alkalmas, vagy alkalmatlan légoltalmi szolgáltatásra.

Rácz Lajos dr. és
Telbisz Albert dr.
m. kir. honvédezdorvos.

Új hatásos roborans: Plasmorobin, mely synergikusan
ható növényi gyógyanyagok komplexhatású kombinációja.
Rendkívüli módon gyarapítja a legyengült szervezetet, fo-
kozza az étvágyat, elősegíti az anyagcserét és meglepően
növeli a vörösvérsejtek számát, valamint haemoglobín-
mennyiségét. Minden gyógyszerárban beszerezhető. Gyártja:
Római Császár gyógyszerár, Budapest II., Fő utca 54

Helyreigazítás. Az O. Gy. K. múlt heti számában Geszti
József dr.-nak „A tuberkulindiagnostika mai állása” című
közleményében az első hasáb utolsó előtti sorában „aller-
gia” helyett „anergia” értendő.

Esetek a baleseti szakvéleményezés köréből.

Tabeses egyén csonttörésének baleset- kártalanítási elbírálása:

H. K. 51 é. munkás 1933. okt. 5-én a pénztári ren-
delőintézetben, ahová saját lábán ment, azzal a panasz-
szal jelentkezett, hogy két nappal előbb fa kirakás köz-
ben egy legurult hasáb jobb lábát megzúzta. Vizsgálat-
kor a bal alszár horzsolását és a jobb alszár zúzódását
állatípják meg és okt. 14-én a kezelés befejezték. A
sérült okt. 23-án újra jelentkezik az ambulatóriumban,
ahol most phlegmonera teszik a diagnosist és kórházi
kezelésre utasítják. A kórházban megállapítják, hogy a
j. lábát, bokatájék és a lábszár alsó harmada erősen
duzzadt, lobos, a bokatájék erős nyomásérzékenység,
ugyanitt rendellenes mozgathatóság és recsegés érez-
hető. Láztalan, anisochoriás fénymerev pupillák, patella-
reflexek hiányoznak, a járás ataxiás. Wa.- és Meinicke-
reactio positiv. Röntgenképen a jobb lábszárcsontok
supramalleolaris haránttörésén kívül a lábszárcsontok
és mindkét csipőizületben súlyos destructióval járó
tabeses csontsorvadásra és arthropathiára jellegző elvál-
tozások láthatók. A kórházban felvett kórelőzményi ada-
tokból kitűnik, hogy a sérült járása már 1933 augusz-
tusában is bizonytalan volt, már akkor is rheumás fáj-
dalmai voltak és állapota azóta folyton rosszabbodott.

A kártalanítási igény elbírálása céljából 1935 dec.
20-án eszközölt felülvizsgálat megállapítja, a követke-
zőket: Az alacsony termetű, gyengén táplált egyén já-
rása a legnagyobb mértékben bizonytalan, ataxiás, csak
támogatással lehetséges. A jobb bokatáj megvastago-
dott, a láb az alszár tengelyéhez képest kissé kifelé to-
lódott, a belső boka erősen kiemelkedik, bokakörfogat
j. o. 28 cm b. o. 22.5 cm. A jobb bokaizület lábhati
hajlítása akadálytalan, a talpi hajlításból 50° hiányzik,
a hossz tengely körüli forgatás szabad. Csípő és térdizü-
letek mozgékonyasága szabad, sőt a nagyfokú hypotonia
miatt a rendesnél tágabb határok között is végezhető.
Pupillák egyenlőtlenek, fénymerevek, térdkalácsreflexek
nem válthatók ki. *Röntgenlelet:* Mindkét combcsont fej-
ecse és nyaka hiányzik, utóbbit főleg baloldalon cse-
kély csontkiemelkedés jelzi, melynek felszine skleroti-
kus. Mindkét izvápa üres, felszine egyenetlenül foltos,
lekopott és a csípőtányérra ráterjedő mélyedésbe foly-
tatódik. A jobb nagy tompor mellett és a bal nagy tom-
por felett teljesen szabálytalan, éles szélű meszesedé-
sek vannak a lágyrészekben A j. sípcsont alsó végén
darabos törés, amelynek részei erős eltéréssel, hatalmas
csontheggel gyógyultak. A szárkapocs alsó végén ferde
törés hatalmas csontfelrakódással. Az ugrócsont hátra-
felé ficamodott, ferdén helyezkedik el.

E lelet és a kórelőzményi adatok alapján a követ-
kező szakvélemény adatott: Kétséget kizárólag meg-
állapítást nyert, hogy az igénylő régi és előrehaladt
hátgerincsorvadásban (tabes dorsalis) szenved. A két
év előtt szenvedett állítólagos baleset tehát a már előbb
fennállott tabes kifejlődésére semminemű befolyást
nem gyakorolt, de annak számbevehető súlyosbodását
sem idézhette elő. A baleseti trauma ugyanis nyilván-
valóan jelentéktelen volt, mert a sérült utána még he-
tekig járóképes állapotban volt. Nem fogadható el az
a feltevés sem, hogy az állítólagos baleset után kb. 3
hétrel megállapított boka feletti törés a baleset követ-
kezményeképen jött volna létre. A törés nyilvánvalóan
minden nagyobb külső behatás nélkül. u. n. spontan
törés módjára keletkezett, amint ez tabeses egyéneken

gyakran előfordul és oka nem a kérdéses baleset, hanem a tabeses folyamattal összefüggő kóros csonttörékenység lehetett. Ezek szerint az igénylő betegsége és balesete között okozati összefüggést megállapítani nem lehet.

Epikrisis. A fentiek kiegészítésül meg kell még jegyeznünk, hogy fennforgó esetben az igénylő tabeses csont és ízületi elváltozásai, — amint az a röntgenvizsgálat kimutatta — már néhány nappal a baleset után annyira súlyosak és előrehaladottak voltak, hogy azokat a balesetnél sokkal régebb keletűeknek kell minősíteni. Kétségtelen, hogy a beteg járási nehézségei a baleset után két évvel történt szakértői felülvizsgálat idejében a két év előtti állapothoz képest lényegesen fokozódtak, de ezt nem a jelentéktelen baleseti trauma, hanem a súlyos tabeses folyamat természetes előrehaladásának rovására kell írni. Ami végül a röntgennel kimutatott alszártörést illeti, spontánfractura tipikus esetével állunk szemben, amire hasonló súlyos csont-izületi elváltozásokban szenvedő tabeses egyének különösen hajlamosak. A fractura ilyen egyénekben egy adott pillanatban úgyszólván minden külső behatás nélkül, egyszerű megterhelésre, vagy izomhúzásra bekövetkezhet, s így az nem balesetnek, csupán az alpbántalom progressiójából eredő eseménynek tekintendő. Ily esetben a baleseti összefüggés megállapítása csak akkor lehet indokolt, ha megbízhatóan igazolva van, hogy a végtagot jelentékeny trauma érte s a balesetet megelőző időben a végtagon súlyos csontsorvadás vagy egyéb olyan csontpusztulással járó elváltozások, melyek a spontantörés közvetlen veszélyével fenyegetnek, még nem voltak kimutathatók.

Milkó Vilmos dr.
egyet. c. rk. tanár.

Szembántalmak heveny fertőző ragályos betegségekben.

A heveny fertőző ragályos betegségek legtöbbszörben olykor kóros jelenségek mutatkoznak a látószerven is.

A kanyaró második ú. n. enanthemás szakában a szemhéji, valamint a szemtekei kötőhártya vörös, belövelt lesz, néha vizenyősen megduzzad, a szemhéjak hasonlóképpen vizenyősek, a szemhéjszélek vörösek és duzzadtak lesznek, a szemrés pedig megkisebbedettnek látszik. A szemek könnyeznek és fényviszony zavarja a betegeket. E szemjelenségek azonban nem tartósak, mert amint a kiütés az arcon és a törzsön halványodni kezd, lassan eltűnnek.

Az ú. n. morbilli haemorrhagicában gyakran vérzések keletkeznek a kötőhártyán.

Igen ritka esetekben kanyaró következtében neuritis optici támadhat. A kiütéses szak vége felé szokott kifejlődni, néha azonban a lábadozási szakban. A neuritis néha teljes atrophiaába megy át, máskor csak jelentékeny látáscsökkenést okoz. Igen enyhe lefolyású kanyaróban neuritis retrobulbarist figyeltek meg.

A neuritis optici kifejlődése kanyaróban vagy a betegség által termelt toxinoknak a vér-, illetőleg nyirokpálya közvetítésével a látóidegre gyakorolt direct hatására, vagy az idegrendszer öröklött vagy szerzett labilitására vezethető vissza.

Vörhenyben főként a szemhéji kötőhártyák belöveltségét észleljük, a belöveltség azonban rendes körül-

mények között sohasem ér el olyan fokot, mint kanyaró esetén. Ritkábban fordul elő a szemhéjak és a kötőhártyák kisebesedése, mely bántalom igen renyhén és lassan gyógyul, sőt a szorgalmas és szakszerű kezelés dacára a szarut is megtámadhatja. A kötőhártya váladékának ilyen esetekben eszközölt górcsövi vizsgálata streptococcusokat mutat.

Rubeolában és az ú. n. *negyedik betegségben* rendszerint csak az enyhe kötőhártyalob gyorsan múló tüneteit észlelhetjük. *Varicellában* kivételesen a kötőhártyán és a saruhártyán varicella hólyagokat látunk, melyeknek kifejlődése, beszáradása és eltűnése a bőrön jelentkező varicella hólyagokéhoz hasonló.

A *diphtheriát* illetően állatkísérletek azt mutatták, hogy a kórokozó Löffler-féle bacillus az ép nyálkahártyán kóros tünetet nem okoz, de ha a kötőhártya arrodált, vagy egyébként gyulladással állapotban van, a bacillus megtelepedhetik rajta és ott álhártyás gyulladást kelt. A diphtheria septikus alakjában az álhártyás kiizzadás a kötőhártyán rendszerint megjelenik, de egyszerű, könnyű lefolyású diphtheriában is létre jöhet a diphtheriás kötőhártyalob, mégpedig olyan módon, hogy a folyamat az orrból a könnycsatornán át terjed a kötőhártyára. A kötőhártya diphtheriájában Löffler-féle bacilluson kívül streptococcusokkal is találkozunk, valószínűleg a két kórokozó együttesen szerepel a betegség kifejlődésében.

Az enyhébb diphtheriás kötőhártyagyulladásban a szemhéjak megduzzadnak, a kötőhártyán nagy kiterjedésben vékony, fehérszínű hártya telepszik meg, melynek leemelése után az illető hely vérzik. Ilyenkor a hám felett és magában a hámban fibrin válik ki, melynek megalvadásából képződik az álhártya. Ez a kórforma jóindulatú és a szarura ritkán terjed át.

A súlyosabb alakban a szemhéjak erősen megduzzadnak, deszkakeménységűvé válnak, a keringési zavarok miatt nem vörösek, hanem halványak, a kötőhártyán sűrű lepedékkel borított, mélybe terjedő, elhalt területek látszanak, ez az álhártya erősen tapad; a fibrin a submucosus szövetben csapódik ki. A saruhártya a legtöbb esetben szintén megbetegszik és a legtöbbszőr elpusztul, a látás teljesen elvész.

Mint vörhenyben, azonosképpen diphtheriában is észlelhető a szemhéjak és a kötőhártya kisebesedése. Ez antidiphtheriás serumkezelésre rohamosan gyógyul. Ilyen esetekben a diphtheria bacillus mellett gyakran streptococust is találunk, mely utóbbi virulentiáját a szervezet csökkent ellenállásának köszönheti.

Mindössze két olyan eset van az irodalomban leírva, ahol a diphtheriás megbetegedés kizárólag a kötőhártyákra szorítkozott és másutt a szervezetben (torokban orrban) ilyen természetű betegség megállapítható nem volt. Az egyik ilyen esetben a górcsövi vizsgálat is negatív eredményt adott, mégis állatba oltva a kötőhártya lepedékéből, az állat kimúlása után kiderült, hogy diphtheriás fertőzésben pusztult el; a kontroll-állat antidiphtheriás serummal kezelve, meggyógyult.

A külső és belső szemizmok hűdése a torok diphtheriás folyamatának eltűnése után, az üdülési szakban fejlődik ki és azon eseteket, ahol a hűdés már az álhártyás folyamat fennállása idejében jelentkezik, igen kivételeseknek kell tartani. Rendszerint a súlyosabb diphtheriás esetekben fordul elő, bár az enyhe lefolyású, sőt az ú. n. abortív diphtheriában is észlelték már. A hűdés tartama változó, 2—3 héttől 3—4 hónapig is eltarthat. Leggyakoribb az alkalmazkodási izom hűdése

egy vagy rendszerint mindkét szemem. Kórjelzése igen könnyű, mert megjelenésekor arról panaszkodik a gyermek, hogy közelbe nem jól lát. A bántalom idejére közeli nézéshez erősebb convex-üveget kell a gyermeknek rendelnünk.

Szamárköhögésre a kötőhártya alatti vérzések csaknem kórjellegzők, néha a szemhéjak laza kötőszövetébe is vérzés történik, sőt észleltek már a mellő csarnokba történő bevérzést is. A vérzéseket az erőltetett, görcsös köhögés okozza. Szamárköhögésben a felső szemhéjak is megduzzadnak.

Bartók Imre dr. szemészfőorvos.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: Ha egy aktív községi orvos egy más községben óhajtat letelepedni, illetve a Belügyminiszter egy más községbe nevezi ki községi orvosnak, kell-e pályázatához csatolni községi orvosi vizsga-bizonyítványt, illetve miután nevezett a B. M. rendelet aktív szolgálatban találta, községi orvosi vizsgával nem rendelkezik, egy más községbe való kinevezés esetén kell-e nevezettnek községi orvosi tanfolyamon résztvennie?
B. Gy.

Felelet: Az 1936. évi IX. tc. 1. §-ának 4. bekezdése a kinevezésekre vonatkozólag a következőképpen intézkedik: „... községi orvosi és körorvosi állásra pedig csak azt lehet alkalmazni, aki a tisztí orvosi, vagy községi orvosi vizsgát sikerrel letette. Ugy a tisztí orvosi, mint a községi orvosi vizsga előtt tanfolyam hallgatása kötelező.” E törvény 12. §-a átmenetként csak olyan engedélyt ad, hogy a törvény hatálybalépésének napjától 3 éven belül az említett képesítés nélküli községi, illetve körorvos ugyan még kinevezhető, de a kinevezéstől számított 3 éven belül a képesítést meg kell szerezni. Miután a fenti törvény hatálybalépése óta minden hatósági orvosi állás betöltése ennek szellemében történik, így tekintet nélkül arra, hogy a kinevezésre pályázó orvos előzőleg állásban volt-e vagy sem, a kinevezéssel kapcsolatban az 1936. évi IX. tc. 1. §-ában előírt képesítést igazolni, illetve megszerezni szükséges.

Kérdés: Az Orvosi Hetilapban már több cikk jelent meg a bélférgek, főként az ascaris új gyógyszeréről, a hexylresorcinnról (Közegészségügyi Intézet, valamint a Gyermek-klinika közleményei). E cikkek úgy voltak írva, hogy az ember azt hitte, hogy a cikkírók már csak azt használják, vagy legalább is sokszor adtak. A helyzet pedig az, hogy a hexylresorcint nem lehet kapni, a Török gyógyszerár szerint is a szer nálunk ismeretlen. Lehet ezt a szert egyáltalán nálunk megkapni és hol?
F. S. dr.

Felelet: E külföldön gyakran használt féregűző szer nálunk még nincs elterjedve, de magistralis rendelkezésnek issem áll útjában, és külföldi specialitásaira nem szorulunk. Az orvos kívánságára úgy az egyiket, mint a másikat megkérheti a gyógyszerész. Ha többen és gyakrabban rendelik, készletben tartásáról gondoskodik a kereskedelem. Adagjaival *Véghelyi Péter dr.* foglalkozott 8. számunk egy „Feleletében”.
Sz.

Kérdés: Van-e valami összefüggés a bába esetleges tisztatlansága és a pemphigus neonatorum között? Ugyanis az elmúlt 2 hónapban 5 pemphigus neonatorum eset fordult elő községünkben, mind az ötnél egy és ugyanazon bába segédkezett. Mind az öt szülő nő vére Wa. R.: negatív.
Dr. B. Gy. községi orvos.

Felelet: A pemphigus neonatorum kórképét exogen fertőzés okozza, mégpedig az esetek túlnyomó részében az ápoló személyzet tisztátalansága (tisztátalan kezek, fertőzött fürdő) következtében. Kórházakban különösképpen gyakran fordul elő, ahol a tömegkezelés a fertőzés lehetőségét elősegíti. A hólyagokból túlnyomólag a staphylococcus aureus mutatható ki, nem ritkán azonban egyéb pyogen kórokozó is. Gyakran elhúzódó szülés alkalmával is észlelhető ez a kórkép, amikor minden alkalom megvan a bőrsérülésekre és a pyogen fertőzésre. Mindenesetre szerepet játszik az újszülött erőbeli állapota is, mert ezt a kórképet többnyire gyengébb, sátnya gyermekeken észlelhetjük, akiknél a szervezet természetes ellenálló képessége csökkent.

Neuber Ede prof.

Kérdés: 40 éves, jól táplált nőbetegemet 1 1/2 év előtt hosszú idő óta fennálló, hiába kezelt Basedowkórja miatt sikerrel megoperáltattam. Műtét után szívdobogása, apró láza megszűnt, alapanyagcseréje normalis lett és meghízott. Fél év óta arról panaszkodik, hogy alvás közben hátán fekvé mindkét karja úgy elszibbad, hogy alig bírja mozdítani és tapintása is rossz. Egy-két perc múlva e tünetek megszűnnek, újra elalszik és reggel felé megismétlődik a zsidbadás. Nappal húzó fájdalmai vannak a karizomokban és a könyökizületét merevnek érzi. Kérdésem: a leirt tünet összefüggésben lehet-e a műtéttel, vagy újabb endokrin zavar (hypothyreosis tünete-e)? Mit kellene tenni?
K. S. dr.

Felelet: Basedow struma operatio után nem szoktunk hasonló tünetcsoportot észlelni. Vizsgálat nélkül nehéz nyilatkozni és csak kombinációkra vagyok utalva. Nincs kizárva, hogy a fascia colli postoperatív zsugorodása és esetleges perineuritis adhaesiók miatt a plexus brachialis supraclavicularis ága vonaglásnak van kitéve, ami, ha a conservativ kezelés nem vezetne sikerre, később esetleg neurolysis is szükségessé tehetne. Különösen ha a subjectiv beidegzési eltérések is észlelhetők volnának. Mindenesetre előbb arthritis, neurodohitis juveniletét kellene kizárni a gerincoszlop részéről, amelyek tehát a foramen intervertebrale szűkülése vagy deformálása által idéznék elő a kórképet. A kizárás csak pontos és több síkban készített osteogramm útján lehetséges.
Benedek prof.

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

Soós Aladár: Étrendi előírások IV. bővített kiadás	Sajtó alatt.
Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája. 230. old., 110 ábra és 16. old. műmelléklettel	5.— P
Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdő- 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
Krepuska István: A filereditű agy-tályogok kór- és gyógytana	4.— P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvétellel történő rendeléskor a portóköltséget is felszámítjuk.

Az ujjáépített **Rudas gyógyfürdő és gyógyszálló** megnyílt. **Juventus rádiumos fürdők (20 kabin)**

Törökfürdő hét különböző hőfokú medencével. Elektrotherapia. Massage. Ivókúrák az Attila, Hungária és Juventus gyógyforrások vizeivel. A legtökéletesebb kényelemmel berendezett gyógyszálló. Diéta konyha. Napi ellátási rendszer.

Felvilágosítást nyújt a gyógyfürdő vezetősége, Budapest, I., Döbrentei-tér 9.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Fogazatrendellenességek öröklődésének jelentősége a gyermekorvosok szempontjából.

A fogazatrendellenességek kezelése, — melyet még nem is olyan régen merőben kozmetikai beavatkozásnak tekintettek, — lényegesen átalakult és sokat fejlődött az utolsó 30 évben.

A fogszabályozás főcélja a hiányos rágófunctio tökéletessé tétele vagy megjavítása, ami mellett természetesen szerepe van a fogszú és paradentosis megelőzésében, a beszédhiba megjavításában és az arc harmonikussá tételében is.

A modern therapia egyik legfontosabb elve a betegségek megelőzése. Ezt vallja az orthodontia is. Kérdés már most, hogy az anomáliákat miképp lehet megakadályozni leginkább, ki tehet ezen a téren legtöbbet és hogyan? Elsősorban az okokat kell elhárítani vagy megszüntetni. Ezek belsők és külsők. Az endogen okok megvilágítását illetően az örökléskutatáson kívül az alkattan és az endokrinologia fejlődése hozhat szép eredményeket az orthodontiai megelőzésben.

Az öröklés kérdésével röviden foglalkozni kívánok éppen azért, mert ez olyan tényező a rendellenességek keletkezésében, amely már egészen korán és könnyen felhívhatja a figyelmet a későbbi veszedelemre. A Mendel-féle törvény érvényességét az emberi fogazatra vonatkozólag sok tekintetben bebizonyították már a családfa-vizsgálatok és ikerkutatások. A családfakutatók csak homályos képet adnak a fogazatanomáliák öröklött jellegeinek tanulmányozásakor, egyrészt mert az egyes nemzedékek: gyermek, szülő, nagyszülő stb. fogazatának összehasonlítása sokszor teljesen lehetetlen a korai foghijasság, vagy esetleg teljes fogtalanság miatt. Másrészt, mert a fogazat még az ifjúkorban is hosszú átalakulási folyamatnak van alávetve, mivel a tejfogazatot a vegyes, ezt pedig az állandó követi. Éppen ezért óriási jelentőségük van az anomáliák öröklődésének tanulmányozása céljából végzett ikerkutatási vizsgálatoknak. Az ikerpathologia ugyanis nemcsak egy bizonyos kóros jelleg öröklődéséről világosít fel, hanem módot ad arra is, hogy annak keletkezését közelebbről vizsgálhassuk.

Az örökléstani ikerkutatások lényegileg az egy- és kétpetűjű ikrek tulajdonságainak összehasonlításából állanak és ha ezek segítségével sikerült megállapítani azt, hogy egy bizonyos jelleg többször fordul elő egy-petűjű ikrekben, mint kétpetűjűekben, akkor azok a jellegek, amelyek gyakrabban egyezők egy-petűjű ikrekben, mint kétpetűjűekben, öröklötteknek tekinthetők.

Stomatologiai vonatkozású ikerkutatások kapcsán sok érdekes megfigyelésről számoltak be: *Ahlfeld* pl. leírt egy olyan esetet, melyben két egy-petűjű iker közül egyiknek a jobb-, másinak a bal felső fogsorában volt számfeletti foga. *Bauer* hasonlóképpen elhelyezett csapos fogakat látott egy-petűjű ikrek szájában. *Hahnhard* olyan egy-petűjű ikrekről számol be, akiknek felső szemfogai szimmetrikusan hiányoztak. *Wimberger* olyan egy-petűjű ikreket látott, akiknek egy foggal kevesebbük volt az alsó fogsorban.

Igen szép eredményeket adnak az ikerpathológiával kombinált családfopathologiai tanulmányok, vagyis az ik-

rek szüleinek, testvéreinek és rokonainak kiegészítő vizsgálat, mert így kevésbé tévesztik meg a kutatót, a manifestatio-ingadozások és a kóros tényezők befolyása.

A felső nagymetszők közötti hézag, a valódi diastema, vagy trema, a felső oldalsó metszők phylogenetikus el nem helyezkedése, egyes fogak szimmetrikus forgásai, a fogcsíra primaer előfordulása, valamint a fogcsíranak az állkapocsban tipikus elhelyezkedése több kutató megegyező véleménye alapján öröklöttnek tekinthető. Az Angle II. és III. osztályú rendellenességek többnyire szintén öröklöttek, bár külső okok is előidézhetik őket.

A szabálytalan fogazat gyógyítása nem fényűzés, hanem fontos egészségügyi feladat. Éppen ezért úgy mint külföldön, nálunk is lehetővé kell tenni ezt a gyógykezelést a széles néprétegek számára is.

2000 budapesti gyermek fogazatának átvizsgálása után megállapítottam, hogy ezek közül 752-nek (37%) volt csak rendes a fogazata, 140-en (7%) olyan súlyos rendellenesség mutatkozott, amely feltétlenül szabályozást igényelt volna, a többin pedig ugyancsak kisebb-nagyobb fokú eltéréseket találtam. A súlyos rendellenességű gyermekeknek többnyire szülei vagy közeli vérrokonai is rendetlen fogazatúak voltak s ha a hozzátartozók tudtak volna ennek örökölhetőségéről, akkor legalább is a jobbmódúak bizonyára idejekorán igyekeztek volna gyógyíttatni gyermeküket.

A fogazatrendellenességek öröklődésének tanulmányozására és a felvilágosító munka elvégzésére különösen az iskolaorvosoknak nyílik bőséges alkalmuk. A gyermekorvosok és házi orvosok szintén bekapcsolódhatnak főképp az utóbbi munkába és sokat tehetnének az orthodontiai megelőzés érdekében. Gyakran előfordul, hogy egyes fogorvosok kellő szakértelem nélkül vállalkoznak fogszabályozásra és csak nagy tévedések és csalódások után hagyják félbe munkájukat, mert a patients, vagy önmaguk is megunták a hosszas kezelést. Ezek az eredménytelenségek azután ártanak a jól képzett orthodontistáknak is, mert a patientsek úton-útfélen panaszkodnak és elveszik más fogszabályozásra szoruló egyének bizalmát és kedvét is.

Szeretném nyomatékosan felhívni kartársaim figyelmét arra a körülményre is, hogy a fogazatrendellenességek keletkezésében nagy szerepe van a fogszúnak, valamint az elhanyagolt szúvas fogak szomorú következményének, a korai húzásnak. Így pl. a tejszemfogak idő előtti elvesztésének következménye, az állandó impactatioja, vagy a fogsor felett való elhelyezkedése, az első állandó nagyörlő, vagy a második tejörlő approximalis részeinek pusztulása, vagy ezek korai eltávolítása szintén felboríthatja az egész occlusiót. Ikerkutatásaim végzése közben pl. többször láttam egy-petűjű ikreken fogszú keletkezését: ugyanazokon a fogakon; különösen az első állandó nagyörlők romlásán tapasztaltam feltűnő és meglepően megegyező elváltozásokat. Mivel a fogszúra és a fogak csökkent ellenállóképességére való hajlamosság is örökölhető, rossz- és hiányos fogazatú szülők gyermekeit fokozott ellenőrzés alatt kell tartani, amiben szintén sokat tehetnek az iskolafogorvosok.

A fogazat-anomáliák keletkezésében fontos szerep jut még más tényezőnek is: pl. a foggyökér és fogkorona,

valamint a pofák és ajkak alakjának, melyek szintén öröklődhetnek és a szomszédos fogakra fokozott vagy csökkent nyomást gyakorolva, a fogazat kialakulását károsan befolyásolhatják. Öröklődhetnek végül még azok a tényezők is, amelyek külső okokként szerepelnek a rendellenességek keletkezésében. Pl. hajlam az adenoid vegetációkra, rossz szokásokra (szájlégzés, extrem dorsalis helyzetben alvás, ujjszopás), mesterséges tápláláshoz alkalmazott gummiszopóka, angolkóros hajlam stb.

A fogszabályozás megkezdésének alsó korhatára az az időszak, amikor a rendellenesség kifejlődésének veszélye mutatkozik, akár a tej-, akár a vegyes-, akár az állandó fogazatban. Az egyes fogak elhelyezkedésének, vagy a fogsorok egymáshoz való viszonyának eltérése a szabályostól, figyelmeztet bennünket a rendellenességre. A korai orthodontiai kezelés, vagyis a tej- és vegyes fogazat szabályozásának megkezdésekor azonban tekintettel kell lennünk a gyermek általános egészségi állapotára, fogainak fejlettségére és épségére, valamint testi alkatára is.

Tény az, hogy a legtöbb rendellenesség súlyosbodó természetű. Akadnak ugyan olyan esetek, amelyek minden beavatkozás nélkül is helyreigazodhatnak, de ezek kivételek.

A régebbi felfogás, mely szerint a fogszabályozás megkezdéséhez be kell várni az állandó fogak kifejlődését, vagyis a 12—14. életévet, ma már megbukott. Külföldön újabban különösen elterjedt az ú. n. korai kezelés, a „Kleinkind” kezelése. Sőt egészen különleges tejfogszabályozó készülékeket is szerkesztettek erre a célra. A berlini és a bonni klinikán láttam, hogy már 3 éves gyermekek fogait is szabályozzák. Az ilyen korai fogszabályozásnak az az előnye, hogy előmozdítja az állcsontok helyes fejlődését és megkönnyíti az állandó fogak helyes irányú előtörését. Egészségügyi szempontból még az a körülmény is fontos, hogy a szabályos tejfogsorral rendszeren tud rágni a gyermek.

Okvetlenül szabályozásra szorul a tejfogazat ott, ahol az állcsontoknak nagyobb szűkületük van, ahol a physiologiai rések hiányoznak, vagy mélyharapásról van szó, továbbá olyan Angle III. osztályú esetek is, amelyekben az állkapocs előreugrásának megszüntetése még az anómáliát fenntartó fogak csücskeinek leköszörlése után sem remélhető.

Bizonyos rossz szokások abban hagyásával egyidejűleg meggyógyulhatnak egyes tejfogszabálytalanságok. Pl. ujjszopás megszűnése után visszafejlődhet a nyitott harapás. Láttam olyan skoliosisban szenvedő gyermeket, akinek kereszttharapása volt a fogsornak azon az oldalán, amerre a gerincoszlop elhajlott. A skoliosis gyógyulásával és megfelelő helyzetben rendszeres alvással egyidejűleg minden külön kezelés nélkül meggyógyult a kereszttharapás.

Vegyes fogazat (6—12 év) különösen szájlégzésből eredő szabályellenességek, az állcsontok szűkülete és a fogsorok mesiodistalis rendellenességeinek megszüntetése végett szabályozandó. Ebben a korban különösen kell ügyelni arra, hogy elkerüljük a korai foghúzásokat. Ha pedig minden igyekezetünk ellenére mégis meg kell történnie, akkor biztosítsuk a hiányzó fog helyét Korkhaus—Schwarz-féle készülék, stb. segítségével. Kisebb rendellenességek (egyes fogeltérések) kezelésével esetleg meg lehet várni a második kisírlő kinövését. Súlyos és rosszabbodó hajlamú rendellenességek orvoslását azonban minél korábban kezdjük el.

12—14 éves korban jól el lehet még végezni a fogszabályozást. A fogszabályozás felső korhatára a 30-ik év körül van. Ez az időpont azonban egyénekenként változik. A fogak szabályozásakor a fogak kimozdításának irányában szövetlebontás, azon a helyen pedig, melyet a fog elhagyott, szövetfelépítés történik. Ha a két elmentéses folyamat lépést tart, akkor eredményes a szabályozás, ilyenkor a retentio időszaka is csekély. Ez a cél enyhe (biologiai) erőhatások alkalmazásával érhető el. A szervezet szövetfelépítő képessége bizonyos koron túl megszűnik. Ennek a korhatárnak kitolása jelenlegi orvosi ismereteinkkel nem lehetséges, mert ez külső eszközökkel nem befolyásolható. Mivel a fogakat úgyszólván minden korban ki lehet mozditani a helyükről, az elmozdított fogak új helyzetükben történő megszilárdulását azonban nem szavatolhatjuk, ezért 25—30 éven túl ilyen ilyen beavatkozással esetleg többet ártunk, mint használunk. Kivételek ez alól a paradentosis következtében elmozdult fogak, amelyek szabályozás után hidakkal és csapos sinekkel rögzíthetők.

G. Madarász Erzsébet dr. h. főorvos.

Wetol a sebészi gyakorlatban.

Ha figyelemmel kísérjük, hogy az utóbbi évtizedekben milyen nagyszámú gyógyszer került forgalomba, amelyeknek egyrésze eleinte mint kiváló új gyógyszer szerepelt, hogy azután rövid idő múlva újabb, jobb gyógyszer kiszorítsa a forgalomból, azt mondhatjuk, hogy azok a gyógyszerek, melyek a versenyt újabb és újabb gyártmányokkal hosszabb ideig ki tudják állani, tényleg kiváló, egészen kivételes jó hatású anyagok. Ha tehát valamely gyógyszer hosszabb ideig forgalomban marad, az annak a jele, hogy a gyártmány jó. De ilyen csak kevés van és ezek közé tartozik ugyilátszik a Wetol, mely most éri el 25 éves jubileumát.

Az illóolaj sebkezelés igen régi keletű. A primitív ember balzsamos-olajos sebkezelésétől kezdve mindig használatos gyógyszer volt az olaj, amelyet különösen háborús sérülésekre már az egyiptomiak, asszírok, rómaiak használtak, a középkorban pedig az olaszok és franciák. Az utóbbi években a kutatók rájöttek arra, hogy az olajok, elsősorban az illóolajok baktericid hatás mellett helybelileg nem sértik a szövetet és a felszívódásukat sem okoz mérgezést; ezenkívül helybelileg vérbőséget okoznak és ezért elősegítik a gyógyulást. Különböző illóolajok összekeverésével érte el ezt a hatást a Wetol feltalálója. Különösen tág tere nyílt a Wetol megismerésének és használatának a háborúban, ahol súlyosan fertőzött sebbel kezelésünkbe jutott katonákon láttuk annak áldásos hatását. Számos külföldi kutatón kívül hazánkban *Herepey-Csákány, Vidakovich* foglalkoztak az illóolajok sebgyógyító hatásával, bebizonyítva hogy a Wetol különösen fertőzött sebek kezelésére igen jól használható fel.

Friss sérülések esetén a gyakorlat azt mutatta, hogy néha egészen hihetetlenül nagy, szennyezett sebeket egyszerűen kitisztítva, olajjal leöntve, elsősorban zárhatunk sima sebgyógyulás reményével. — Az egyesített seb fölé Wetol oldatba mártott steril gazet teszünk és ezt száraz vattával fedjük. Súlyosabban szennyezett esetekben még Billroth vagy Mosetig batisztot teszünk a vattára és ilyenképpen a sebet wetolos pára kötéssel látjuk el. Ez a kötés 2—3 napig a seben marad és ha kötésváltáskor a sebszélek körül pirt látunk, ez csak vérbőség, amit a Wetol okozott. Érzékeny bőrű embe-

reken előfordul, hogy a hosszabb wetolos kezelést nem tűrik, a vérbőség erythemává, esetleg ekzémás gyulladássá fokozdik. Ilyen betegek nem folytatjuk tovább a pára-kötést, a bőrre valamilyen védőkenőcsöt teszünk, mire a gyulladás rövid idő alatt megszűnik. Az első kötésváltáskor észlelhető bővebb váladék az élénkebb vérkeringéssel magyarázható. Amennyiben ez nagyon bőséges volna, célszerű 1—2 napra a Wetolt kihagyni. Nyílt csonttörések és ficamok esetén a sebfelületet bőven Wetollal kimosva, ugyancsak elsőlegesen zárjuk a sebet és így helyezük a végtágot rögzítő kötésbe.

Fertőzött, nem friss sérülések kezelésében is nagy szerepe van a Wetolnak. Különösen a háborúban láttuk, hogy a nagykiterejedésű feltárt sebek, tályogok wetolos kezelésre milyen gyorsan váltak váladékmentessé és milyen rohamos a gyógyulásuk. A mindennapi sebészeten kötőszöveti lobok, furunculások, carbunculások, panaritiumok kezelésére alkalmazzuk a Wetolt. Feltárás után a sebet kitöröljük és bőven itatott Wetol olajos gazeval kitömjük az üreget, vagy egyszerűen lazán fedjük. Tapasztalatunk az, hogy az ilyen wetolos kötésnél nem szükséges a sebekből a gyzecsköt mindennap eltávolítani. 2—3- naponként elegendő annak eltávolítása, közben a fedőkötést természetesen levesszük és ellenőrizzük a sebgyógyulást. Az erős genyedés rövid idő alatt megszűnik és a seben vérzékeny sarjadzó réteg keletkezik, mint a megindult gyógyulásnak a jele. Ilyenkor megszüntethető a Wetol alkalmazása, csak száraz fedőkötést teszünk a sebre, amely alatt a tulsarjadzás magától visszafejlődik. Ha ez mégis túlzottan bőséges volna, legcélszerűbb a sarjakat éles kanállal lekaparni. Mastitisek, nagyobb tályogok esetén sokszor elegendő, ha kis nyíláson át kibocsájtjuk a genyet és a geny helyébe Wetolt fecskendezünk be. Sokszor ezzel sikerül elkerülni a nagyobb műtétek után fennmaradó igen kiterjedt, csunya hegesedést. Minden esetben ügyelnünk kell arra, hogy tályogüregbe a Wetollal átitatott gazecköt csak igen lazán helyezük be, a sebüreget ne tömjük ki, mert az lassítja a gyógyulást és elősegíti a váladékpangást. Tapasztalat szerint a vízhatlan anyaggal történő kötésfedés jó hatása itt is abban nyilvánul, hogy az illóolaj párák távolabbi helyen is vérbőséget okoznak a bőrön és a sebváladékra is deszficiáló hatással vannak. Nagy előnye még ennek az eljárásnak, hogy megakadályozza a váladék beszáradását és ezáltal a vattaréteg felszívóképességének csökkenését.

Ha összefoglaljuk a Wetol-kezelés előnyeit, akkor azt mondhatjuk, hogy főleg a fertőzések sebészetiében igen hasznos szer. A sebeket szagtalanítja, ami különösen kórházakban igen nagy jelentőségű; Wetolos kezeléssel a legerősebben váladékos sebek is 2—3 nap alatt szagtalanokká válnak, sőt legtöbb beteg a Wetol szagát szereti is. Abban az időben, amikor az első kísérletek folytak ezzel a szerrel, nem volt tudomásunk a vitaminoknak ma már általánosan elismert gyógyító hatásáról úgy, hogy mintegy ösztönösen állította össze *Wagner* ezt a gyógyszert, mely kb. 60% oleum jecoris Asellit tartalmaz, ami úgy a helyi, mint az általános szöveti ellentállást és védekezőképességet fokozza. A betegek a kötözéskor eleinte égető fájdalomról panaszkodnak, amely azonban pár perc múlva megszűnik és e helyett inkább érzéstelenné válik a sebfelület. Kötésváltáskor pedig, minthogy a tampon nem szárad meg és nem tapad a sebzhez, lényegesen kevesebbet szenved a beteg, ami nagy előnye. Gyakran alkalmaztuk a Wetolt olyan epekőműtétek után, ahol a máj-ágyat drainezni kellett úgy, hogy a tampon eltávolítása

előtti napon a gaze-csikot néhány ccm olajjal átitattuk, amivel elérhető, hogy a tampon eltávolítása minden fájdalom nélkül történhetik. Káros mellékhatása a Wetolnak nincs; bármilyen mennyiségben adtuk is pl. nagyobb tályogüregbe, mérgező tüneteket nem tapasztaltunk. Mint említettem, vérbőséget hoz létre és ezzel gyorsítja a sarjszövetképződést és hámosodást. A szervezetre kártékony kórokozókat, elsősorban a strepto- és staphylococust igen hamar elpusztítja és pedig nemcsak a seb felületén, hanem a mélyebb szövetekben is, amit a kutatók azzal magyaráznak, hogy lipoidoldó képességénél és illékonyságánál fogva a mélyebb szöveti rétegekbe is bejut.

Forgalomba hozott a gyár Wetol sebkenőcs néven olyan kenőcsöt is, amelynek a fő alkotórésze a Wetol. Ezt különösen renyhén sarjadzó, nehezen gyógyuló fekélyekre alkalmaztuk jó eredménnyel; egészen meglepő gyors gyógyulását és hámosodását láttunk pl. az idült alszárfekélyeknek.

Az elmondottakból kitűnik, hogy mind a nagy sebészeten, mind a mindennapi gyakorlatban a Wetol igen jó eredménnyel használható értékes sebkezelő anyag, mely maradandó értéke a sebészetnek.

Lumniczer Sándor dr.
egyetemi magánlár.

A rövidhullámok orvosi alkalmazása.

Tizenhárom év telt el azóta, hogy *Stieböck* vizsgálatai és utmutatása szerint az első izzókatodcsöves rövidhullámu diathermiás készülék 1925-ben elkészült.

Mint minden új orvosi felfedezés úgy a rövidhullámok alkalmazása is kezdetben túlzott és káros reményeket keltett. Meg akartak vele gyógyítani mindent a ráktól a tuberkulosisig. Ma már több kritikával, jobban elhatárolt területeken alkalmazzuk a r. h. gépeket és a kezelés is kezd egységes lenni. Tulzások azonban még mindig vannak és különösen a betegek várnak csodákat, akik majdnem követelik az orvostól a r. h. kezelést s így csábítják meg nem engedett területre.

A kezelés uni-, vagy bipolaris lehet, aszerint, hogy egy vagy mindkét elektrod között van a beteg testrész. Minél mélyebb hatást akarunk elérni a testfelülettől, annál távolabb helyezük az elektrodokat. A kezelést 5—10 perctől kezdve ½ óráig naponként vagy másodnaponként alkalmazzuk. Gyulladások esetén minél hevenyebbek, annál hidegebb hullámokkal dolgozunk, vagyis kerüljük a hőhatást. Ezért lehet a r. h. diathermiás kezelést még lázas, heveny gyulladások esetén is sikerrel felhasználni.

Kétféle készülék van forgalomban: adócsöves és szikraközös. Az adócsövek csillapítatlan rezgéseket sugároznak ki, míg a szikraközös gép csillapított rezgéseket gerjeszt.

A r. h. élettani hatása és a klinikai hatás között az összefüggés igen szoros. — Szívbetegségekben már kezdetben sikerrel használták fel a r. h.-kat. Az elektromos energia a szívben hővé alakul át. A hő hatására helyi vérbőség támad, mely az izomzat jobb táplálását segíti elő s így a szív nagyobb munkateljesítményét teszi lehetővé. A hőhatás mellett az idegekre gyakorolt behatás is jelentékeny. Főleg a vagus fokozó és a sympathikus tonus-csökkentő hatása érvényesül. Endocarditis, myocarditis, angina pectoris kezelésében jó eredményekről számolnak be, az utóbbiban a r. h. értágító ha-

tása is érvényesül. Az ideges szívtünetek csak átmeneti javulást mutatnak.

Vasomotorikus zavarok esetén rendszerint már néhány kezelésre tartós javulás mutatkozik. Arteriosclerosis és fagyások kezelésében is sikerekről számolnak be. 9 más eljárással alig befolyásolható endarteritis obliterans és gangraena kezdődő eseteiben is különböző szerzők 50%-os gyógyeredményeket irnak le. A kifejlődött gangraena elhatárolódik és a környezet gyulladással folyamata visszafejlődik. Minthogy a kezelés nem veszélyes, a csonkító műtétek előtt érdemes a r. h. kezeléssel kísérletet tenni.

A tüdő- és mellhártya gyulladással megbetegedéseiben is jól bevált a r. h. kezelés. A vérbő tüdőszövet a vér folytonos áramlása miatt még igen nagy elektromos energia igénybevételével sem melegszik fel teljesen, tehát nagy energiát alkalmazhatunk ártalom nélkül. Ehhez járul a kórokozók virulentiájának, a toxinok hatásosságának a condensator-mezőben nagyfokú csökkenése, a bekövetkező erős felszívódóképesség, amelyek magyarázatát adják a kezelés eredményességének. A bronchitisek, pneumonia, pleuritisek mind kedvezően befolyásolhatók r. h. kezeléssel.

Külön említést érdemelnek a tüdő genyes, éves megbetegedéseiben r. h. kezeléssel elért eredmények. A belgyógyászatiilag kezelt esetek halálázása 70—75%-ra tehető. Sebészi eljárások után is 35—40% a halálzás. A műtétek után az egész életre súlyos deformitás marad vissza. A kezelés is elhúzódik, hónapokig tartó. A külföldiek közül Schliephake 40 esetben kezelt mellkasi genyes folyamatokat r. h. -al. Csak kétszer volt eredménytelen a kezelés. Nálunk Hrabovszky 18 tüdőtüdőgyógyos és gangraenás kezelés eredményeit ismertette. Kimutatása szerint a 6 tüdőtüdőgyógyos mind meggyógyult. A 12 tüdőtüdőgyógyos közül 8 gyógyult meg. A kezelés 3—8 héttig tart s így a gyógyulás is r. h. kezeléssel jóval rövidebb mint más kezeléssel. Tuberkulosis ellen megpróbálták a r. h. alkalmazását, de a kísérletezők nagyrésze elvetette. Haemoptoeban alkalmazása ellenjavalt.

Az ízületgyulladás különféle alakjai közül a reumas, köszvényes, gonorrhoeás eredetűekben sikeres a r. h. kezelés. Először a fájdalom csökken, majd a lágyrészek duzzanata lohad le. Később az ízületi izmódány felszívódik és az ízület mozgathatósága visszatér a kezelés hatására.

Az izombántalmak r. h. kezelése főleg myalgiaokban vált be. A lumbago és torticollis gyorsan gyógyul: 2—3 kezeléssel a fájdalom és izommerevség megszüntethető. A peripheriás idegbántalmak közül a neuralgiák és neuritisek kezelésében eredményes a r. h. alkalmazása. Főleg a trigeminus, ischiadicus, intercostalis neuralgiák kezelésében vált be. Neuritisek ellen, ha már bénulások is vannak, a kezelés nem sokat ér.

A központi idegmegbetegedések közül a paralysis progressiva gyógyításában alkalmazták a r. h. kezelést. A lázkezelés eredményei alapján gondoltak arra, hogy a fizikai hőhatást e célra felhasználják. A kezelést az egész testre kiterjedően erre a célra készült úgynevezett condensator ágyban végzik. Az energiát addig fokozzák, míg 40—41 C° hőmérsékletet nem mérnek a betegén. Az eljárás, mely átlag 10 kezeléssel áll, nem veszélytelen. A megfigyelések szerint a remissiók gyorsabban következnek be, mint malaria kezeléssel, de a szellemi feltisztulás már nem volt olyan fokú. Schizophreniában nem vált be. A tabeses fájdalmakat, főként a lancinálókat csillapítani tudjuk r. h. kezeléssel. Sebék és tályogok gyógyításában igen jó eredménnyel használják. Itt

is elsősorban bakterium pusztító, gyulladás és fájdalom csillapító hatása jut érvényre. Furunculus, carbunculus, hydradenitis, panaritium, phlegmone kezelésében jól bevált. Természetesen a sebészi eljárásoknak még sem lehet vetélytársa, csak támogatója. Az inhuvelygyulladások kezelésében szintén sikeres a r. h. Az élénkebb vér és nyirok áramlásra a fájdalmak csökkennek, a crepitatio megszűnik. Még heveny és félheveny esetekben is alkalmazhatjuk, ellentétben a diathermiával, ahol a hőhatásra újabb fellebbanás, a fájdalmak, láz fokozódása következik be.

A törések és ficamok utókezelésében a r. h. alkalmazásakor a környező izomzat vérkeringésének fokozásával az ízület mozgathatósága gyorsabban bekövetkezik, a callus képződés is erőteljesebb.

Műtét utáni összenövések gyógyításában egyrészt a felszívó hatás, másrészt a jobb vérellátás révén a szövetek fokozódó rugalmassága magyarázza a r. h. kedvező hatását.

A jó és rossz indulatú daganatok gyógyításában a r. h. nem váltotta be a hozzáfűzött reményeket, sőt sieteti azok növekedését.

A nőgyógyászat igen hálás területe a r. h. kezeléseknél. A kismencede gyulladással megbetegedései ellen értékes gyógyító eszközt nyertünk benne. A diathermiát az acut és subacut esetekben nem alkalmazhattuk, sőt használatuk ártalmas volt. Az úgynevezett athermiás r. h. kezelés, mikor hő nem keletkezik az átáramoltatott testrészen, a lázas heveny állapotban is alkalmazható. A hatás is egyenletesebb és mélyebbre terjed, mint más kezeléseknél. A méhkörűli és függelékgyulladások, izmódányok és összenövések mind hálás területei a kezelésnek. Szembetűnő a gyors fájdalomcsillapító hatás, amit a hőmérséklet csökkenése is követ. A tapintási lelet nem magyarázza a panaszok elmúlását és a fizikális lelet csak később mutat javulást. A kezelést a havivérzés alatt is folytathatjuk szemben a diathermiás kezeléssel. A méh fejletlenségén alapuló a-, olygo- és dysmenorrhoea kezelésében is jók a tapasztalatok.

A vese gyulladással megbetegedései esetén a r. h. kezelésre a veseműködés fokozódása tapasztalható. A vizelet mennyisége növekszik, az oedemák elmúlnak és a közérzet is javul. A sympathicus tonus csökkentő hatás érvényesül a nephritises oliguria, anuria megjavításában s így e téren igen hálás kezelési eszköz.

A hólyaggyulladások kezelésében is eredményes a r. h. kezelés. A tenesmus, fájdalmak csökkennek. A vérbőség a hólyagizomzat állapotát kedvezően befolyásolja. Bőrgyógyászatban is alkalmazzák a r. h.-kezelést több-kevesebb sikerrel, főleg eccema, acne esetén. A gombás megbetegedések csak bizonyos hullámhoszra reagálnak. Az arc, orr-melléküreggyulladások kezelésében is jó eredményeket érhetünk el. A baktericid, felszívó, fájdalomcsillapító hatás egyaránt szerepel az eredményességben. Az acut és chronikus középfülgyulladások, a hallojártok furunculusai is jól gyógyulnak.

A szemészetben félig a szemhéj és könnyzacskógyulladásos megbetegedései, ulcus serpens esetén számolnak be kedvező eredményekről.

Röviden összefoglalva vázoltuk a r. h.-kezeléssel eddig elért eredményeket. Az eljárás lassan megtisztult a csodavárás hitétől és tévelygésektől, hogy elfoglalja szerény helyét a gyógyítás eszközei között.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Üdvözöljük az olvasót!

Amikor tíz esztendővel ezelőtt elindítottuk a Hetilap „Orvosi Gyakorlat Kérdései” mellékletét, el nem odázható kötelességet teljesítettünk a gyakorló orvosokkal szemben.

A mindennapi praxis gondjai között kevés orvosnak van ideje arra, hogy tudásvágyának kielégítése céljából szakmunkák tanulmányozásába merüljön el. Ezen a bajon akartunk segíteni, mikor mellékletet létesítettünk azzal a rendeltetéssel, hogy az orvostudomány valamennyi ágából vett időszerű kérdések rövid feldolgozásával és tanulságos esetek közlésével a gyakorló orvos ismereteit gyarapítsuk és általános orvosi műveltségét fejlesszük.

Első számunk a Hetilap 1928. évi 52. füzetében, tehát pontosan tíz év előtt jelent meg. Kartársaink az új vállalkozást nagy meglepéssel üdvözölték, de akadtak kételkedők is, akik annak csak rövid életet jósoltak. Voltak, akik a Hetilap tudományos színvonalát féltették a melléklettől, mások pedig attól tartottak, hogy előbb-utóbb kifogyunk a témákból. A tapasztalat megmutatta, hogy ezek az aggályok alaptalanok voltak. Az O. Gy. K. létesítésével mi a külföld legelőkelőbb orvosi szaklapjainak példáját követtük, melyek a gyakorlati kérdéseknek már régóta külön rovatot szenteltek. Mellékletünk hasábjai nyitva állottak mindazok számára, akiknek valamely gyakorlati szempontból hasznos vagy érdekes mondanivalójuk volt. Ennek köszönhető, hogy nemcsak egyetemi tanáraink és kórházi orvosaink, de a gyakorló orvosok is mindgyakrabban kerestek fel változatos és értékes közleményeikkel. Ily módon sikerült megvalósítanunk azt a nem egészen könnyű feladatot, hogy a melléklet cikkei, ha dióhéjban is, de hű tükrét adják annak a fejlődésnek, amin a gyakorlati orvostudomány egyes ágai az utolsó decenniumban átmentek.

A tizedik évforduló fontos állomás egy lap életében is, mert életképességéről tesz tanúságot. Bizvást elmondhatjuk, hogy mellékletünk a kezdet nehézségeit leküzdve, becsülettel kiállotta a tűzpróbát, sőt ma már a Hetilapnak olyan szervez alkatrészévé vált, ami nélkül az jóformán el sem képzelhető. Hogy ez így történt, abban orozslánrésze volt jeles munkatársainknak, elsősorban az orvosképzés vezető egyéniségeinek, egyetemi tanárainknak, kiknek értékes közreműködéséért ez alkalommal is hálás köszönetet mondunk. Kérjük őket, álljanak továbbra is oldalunkon és támogassanak bennünket abban a munkában, amit az orvosképzés és ezzel az egyetemes kultúra szolgálatában végezni óhajtunk.

MILKÓ V. — VÁMOSSY Z.

A mesterséges vetélés kérdése gümőkórral szövődött terhességekben.

Az orvosi indicatio alapján végzett terhességmegszakítás első nyomaival az irodalomban a Kr. u. II. század elején Soranusnál találkozunk. Nevezett műveletet csak olyan asszonyoknál helyezte, akikre a terhesség végén bekövetkezendő szülés életveszélyt jelent. A későbbi századokban a művi vetélés — az irodalom tanulsága szerint — igen gyakorivá vált. A keresztény szellem erősödésével aztán az orvosok — az örök büntetés miatti félelmükben — nem merték azt végezni. Camerarius vetette fel újra 1697-ben a kérdést, vajjon lehet-e mesterséges vetélést végezni, ha azt az anya érdeke úgy kívánja? A XIX. század második feléig azután az erre megindult eszmecsere a mesterséges vetélés szükségességét az említett indiciók alapján elismerte s annak gyakorlását a tüdőgümőkórra, a szívbjakra, a vesebajokra és bizonyos psychikus megbetegedésekre fogadta el.

A tüdőtuberculosisra vonatkozólag az irodalmi vélemények megegyeznek abban, hogy ennek bizonyos eseteiben a terhesség hatása kétségtelenül kedvezőtlen.

Ezen szempontokból vizsgálván a tüdőgümőkórnak terhességi vonatkozásait, az irodalomból az derült ki, hogy a *latens inactiv* esetek csak ritkán befolyásoltanak kedvezőtlenül a szaporodás folyamata által. Kehrer szerint ezek közül a terhességben 10%, a gyermekágyban 20% romlik, a terhesség alatt 0% halálozással.)

A *latens activ* folyamatok ellenben már sokkal kedvezőtlenebbül viselkednek még a Turban I. fokozatú esetekben is (Bár szerint 30—40%-os a romlás, Pankow szerint pedig 3—5% a halálozás). A *manifest* esetek pedig csak kivételesen viselkednek kedvezően a terhességben, mert 70—90%-uk romlik, a halálozásuk pedig 30—60% (Scipiades.)

Még valamivel tovább mentünk mi a prognostikus megítélés részletezésében, mikor megtartván az e célra jól bevált Turban—Gerhardt-féle beosztást, *latens inactiv* (csupán anamnesis, de se panasz, se anatómiai elváltozás, se klinikai tünet), *nem progrediáló activ* (panasz van, anatómiai elváltozás is van, de klinikai tünet nincs), *progrediáló activ* (panasz is van, anatómiai elváltozás is van, klinikai tünet is van, de az nem bizonyítja nyilvánvalóan a tüdő-tbc. fennforgását) és *manifest* (panasz is van, anatómiai elváltozás is van, klinikai tünet is van, mely nyilvánvalóan, pl. pozitív köpettel, mutatja a tüdő-tbc. fennforgását) eseteket különböztettünk meg, hangsúlyozva, hogy emellett még a tüdő-tbc. egyes fajtáit is külön mérlegelés tárgyává kell a prognosis szempontjából tenni. S ilyen megítélés alapján mi a gümőkóros eseteknek a szaporítás folyamatával való kapcsolatai esetén therapiás álláspontunkat 1929-ben a következőkben foglaltuk össze:

A gümőkóros nő házasságralépését semmiképp sem számíthatjuk a kívánatos események közé. Ezért is úgy véljük az a helyes, ha akkor, mikor e kérdésben véleményadás elé állítottunk, mindenkor leplezetlenül

feltárjuk az érdekelt környezet előtt azon lehető következményeket, melyekkel a házasságkötés magára a gümőkóros nőre, annak férjére, sőt esetleg utódaira is járhat.

Ennek ellenére bizonyos, hogy a gümőkóros nőt általában nem indokolt a terhességtől elvileg eltiltani, hanem csak az olyanokat, akiknek gümőkórja a terhességgel kapcsolatban romlásra hajlamos.

Azt azonban, hogy a gümőkór a terhességben romlani fog, csupán a gégegümőkórra és a tüdőgümőkórnak Turbán III. kiterjedésű, továbbá nyílt eseteire vonatkozólag tudjuk előre biztosan megmondani. Ilyen esetekben tehát sohasem szabad a beteget a terhességnek kitenni, kivált pedig nem akkor, ha a terhesség kapcsán frissen megnyilvánuló gümőkórrol van szó.

Természetesen ennek első feltétele, hogy megbízható szakorvos tisztázza az egyén tüdőbajának tényleges fennforgását és annak minőségét. Ennél is azonban, a pontos klinikai leírásnál kívül, elengedhetetlen feltételnek tarjuk, cselekményeink mérlegelésére a röntgenlelet megállapítását és pedig, amennyire csak lehet, nemcsak átvilágítás, hanem fényképfelvétel készítése révén is. Ennek pedig az az alapelve — mert mi Risssttel együtt azt valljuk, — hogy a minden más módon felvett lelet, mivel az sem tudományos, sem gyakorlati eredményekkel való összehasonlításra szemmel látható és kézzel fogható alapot nem ad, csak kis értékű és nagymértékben előmozdítója annak, hogy a tüdőgümőkór és terhesség szövődésének biztosan helyes értékelése a tudományban mindeddig egységesen ki nem forrhatott.

Ha aztán az ilyen szakorvosi megállapítás tisztázza azt, hogy a gümőkóros folyamat az imént említett tiltott kategóriákon kívül esik, az ilyen esetekben a betegnek meg lehet — természetesen kellő ellenőrzés mellett — a teherbejutás kísérletét engedni és pedig a károsodásra legkisebb valószínűséggel: a légző szerveken kívül álló egyéb szervek gümőkórja, aztán a tüdőgümőkórnak latens inactiv, továbbá nem progrediáló activ Turbán—Gerhardt I. és II. csoportbeli kiterjedésű eseteiben. A progrediáló activ folyamatokban viszont még az utóbb említett két csoportba tartozó esetekben is, már csak kivételesen és jól megindokolt esetekben tanácsos ezen kísérletet megengedni, ekkor is azonban csak régi gümőkóros esetekben, míg a frissekben legjobban a kísérlettel elvileg elállani.

A terhesség megengedett kísérletének keretébe tartozó ezen esetekben is még a legnagyobb körültekintéssel ellenőrzendők — és pedig ha csak lehet, arra alkalmas szakintézetekben — a 20 éven aluli egyének, akikre leginkább szokott a gümőkórnak terhességgel szövődése végzetes hatású lenni. Az ezen korhatáron felüli egyének pedig korosodásukkal és szüleik számának szaporodásával egyenes arányban. Különösen megszívlelendők ezen figyelmeztetések a gümőkórnak a terhesség kapcsán frissen megnyilvánuló eseteiben.

Ha azután bármely esetben a szakorvosi és a szülész által is ellenőrzött észlelés azt mutatná, hogy a gümőkóros folyamat a terhességgel kapcsolatosan romlik, s annak romlása szakorvosi kezeléssel hamarosan fel nem tartóztatható, a terhességet meg kell szakítani. Emellett azonban, mint a mi therapiás álláspontunknak a megalkuvó, conservatív állásponttól eltérő punctum saliensét, még azt is hangsúlyoznunk kell, hogy az esetek romlásának mérlegelésekor nemcsak az éppen adott, hanem a várható helyzetet is szem előtt kell tartani s a terhesség folytatódását csak olyan esetekben szabad

megengedni, melyekben az egyén terhességét — gümőkórját illetőleg végig lényegesebb baj nélkül — egészen kiviselheti. A terhességnek ilyen módon való beveződésekor ugyanis a betegre nézve sokkal súlyosabb jelentőségű, ha terhessége a gümőkór folytán magától meginduló vetéléssel, még súlyosabb pedig, ha az — ugyancsak abból kifolyólag — magától meginduló koraszüléssel szakad félbe, kivált a terhesség kapcsán frissen megnyilvánuló gümős folyamatok eseteiben.

A terhesség megtartására vagy megszakítására vonatkozó döntést legkésőbb a terhesség V. haváig kell meghozni, mert az ilyen betegek elhullása rendszerint a terhesség VI. hónapjával szokta kezdetét venni. Éppen ezért — tekintettel arra, hogy a betegekben igen nagy a nemtörődömségre hajlamosság, főként pedig, mert a terhesség kapcsán frissen megnyilvánuló gümőkóros esetekkel a betegek zöme már a terhesség V. haván túl jelentkezik, — minden erőnkkel azon legyünk, hogy legalább is azok a terhesek, akik a gümőkórral szemben terheltek, méginkább pedig azok, akik abban már szenvednek is, már teherbejutásuk előtt, de legalább is azonnal teherbejutásuk után, forduljanak szakorvoshoz tanácsért.

A mondottakból egyben az is következik, hogy mesterséges koraszülést, bárha annak az anyára vonatkozó eredményei a régi gümőkór esetében valamivel jobbak is, mint a friss esetekben, se az anya, se a magzat érdekében soha ne végezzünk, hanem ha már a terhesség VII. hónapján túl jutott, legfeljebb csak azt mérlegeljük, hogy adott esetben az életképes és élő magzat megmentése a haldokló, vagy majdnem haldokló anyán végzett császármetszéssel nem volna-e megkísérélhető?

Ha mérlegelésünk a terhesség mesterséges megszakítása mellett dönt, utóbbi mindig a gümőkórra legártalmatlanabb érzéstelenítésben s az adott helyzethez mért legenyhébb módon eszközözendő mesterséges vetéléssel intézzük el és pedig esetleg még nyílt gümőkór esetén is, legalább is a Turbán I., II. kiterjedésű folyamatokban. A Turbán III. kiterjedésűekben ellenben mindig esetenként mérlegeljük, vajjon érdemes-e még a mesterséges vetélést végrehajtani, mert ilyen esetekben annak hatása a legkétségesebb.

A tény ugyanis az, hogy — bárha nincs is mindig kizárva — ilyen esetekben a mesterséges vetelésnek a betegek közeli sorsát enyhítő hatása azoknak végzetes késői sorsán — legalább is a mi tapasztalásaink szerint — úgy látszik, hogy a legtöbb esetben nem tud változtatni.

Ezen therapiás út követése azonban, hogy annak bűnös eltévelyedéseitől megóvassunk, szerintünk parancsolóan követelné, hogy gümőkór miatt terhességet csupán az állam által arra felhatalmazott nyilvános intézetek szakíthassanak meg.

Ezen irányelvek voltak tehát azok, amelyeknek alapján klinikánk 10 éves anyagában, azaz 1924. szept. 1-től 1934. dec. 31-ig, a tüdő-tbc. miatt 37 terhességet szakítottunk meg, amely szám összes lebonyolódott (10.251) terhességeink között 0.36%-os, összes befejezett vetéléseink között (3127) pedig 1.18%-os arányszámmal felelt meg.

Tüdőtuberculosis miatt végzett mesterséges vetéléseink legnagyobb száma (48.64%), természetesen mindenkor a belgyógyász döntése alapján, a progrediáló activ esetekre, zöme pedig (94.58%) ezekre és a manifest esetekre jutott, míg latens inactiv és nem progrediáló activ esetekben csak kivételes töredékben (2.70 + 2.70%) végeztünk ilyen mű-

téteket. A terhességek megszakítása tüdőgümőkór miatt leggyakrabban (45.94%-ban) a T. III. kiterjedésű, zömében (89.18%-ban) pedig a T. II. és T. III. kiterjedésű esetekben történt, míg a T. I. kiterjedésűekre az ilyen műtéteknek csak kb. egytizede (10.81%) jutott és pedig túlnyomó számában az eseteknek (45.94%) a terhesség harmadik havában, zömében (75.67%-ban) a II. és III. havában, míg a terhesség IV. havára már az eseteknek csak kb. egynegyed része (24.32%) jutott. Innen túl pedig mesterséges vetélést már nem végeztünk. A 30-ik életévig a mesterséges vetélések száma quinquenniumonként állandóan növekedett (2.70%, 27%, 37.83%), azontúl ellenben az állandóan fogyott (18.91%, 10.81%, 2.70%). Ezen eredmények pedig amellettszának szólani, hogy a súlyos tüdőgümőkórban szenvedő egyének kb. a 30-ik életévig jórészt elhalnak, vagy hogy azon túl úgylátszik fokozatosan mind enyhébb és enyhébb tüdőfolyamatok kerülnek a terhességgel szövődésbe. S hogy ezen következtetésünk valóban helyes, bizonyítani látszik az a tapasztalásunk is, hogy a mesterséges vetélések gyakorisága a terhességek számával arányban is csak egy bizonyos mértékig fokozódott (I. P.-nál 13.51%, M. P.-nál 67.56%), azon túl ellenben az megint csökkent (PP.-nál 18.91%).

Ezen betegek késői sorsának vázolt mérlegelése alapján pedig arra a tanulságra jutottunk, hogy a tüdőtuberculosis miatt a terhesség első IV. hónapjában végrehajtott mesterséges vetélések hatása alatt a betegség javulásával csak az esetek kisebb felében (az irodalom szerint 45.96%-ban, saját anyagunk szerint 41.37%-ban) számolhatunk, és pedig annál inkább, minél korábbi hónapjában a terhességnek történik annak megszakítása. Az esetek nagyobb felében (az irodalom szerint 56.43%-ban, saját anyagunk szerint 58.60%-ban) ellenben későbbi rosszabbodás, illetőleg halálozás következik be és pedig utóbbi túlnyomó számában (53.84%-ban) már a műtét utáni első évben. A mesterséges vetélések után a tüdőgümőkóros folyamat javulása a korról és a szülések számával egyenes arányban növekszik, míg annak romlása és a halálozás ugyanezek arányában kisebbedik. Ennek oka pedig az, hogy a súlyosabb esetek elhalálozása már a fiatalabb életkorban és az első terhesség kapcsán, vagy a legutolsó szülést követő kora gyermekágyban megtörténik s így későbbi ellenőrzésre a korról és a terhesség számával egyenes arányban mindinkább enyhébb esetek maradnak.

Manifest tüdőtuberculosis eseteiben, kivált a folyamatnak phtisis cavitaria ulcerosa és ulcero-fibrosa fajtáiban mesterséges vetélést végezni nem érdemes, mert ezek után a beteg javulása annyira kivételes (12%), hogy az nem áll arányban az ilyen esetekben biztosan várható rosszabbodások magas (78%-os) arányszámával. Kivált ilyen kell hogy legyen a conclusiónk akkor, ha azt is tudjuk, hogy a terhesség kapcsolatában mégcsak nem is az összes, hanem csupán a romlást mutató és a terhesség beveződését illetőleg is előttünk végig ismert eseteknek egész korai és késői halálozása is általában mindössze 26.6%, s manifest esetekben is csak 35.5% volt a mesterséges vetéléseket kiállt manifest esetek 78%-os halálozásával szemben. Hasonlóan nem érdemes mesterséges vetélést tüdőgümőkórnak, gége-tbc.-vel szövődése esetén se végezni, mert az a betegnek biztosan halálos sorsán nem tud változtatni. Mind ezen eddig felsorolt esetekben ezért legfeljebb csak arról lehet szó, hogy adott esetben az életképes és élő magzat megmentése érdekében a haldokló, vagy majdnem haldokló anyán a császármetszést helyi (centralis vezetési) érzéstelenítésben, idejében, a terhességnek még ki nem viselt eseteiben megkísértjük. Mesterséges vetélések után nem lehet azonban biztos javulással mindig a progrediáló activ esetekben sem számolni, kivált a betegségek phtisis cavitaria ulcero-fibrosa

fajtaiban és a folyamatnak T. II. és T. III. kiterjedése mellett, mert ezek késői halálozása még mindig magas (18%), sőt valamivel magasabb is, mint a terhesség kapcsolatában romlást mutató és a terhesség beveződését illetőleg is előttünk végig ismert eseteké (16.7%) és a változatlanul maradó vagy rosszabbodó esetek is mind az ilyen kiterjedésűek közé tartoznak. Ezért a mesterséges vetélések végzésének igazi határát legfeljebb a nem progrediáló activ és a terhesség hatása alatt a szakszerű kezelés ellenére is romló esetekig kell megjelölni, mert 100%-os valószínűséggel tapasztalásaink szerint a javulást csak ilyeneken várhatjuk, kivált ha a betegség minősége kívül esik az említett rossz prognózisú fajtákon, és annál nagyobb eséllyel, minél kisebb kiterjedésűnek mutatkozik a tüdőben a folyamat. Ekkor is azonban főként akkor, ha nem friss, hanem régi tüdőfolyamatról van szó, ha minél fiatalabb és minél kevesebbet szült az egyén, s a terhességnek minél korábbi hónapjában tudjuk a terhességet megszakítani; végül, ha a betegől ígéretet kapunk arra, hogy tüdőbaját a mesterséges vetélést követően megfelelő szakszerű kezelésnek veti alá. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy abszolút gyógyulást ezek közül se fogunk egy esetben sem feljegyezhetni.

Scipiades Elemér dr.
egyet. ny. r. tanár.

A gyakorló orvos és az aseptika.

Két év előtt klinikai előadásban ismertettem azokat a hibaforrásokat, amelyek jól berendezett sebészeti osztályokon a sebgyógyulás sima folyását, az asepsist még ma is veszélyeztetik. (O. H. 1936. 28. szám.) Ebből az összeállításból derül ki, hogy e hibaforrások legtöbbször megfelelő berendezéssel és a műtét menetének észszerűsítésével kikapcsolható. Mai berendezésünkkel tökéletesen ki nem rekeszhető a levegő útján a sebre hulló fertőző anyag és az a veszély, amely fertőzött tartalmú testüregek megnyitásokor fenyegeti a seb sima gyógyulását.

Ennek ellenére jól berendezett és vezetett sebészeti osztályon sima műtétek után az életet fenyegető súlyos fertőzés és a seb zavartalan gyógyulását megakasztó helyi fertőzés veszélye nem túlságosan gyakori. A sebgyógyulás zavarának gyakoriságáról osztályom 35 éves műteti anyagáról rendszeresen végzett ellenőrző vizsgálatok adhatnak felvilágosítást. Ezeket az arányszámokat az aseptika hibaforrásainak mértékéül fogadhatjuk el, mert nagy beteganyagban, azonos ellenőrzési módszerekkel nyert eredményeket tüntetnek fel. A kórházi osztályon ez a szám 5—6% között ingadozik, magángyógyintézetben végzett műtéteim után 1%-on alul maradt. Az utóbbinak az a magyarázata, hogy e műtétek alatt kevesebb volt a néző, állandóbb az assistentia és az aseptika keresztülvitele könnyebben volt áttekinthető. Ez az eredmény eszményinek nem mondható, de el kell azt fogadnunk emberi gyarlóságunk következményeként. Kétségtelen, hogy ez az eredmény a hibaforrások kiiktatásával még javítható.

Egészen más a helyzet, ha az aseptikának háborus eredményeit vizsgáljuk. Itt a sérülések alakja (nagy kiterjedésű roncsolások), a fertőző baktériumok minősége (anaërob gázfejlesztők és tetanus), a sérülések halmozódása és ezzel az aseptika alkalmazásának nehézsége azt eredményezte, hogy mindkét küzdő fél sebészei főleg a világháború első éveiben az aseptika csúdjáról

irtak. Anglia orvosai a háború elején annyira készül-
lenek voltak, hogy az első félévben a legtöbb tábori
kórházban nem csírátlanitott kötszert kellett hasz-
nálaniok. Ezért tértek át fertőtlenítő szerrel itatott kötő-
szerek használatára (az antiseptikára) — Ily viszonyok
között nem csodálható, hogy a sérülések igen tetemes há-
nyadához súlyos, gyakran halálos fertőzés társult.

Ehhez a háborus helyzethez sok szempontból hasonló
működésének területe az utolsó emberöltő alatt egyéb-
tebb sérülések ellátását kénytelen vállalni. Sebészeti
működésének területe az utolsó emberöltő alatt egyéb-
ként nagyon beszűkült. 560 önálló sebészszakorvosunk
és az országon elég egyenletesen elosztott kórházainak
sebészi osztályai e feladatok nagyrészét a gyakorló
orvos kezéből kivették. Országosan szervezett mentő-
szolgálatunk az első segélynyújtás jórészét magához ra-
gadta.

Ennek ellenére nagy kiterjedésű tanyavilágunkban
és félreeső falvainkban még ma is a gyakorló orvos
(községi és körorvos) feladata a sérülések első ellátása.

Ha az aseptika szempontjából vizsgáljuk e felada-
tot, be kell vallanunk, hogy a falusi orvos helyzete na-
gyon hasonlít a kellőképpen föl nem szerelt hadisebészé-
hez. Igaz, hogy műszerei kellő kifőzéssel jól csírátlanit-
hatók. De honnét vegyen kifogástalanul steril kötszert,
hogyan tartsa azt úgy el, hogy használatig biztosan csí-
rátlan is maradjon?

Kötőszerszomogokra azokra a „sterilis”-nek jelzett
kötőszerszomogokra szorúl, amelyek a gyógyszerárak-
ban kaphatók. Amióta az OKI ezek csírátlanságát rend-
szeresen ellenőrzi, a helyzet lényegesen javult. Néhány
éve még a „sterilis”-nek jelzett csomagok 40%-a nem
volt az. Ma a gyakorló orvos rendelkezésére állnak a
„mentőtypusú”, csírátlanitott „gyorskötöző” pólyák,
amelyek egyik végéhez be van varrva a váladékot jól
szívó vattadarabka. Ez a darabka kerül a sebre, amely-
hez azt a pólyával úgy lehet rögzíteni, hogy a sebzé-
hez nem is ér. A seb kimosása ma már nem szokásos,
sőt tilos. A másodlagos fertőzést meggátló fedőkötés fel-
rakása előtt mindössze a sebszéleket kell jódtincturával
beecsetelni. E célra készültek azok a „gyorskötöző cso-
magok”, melyek dobozába jódtincturás ampulla is van
csomagolva.

A sebllátást végző orvos kezének csírátlanitása
jól elvégezhető, ha az első segélynyújtás az orvos rende-
lőjében történik. Az országúti (pl. autóbaleset) és a
mezőgazdasági (pl. cséplőgép) sérülések első ellátásakor
azonban csak nagyritkán lesz mód arra, hogy az orvos
kezét kellőképpen meg is moshassa. Többnyire a sebzé-
llátást kiképzett segítség nélkül egyedül kell elvégeznie
a seb szabaddátételétől (vetköztetés) a sebzéllátásig. A
mentők (Kovács János könyve: A mentés, Bpest, 1938.)
kézmosásra a motalkót ajánlják, amelyben benzinen ki-
vül van 10% alkohol is. Ez az eljárás kitűnő, ha van
kéznél motalko. De hol tartunk még attól, hogy mint
pl. Amerikában, az orvos auton menjen ki a sérülés he-
lyére. A mi kisjövödelmü körorvosunk legjobb esetben
„alkalmi fuvaron”, de többnyire gyalog kénytelen a
„tethelyre” kiszállni. Minden mentőeszközét kis kézi-
táskájában maga kénytelen kivinni a segítség helyére.
Sterilis gummikesztyű „pium desiderium”.

A sebzéllátást eszerint a legtöbb esetben mosdatlan
kézzel úgy kell elvégeznie, hogy a kötésnek a sebre ke-
rülő része munka közben be ne szennyeződjék. Ez meg-
felelő figyelemmel és gondossággal többnyire sikerül is.
Nagyon célszerű volna, ha ezt a „rögtönzött aseptikát”
az orvostanhallgató a gyakorlati félév alatt megtanulná

és ha a továbbképző tanfolyamokon e munkára az or-
vosok figyelmét újból felhívnák. A gyakorlatba kilépő
orvost meg kell arra tanítani, hogyan érheti el szükös
viszonyok között az aseptikának azt a minimumát,
amelyet sérült embertársának élete és egészsége az or-
vostól elvárhat.

A végleges sebzéllátás (a seb kimetszése *Friedrich*
szerint, érekötés, in- és idegvarrat, nyílt törés ellá-
tása) megfelelő aseptikus berendezés nélkül el nem vé-
gezhető. Az első segélyt nyújtó gyakorlóorvos egyetlen
feladata, hogy minden eszközt felhasználjon a gyors
szállítás biztosítására. Fontos, hogy a sérült 6 órán be-
lül a jól felszerelt sebészeti osztályra eljusson. Ennek
lehetőségét a városok és vármegyék mentőegyesülete
ma jóformán az ország egész területére biztosítja.

A „kis sebzéshöz” kívánatos aseptika az orvos
rendelőjében megvalósítható. A szóhajóvő kisebb be-
avatkozások (kelés, tályog megnyitása és kötözése stb.)
kifőzött eszközökkel úgy végezhető, hogy az orvos keze
a fertőző anyaghoz nem is ér. Így érhető el az, hogy az
orvos kezét virulens fertőző anyag be ne szennyezze. Ez
főleg az oly orvosokra fontos, akik szülészettel is kény-
telenek foglalkozni. De ezt is meg kell tanulni és be kell
gyakorolni. „Könnyebb az újat be nem mocskolni, mint
a bemocsoltat újra megtisztítani” mondja *Semmelweis*.
Ha minden óvatosság ellenére az orvos keze mégis szeny-
nyeződött, a műtét vagy kötés befejezése után kezét ép-
ügy kell fertőtlenítenie, ahogy a műtét előtt szokásos.

Mint hogy a gummikesztyű beszerzése a gyakorló
orvos szükös költségvetését meghaladja, gyors és biztos
kézfertőtlenítő eljárásra ma is nagy szükség van. *Gróh*
Gyula profeszor fáradozásának köszönhetjük a mag-
nesium hypochloritot (magnosterint). Előzetes szappano-
zás nélkül, kevés vízzel néhány perc alatt a kéz felüle-
tének csírátlanságát biztosítja. Egyetlen kellemetlen
utóhatását, a kézhez órákig tapadó chlórsgzagot anti-
chlórsgzaggyal gyorsan el lehet távolítani a kéztől
(hydroxigengyár készíti.) A mindennapos gyakorlat szá-
mára ezt a gyors és biztos eljárást tartom ma is a leg-
megfelelőbbnek. Sajnálatos, hogy a bábatáskába he-
lyette a kevésbé hatásos pótszere, a neomagnol-pasz-
tilla került.

Néhány, a mindennapos gyakorlatból kiragadott pél-
dán kíséreltem meg azon nehézségek bemutatását, ame-
lyekkel az aseptika szempontjából a gyakorló orvosnak
meg kell küzdenie. A kérdés fölvetését az elmúlt hetek
tapasztalatai alapján tartottam időszerűnek. A hadsereg
részleges mozgósítása megmutatta, hogy sebzéshöz jár-
ratos fiatal kórházi orvosaink legnagyobb része már az
első napon frontszolgálatra vonult be. A mögöttes or-
szágrészben — ahogy az 1914-ben volt — a sebzéshöz
osztályok munkáját az e szakmában be nem gyakorolt,
kiöregedett népfelkelő orvosoknak és katonai szolgálatra
alkalmatlan orvostanhallgatóknak kell vállalnia. Ha új-
ból nem akarjuk végigélni a készülétlenségnek és kap-
kodásnak nehéz idejét, amely a világháború első hó-
napjaiban lidércnyomásként nehezedett az orvosokra,
már ma, a fegyverkezés nehéz idejében bele kell nevel-
nünk egész orvostársadalmunkat az első segélynyújtás
legelemibb feladataiba. A gázvédelmen kívül a megfele-
lőbb sebzéllátás begyakorlása, az aseptika egyszerű és ha-
tásos biztosításának betanítása a teendők. Mint hogy a
mai hadviselés a pusztítás minden eszközét a frontmög-
götti polgári lakosságra is kiterjeszti, nem elégséges a
katonaság ellátása a segélynyújtás legfontosabb eszkö-
zeivel, hanem azt az egész lakosságra ki kell terjesz-
teni. Ha van is kilátás arra, hogy a jóindulatú emberek

fáradozása el fogja háritani az emberiségről az újabb világháború pusztítását, nekünk orvosoknak előre kell minden eshetőségre felkészülnünk. A megelőzés százszorta értékeesebb és biztosabb, mint a késve alkalmazott kezelés.

Manninger Vilmos dr.
egyet. rk. tanár.

Syphilishez hasonló szájbántalmak.

Mindennapi tapasztalás, hogy a szájbantalmak előforduló sokféle elváltozás és bántalom bizonyos fokig syphilisre gyanusnak látszik, sőt azt luesesnek kórismézik. Különösen fennáll ez a lehetőség akkor, ha a betegnek anamnesisében egy régebbi lueses fertőzés található, illetőleg ha a végzett serologiai vizsgálat történetesen pozitív Wa. r.-t ad. Pedig nagyon is lehetséges, hogy a valóban latensen lueses egyén szájában egészen más természetű elváltozás áll fenn, melynek semmi vonatkozása nincs a lueshez. Ezt a kérdést azért tartom eléggé fontosnak, mert egy hamis diagnosis éppen ezen e területen nem csekély horderejű, hiszen a beteg legtöbbször lelkileg megrendül és minden alap nélkül fölösleges módon éppenséggel nem közömbös kezelésbe juthat, mely egész életére stigmatisálhatja.

E helyütt mintegy irányítóul a lehetséges tévedések rengetegéből csak néhány fontosabbat ragadok ki. A *pemphigus*, ha egyedül, legalább is kezdetben, csak a szájbantalmakban mutatkozik, néha a syphilis gyanuját keltheti. A kép ilyenkor az, hogy a szájbantalmakban vérszerű erosiókat találunk, melyeknek alapja lepedékes, nem beszűródött, széleit pedig hámcsatok környezik. Persze, ha zárt hólyagot találunk a szájbantalmakban, a lues hyomban kizárható, mert a szerzett syphilisnek hólyagos eruptiója annyira kivételes, hogy a gyakorlatban soha szóba nem kerülhet. Ez az izolált szájpemphigus méginkább adhat okot gyanura, ha az a ritkább eset áll fenn, hogy véletlenül a genitáliák körül is látható zárt hólyag nélkül néhány pemphigus vegetans góc, tekintve, hogy a pemph. veg. burjánzásai a nemirészekben nagyon hasonlíthatnak a condylomákhoz. Persze ezeknek szélein is a hámcsatkoszorú látszik.

Mindjárt az izolált szájpemphigussal kapcsolatosan kell felemlítenem az *erythema exudativum multiforme izolált száj tüneteit*. Tudjuk, hogy e. exs. m. rendszerint a végtagok feszítő oldalain szokott nagyobb mértékben és jellemzően jelentkezni s hogy a szájon vagy szájbantalmakban jelentkezése csak kísérő tünet. — Itt még a gyanú felébredése sem valószínű. De akárhányszor csakis az előbbi localisatióját látjuk. Diagnostikai zavart persze ez a betegség is csak akkor okozhat, azt is csak rövid ideig, ha csupán az erosiókat látjuk, mert a vérbő alapon kifejlődő hólyagok már felnyitak. Az erosiókat, melyek legtöbbször az ajkak nyálkahártyáján fordulnak elő, hámcsatok övezik körül. Méginkább fokozhatja a lues gyanuját, ha ugyanazok a tünetek a szájbantalmakban kívül a nemirészekben is mutatkoznak. A folyamatra jellemző, hogy elég hirtelen keletkezik és kellő szájgondozással gyorsan mulik is. Az erosiók alapján jelentősebb beszűródést nem találni, csak oedemat.

Talán legtöbbször fordul elő, hogy a u. n. *lingua geographicá*t nézik lueses jelnek. Ez a hibás feltevés gyakran magától a betegtől indul ki, főként ha a multjában syphilis fertőzés szerepel. Néha ezzel a kész diagnosissal jelentkezik orvosánál. Az orvos résen legyen, hiszen a serologiai lelet pozitív lehet a betegnek lueses volta miatt. A ling.geogr. valódi oka még ismer-

etlen. A nyelven, mely ilyen esetekben gyakran kissé árkolt, esetleg a scrotum bőréhez hasonló, apró körökben, ivekben a hám kissé duzzadt, macerált, szürkés-fehéresen elszinesedett. E felületen rajzolatok szélein apró fehéres hámleválások láthatók. Igazi beszűródés, ami a luesesnek jellegéhez tartozik, nincsen. Subjectív tünet alig van; amíg a beteg véletlenül meg nem látja, tudomásul sem bír róla. Igen savanyú, csipős étellel szemben azonban bizonyos érzékenység van. A legjellemzőbb erre az egyébként hosszadalmas, terápiával alig befolyásolható, ártatlan és nem ragadós bántalomra, hogy helyét és alakját napok alatt változtatja, amit a lueses eruptió sohasem tesz.

A közönséges *aphthákról* csak egy-két szót. Legjellemzőbb reájuk, hogy hirtelenül, órák alatt keletkeznek egyesével, vagy többes számmal és néha minduntalan recidiválnak. — Kendermag-lencse nagyságú kis fekélykék, amelyeknek alapja sárgásfehéres lepedékű, környezetük pedig lobos udvarral bir. Igen fájdalmasak, úgy, hogy az evést is megnehezítik, ami a lues esetében ritkábban fordul elő.

Bizonyos *gyógyszeres intoxicatiókat* is kell e helyütt megemlítenem. A stomatitis mercur. a kénesőnek mai ritka használata miatt csak elvétve jön szóba, sokkal inkább a bismuth-stomatitis, bár a bismuth a kénesőnél jóval ritkábban szokott súlyosabb, esetleg gyanut keltő mérgező tüneteket okozni. Sem a diffus, kéneső-, sem pedig a bismuth-stomatitis nem kelthet diagnostikai zavart. Az olykor előforduló élesen körülírt, nekrotikus, fekélyes gócok azonban bizonyos fokig hasonlíthatnak szétesett, lepedékes lueses papulákhoz. Itt említem meg, hogy ezek a stomatitis fekélyek néha nem piszkos-szürkés, hanem fehéres lepedékűek, s ha főként a garat-iveken, vagy a tonsillákon ülnek, a diphtheriához hasonlíthatnak. A gyógyszeres intoxicatiók közül csak ritkán kelhetnek luesre gyanut azok a körülírt erosiók, melyek az *antipyrin-csoport* alkalmazása nyomán keletkezhetnek. Méginkább gyanusak lehetnek ezek, ha egyidejűleg — a főntebb említett eryth. ex. multiform.-hoz hasonlóan — a nemirészekben, pl. a penisen is mutatkoznak erythemás foltok, erosiók. Mindezek a jelenségek azonban felületesek és amily gyorsan keletkeztek, éppen oly gyorsan el is mulnak.

Még igen sok bántalom lehet, mely a gyakorlatban a lues gyanuját keltheti, de a szűkre szabott hely már csak néhány fontosabb betegség felsorolását engedi. A *lichen ruber planus* nem egyszer keltheti föl az orvosban a lues gyanuját. Persze első sorban akkor, ha a baj csakis a szájbantalmakban localisálódik. A bucca nyálkahártyáján levő lichenes papulák, melyek a szájbantalmakban — a bántalom nevével ellentétben — persze mindig fehéres-szürkés, csak ritkán fognak zavart kelteni. A gyakorlatomban itt inkább azt tapasztalhattam, hogy az orvosok a bucca eruptiót leukoplakiának nézik. A lues gyanuját főként az *isolált lichenes nyelv-papulák* kelthetik fel s bizony néhányszor orvoskollégáimmal szemben, akiknek történetesen a saját nyelvükön volt lichenes góc, minden ékesszólásomat és meggyőző érveket kellett felsorakoztatnom, míg meg tudtam őket nyugtatni, hogy nyelvbajuk nem lueses természetű. Igaz, hogy ugyanakkor a cc. diagnosissáról is csak nehezen tudtam lemondani. A nyelven a lichenes elváltozások kendermag-lencsényi plaqueokká fejlődhetnek, melyek szürkés-fehéres, élesen körülírtak s hónapokon át változatlanul fennállanak. Ezek a különálló gócok a nyelven első pillanatra bizony könnyen nézhetők lueses papuláknak. Megjegyzem, hogy tapasztalásom szerint a lichen rub. pl.-nak

a leghatásosabb gyógyszere, az arsen a szájbeli erup-tióra jóformán hatástalan.

A leukoplakia buccalis et linguae alig téveszthető össze lueses plaquekal. Kezdetben azonban, ha még csak kis körülírt gócban kezd fehéredni a nyálkahártya, talán zavart okozhat. A lényeg ebben az elváltozásban, hogy hatalmas hyperkeratosistról van szó, ami lueses nyálkahártya-papulán nem fordul elő. Fontosabb, hogy éppen a leukoplakiás gócok talaján, elsősorban a nyelven, cc. fejlődhetik ki és pedig nem is oly ritkán, hiszen súlyosabb nyelvleukoplakia első rangú praecarcinomás betegségnél számít. De leukoplakiás nyelven (jóformán mindig lueses háttérrel van szó) gümma is fordulhat elő s itt van az a terület, ahol el kell dönteni, hogy késői luesről avagy cc.-ről van-e szó. Láttam ugyan eseteket, ahol leukoplakiás nyelven egyidejűleg gümma is, meg cc. is állott fenn. A nyelven a cc. gümmeivel téveszthető össze; az anamnesis és a Wa. r. nem fog mindig segítségünkre lenni a diagnosisban, sőt nem egyszer zavart okozhat. A nyelv cc. ugyanis, amint azt az imént említettem, nem egyszer lueses-leukoplakiás talajon fejlődik, s így a pos. serologiai reactio a gümma felvételére vezethet, noha rákról van szó. Részletekre itt nem térhetek ki, de kiemelem, hogy gümma esetében a tájéki nyirokcsomók épen maradnak. Az is lehet irányító, hogy a gümma szétesése centralisan indul meg, a ráké a daganat felszínén kezdődik; és ha kemény is a gümma beszűrődött széle, a ráké mindenestre még ellenállóbb, még keményebb.

Bizonyos fokig a gümös fekélyek is kelthetik a syphilis gyanuját. A lupusos fekélyek itt kevésbé jönnek szóba, mert a lupusnak bőrtünetei vannak. Itt első sorban a phthisises betegek gümös szájfekélyei azok, melyek a lueshez hasonlíthatnak, de inkább csak kezdetben. Az ilyen fekély csipkés, szaggatott alávájt szélű és szemcsés alapú. A beszűrődött széle körül miliaris göbcsék találhatók. Ezekben a fekélyekben a Koch-bacillus könnyen kimutatható.

Végül még csak éppen megemlítem, hogy banalis traumás behatások, sérülések (harapás, hibás fogsor nyomása stb.) átmenetileg, főként ha a laesiók lepedékesek, lueshez hasonlíthatnak, de kellő körültekintéssel könnyen felismerhetők.

Guszman József dr.
egyetemi c. rk. tanár.

A világrahozott csipőizületi ficamodás gyógyítása csecsemő-korban.

A világrahozott csipőizületi ficamodás véres műtét nélküli gyógyításával szerzett tapasztalataink szerint, annál biztosabban számíthatunk a ficamodás meggyógyulására, minél fiatalabb életkorban kezdjük meg annak gyógyítását. A közelmúltban még elég korainak tartottuk azt az időpontot, midőn a gyermek járnai kezdett s sántításával árulta el csipőizülete fogyatékoságát. Mindinkább kialakult azonban a törekvés, a gyógykezelés eredményességének biztosítása végett, hogy még korábban, a csecsemőkorban kezdjük azt már meg, mely életkorban a gyermeki test csontvázának a leggyorsabb fejlődése lehetővé teszi a ficamodás meggyógyulását, már a gyermek járása megkezdésének az idejére.

A gyógyítás megkezdése természetesen csak akkor lehetséges, ha a ficamodás kórisméje megállapítást nyert. A korai gyógykezelésre törekvés tette szükségessé,

hogy már a csecsemőkorban meg tudjuk állapítani a ficamodás jelenlétét. A csecsemő testének külső alakváltozásai, a cseipőizület passiv mozgathatóságának a normálistól eltérése hívják fel a vizsgáló orvos figyelmét a ficamodás jelenlétére. Sokszor már a gyermekét gondosan megfigyelő anya kívánja a gyanusnak látszó csipőizület tüzetesebb megvizsgálását. Különösen oly családokban, melyekben már ficamodásos gyermek volt, megkivánják, hogy már az újszülött megvizsgálásával mondjunk véleményt, hogy ficamodásban szenved-e, vagy sem? Az észlelhető gyanus tünetek összevetésével is csak a röntgen-kép hoz bizonyosságot a kérdés eldöntésébe. Módszeremmel (l. Orvosi Hetilap 1937. 51. sz.) a röntgen-felvételen meglehet állapítani teljes bizonyossággal a ficamodást, még oly fiatal korban is, midőn a porcok combfejecsből csontmag még nem fejlődött ki. Az ép csipőizület biztos jele a vápa és a combcsont proximalis vége között megszerkeszthető derékszögű paralelogramm, míg a ficamodott izületé a ferdeszögű romboid.

A korai kórisme megállapításának a szükségessége megkivánja, hogy a szülészek és gyermekorvosok, az újszülött általános megvizsgálása alkalmával, kiterjesszék figyelmüket a csipőizületek megvizsgálására is, hogy gyanus tünetek észlelése esetén mielőbb szakorvosi gyógykezelésbe adhassák a csecsemőt.

A gyógykezelés megkezdhetőségének, ill. a ficamodás reponálása időpontjának alsó határa nincsen. Egyedüli kritériuma, hogy a csecsemő életképes és egészséges legyen s bőre már annyira fejlett és tiszta, hogy ne szenvedje meg a mindennapi fürösztés hiányát, amit a kötés alkalmazása lehetetlenné tesz. A legfiatalabb csecsemő, akit kezelésbe vettem, egy hónapos volt. A korai gyógykezelésnek az előnyei oly nagyok, hogy ezzel szemben számba sem jönnek azok a nehézségek, melyek ebben a korban, főleg az ápolás fokozottabb gondosságában s az orvos részéről nagyobb ellenőrzés, valamint a kötések gyakoribb cserélésének a szükségességében nyilvánulnak meg. Meg kell jegyezni, hogy a gondos ápolás elmulasztása miatt idősebb gyermekeken éppúgy elő szokott fordulni a gipszkötés vizelettel átvívódása s e miatt annak megpuhulása, ami a repositio eredményét meghiúsíthatja, mint csecsemőkön.

A korai gyógyítás előnyei már a repositióval kezdődnek, mely semmi erőkifejtést nem igényel, legtöbbszőr vizsgálat közben, a comb abductiójával bekövetkezik. Csak a fejecs magasabb állása esetén érzünk beígazításkor zökkenést, míg az izület ú. n. praeluxatiós vagy sublaxatiós stadiumában, ami a csecsemőkorban a leggyakoribb, a fejecs zökkenés nélkül igazodik be a vápába. A repositio alkalmával felületes bódítást szoktam alkalmazni, ami inkább a nyugtalan gyermek helyretett fejecsének helyes beállítása, mint a repositio végett szükséges.

Nagyobb feladat a reponált fejecs helybentartása. Sokan (Hilgenreiner, Bauer, stb.) levehető kötésekkel és sinekkel igyekeznek a comb abductiójával helybentartani a reponált fejecset, jöllehet azt sem alkalmazták állandóan. Én a reponált izület pontos rögzítésétől várom az eredményt, mert ezzel érhető el biztosan a kezelés rögzítő-szakaszának a célja; ez pedig nem más, mint az izületi tokszalag zsuugorodásának lehetővé tétele az izületi csontfelületek permanens együtt tartása mellett. Ilyen célkitűzés mellett nem félek a circularis gipszkötés, vagy a testet szorosan körülfogó gipszhüvely alkalmazásától sem. Intelligens, gondos anyák oly jól

meg tudják őrizni a kötés tisztaságát, hogy annak újjal felcserélése legfeljebb 4—6 hetenként válik szükségessé. Amint észlelem, hogy a medence-combizomzat részéről már kifejlődött a contractura, mely a végtag primaer állását biztosítja, a gipszkötést levehető celluloid-tokkal cserélem fel, ami már nagyon megkönnyíti a csecsemő tisztántartását.

Mire a gyermek járásának az ideje elérkezik, a gyógykezelés, ha elég korán kezdjük, már befejezést nyert s a gyermek sántítás nélkül teszi meg első lépéseit.

A csecsemőkorban végzett gyógyítás eredményei nagyon jók, amit elsősorban az életkorban észlelt óriási növényi energiának köszönhetünk. — Nagyban hozzájárul ehhez még az a körülmény is, hogy csecsemőkorban nem volt alkalma még kifejlődni ama másodlagos elváltozásoknak (a fejecs antetorsiója, a vápa kicsuszási barázdája, a tokszalag szükülete stb.), melyek az ízületi képleteken, mint a járás következményei jelentkeznek.

Kopits Jenő dr.
egyetemi rk. tanár.

A szem maródásai a gyakorlatban.

A nyugati nagy ipari államokban a legkülönbözőbb kémiai anyagok, nálunk leggyakrabban mész és lúg okoznak a szem maródásos sérülést. Szomorú nevezetességünk a maró lúg sok áldozata életben és látásban. A bűnös szándékú maródásos sérülés is több keleten, mint nyugaton. Mindnyájunknak kötelessége, hogy a harci gázoktól származó szemsérüléseket is ismerjük.

A gyakorlat számára az a legfontosabb, hogy a szem maródásos sérüléseinek gyökeres ellátásában változás állott be. A hosszas közömbösítő, kioldó kezelést minden komolyabb eset számára az azonnal végzett sebészi beavatkozás váltotta fel.

Az ilyen sérülésekben nem töltjük az időt azzal a kísérlettel, hogy a marószerezrel átívódott szövetekből kioldjuk, illetőleg benne közömbösítjük az idegen anyagot, hanem késedelem nélkül késsel távolítjuk el mindazt, ami elhalással fenyeget és eltávolítható. Csak könnyű esetben van értelme annak, hogy az első kimosások után megmaradjunk a megóvó, tüneti kezelésnél. A szem sorsa az inhártya határán dől el. Nem szabad engednünk, hogy a maródás idáig hatoljon. Ha a szembe jutott lúg már az inhártya fehérjéjét is elfolyósította, benne is alkalialbuminátot termelt, nyitva az út a szem belseje felé. Hogyan is képzelhetjük, hogy a közömbösítésül utólag akármilyen hosszú időn át adott savoldat utólag elérje a mélybe szabadon beivódó lúgot. Hiszen tudjuk, hogy a savak fehérje kicsapó hatásuk révén pörkösítő sánccal maguk előtt vágják el az utat. De más szempontok is vannak, amik mindenféle súlyosabb maródás sebészi megoldását kívánják.

A cél az inhártya átlátszóságának megelőzésén kívül a szaruhártya átlátszóságának megmentése, amihez táplálkozásának biztosítása szükséges. A marószerez a szaruhártyán végigfutva többnyire a kötőhártya alsó áthajlásában, mintegy tasakban gyűlik össze. A beálló szemhéjgörcs különböző foka és a marószerez mennyisége szerint sérül a szemtekei kötőhártya; főként alulbelül, esetleg körös-körül is. A szaruhártya közelét érő maródás károsítja a szaruhártyát tápláló erek hurokhálózatát. Ez végzetes lehet átlátszóságára, épségére. A veszély mindaddig megvan, míg a marószerezrel átívódott inhártyafeletti szöveteket, a méreganyagot ezt a tartályát el nem távolítjuk. A szaruhártya érdekében

van az is, hogy az elhaló, később bomló szövetek el-távolításával másodlagos fertőzést megakadályozzuk. A kimetszett szövetek helyére ültetett száj-nyálkahártya nemcsak az anyaghiányt szünteti meg, hanem benövő ereivel hamarosan a száru táplálására is szolgál.

Denig newyorki szemorvosnak volt huszonöt éve először bátorsága ahhoz, hogy maródott szemet azonnal megoperáljon. Ma már bőséges tapasztalás igazolta ezt a bátorságot. A maródott szemek korai sebészi ellátásának ideje eljött, mióta látjuk, hogy a műtétnek kockázata nincs, és mióta látjuk, hogy hatása mennyivel jobb, mint a megóvó kezelésé. A maródott szövetek helyére idejében odaültetett nyálkahártya bizonyosan megtapad. De ha az átültetéssel megkéstünk is és a nyálkahártya leöködik, akkor sem ártottunk. A műtét haszna akkor csupán a maróhatás csökkentése. Lehet, hogy így is megmentjük a szemet. Ilyenkor azonban, ha a szem megmarad is, a bekövetkező forradásos zsugorodás miatt elmarad a korai műtétnek az a további haszna, hogy a nyálkahártya-odaültetéssel a kötőhártya-zsák zsugorodását, összenövését is meg tudjuk előzni.

Az első segélyt nyújtó orvosnak különbséget kell tennie a szem könnyű és súlyos maródása között. Fellelőssége intse óvatosságra és inkább továbbítsa az esetet, mert drága időt veszthet. Csak a könnyű esetek valók otthoni kezelésre. Súlyos, tehát azonnal továbbítandó minden maródás, melyet

1. ammóniák, szalmiákszesz okozott, bármilyen enyhe is kezdetben;

2. azok az esetek, melyekben a szaruhártya is szenvedett;

3. melyekben a szemtekei kötőhártyának akárcsak körülírt elfehéredése jelzi a fenyegető szövetelhalást.

Minden esetben a lehető legsürgősebben bőséges kimosást kell végezni vízzel. Nem veszíthetünk időt alkalmas közömbösítő szerek meghozatásával. Elméleti megfontolások ne fogják le kezünket! A szem sorsa sokszor az első percekben dől el. Állatkísérletek szerint az ammóniák másodpercek alatt már a szem belsejébe jut. Ez azonban nem ok arra, hogy kimosást ne végezzünk, aki az első segítséget nyújtja; sem arra, hogy korán ne operáljunk az ilyen sérülést. Az átívódott kötőhártya felől, mint egy lerakatból hosszas lehet újabb és újabb méregmennyiség felszívódása.

A sebészi kezelés azért jelent igen értékes fordulatot, mert az első órákban, esetleg napokban végzett műtét megmenthet olyan szemet is, amelyet különben csak az menthetett volna meg, ha a sérülés utáni első másodpercekben kimosták volna. Ez pedig aligha történehetett meg valaha.

A maródást szenvedett szem kimosására majdnem nélkülözhetetlenek az ismert szemhéjkanalak. A görcsös védekezést könnyű legyőzni velük. Mészszemcséket kimosásuk közben steril törlővel, csipővel távolítsunk el; főként a felső áthajlásból és a szemhéji kötőhártyáról is. Nagyon vigyázzunk a szaruhártyára. Savval sérült szem kimosására 1—2%-os szódaoldat, lúg közömbösítésére 1/2—1%-os ecetsav oldat ajánlatos. De ismételjük a tiszta víz mindig többet ér, mint a várakozás. Célszerű 1 1/2%-os tanninoldatot készletben tartanunk, ez lúg és sav esetében is jó. Kimosás után alkalikus szemkenőcsöt, illetőleg bőrvazelint viszünk a szemrésbe, ha lúgos a sérülés. A harci gázok okozta szemsérülések általában savtermészetűek és alkalikus szemkenőcsöt kívánnak. Súlyosabb harc-gáz-esetek éppugy megoperálhatóak, mint más maródások.

GLUTEPSIN

glutaminsavas sósav és pepsin

gyomorsavhiány, gyomorsavcsökkenés eseteiben

a gyomorszekréció legerősebb ingere

Mintát és irodalmat kívánságra megküld

TRES R. T. Budapest II3.

A járóbetegként kezelhető könnyű esetek ellátásában a kenőcs alkalmazásának bevonó, fájdalomcsillapító hatása is van. Célszerűen használható paraffinolaj. Naponta győződjünk meg arról, hogy nem állott-e be olyan kedvezőtlen fordulat, ami műtéti javaslatot jelent. Ne mulasszuk el a szemhéjak naponta többszöri szét-húzását, hogy összenövésnek ne támadjanak.

A korai sebészi ellátás saját nagyobb számú esetem tapasztalata szerint is a legjobb. L.: O. H. 1937. 32. sz.). Kiméletes eljárás: a megmárt szöveteket nem teszi ki a közömbösítő szerek ismételt támadásának, sem a sérültet a sűrűn megismételt kezelések nagyon fájdalmas perceinek. Biztos eljárás: nem kell abból kiindulnunk, meg tudjuk-e állapítani, milyen vegyi hatású volt a marószerek. Lényegesen olcsóbb eljárás: a megóvó kezelés sok hetével szemben napok alatt eldőlhet a szem sorsa, nem egyszer 6—8 nap alatt a kór-házból is elbocsátható a sérült.

Az otthoni és járókezelés feladata maradhat szaruhályok utólagos tisztítása az operált esetekben is.

Lemondunk végre arról, hogy maródat szenvedett szemeket akkor is közömbösítő szerekkel, tehát egy másik maró szerrel próbáljunk megmenteni, ha a maródás súlyos volt. Csak a kémlió csőben lehet erősebb lúgot erősebb savval legyőzni. Élő szövet ezt el nem viseli. Könnyen lemondunk a tehetetlen és reménytelen várakozásról is, aminek vége a nem operált esetekben annyival gyakrabban volt az inhártya szétmállása, a szaruhártya átszakadása, szivárványkicsúszás és a szem elgenyvedése.

A maródott szem sorsa függ a mérge minőségétől, mennyiségétől, legfőképpen azonban a segítség idejétől. Az inhártya áll legtovább ellen. Ezen a határon dől el a küzdelem. Nem késtünk el, ha megakadályoztuk a marószerek roncsoló hatását az inhártyában és ha megmentettük a szaruhártya táplálkozását. Ehhez minden súlyosabb esetben kés kell. Minden óra drága. Az első órákban végzett műtét sok olyan szemet mentett meg, amely megóvó kezeléssel meg nem menekült volna. *Denig* nagy tettét végre általánosan érvényesíteni kell a betegek javára és az ő megállapítása értelmében *mindenféle súlyosabb szemmaródat azonnal meg kell operálnunk*. Kísérletet teszünk az operálással késve érkezett esetekben is, de hogy *elkészve* érkezett sérültet ne kapjunk, a gyakorló orvostól függ.

Csapody István dr.
egyet. rk. tanár.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: 34 éves nő 1937 őszén jött kezelésre hozzám. Előadta, hogy gyomorégései, hátfájása és idegessége miatt vizsgáltatta magát, a vérvizsgálati eredménye Wa. +++ volt. Azelőtt vérét nem vizsgálták. Családi anamnesise luesre negatív. Ő maga semmiféle külső tünetet nem vett észre magán. 9 éve van férjnél, állapotos nem volt. Emiatt évekként azelőtt nőgyógyással vizsgáltatta magát, ki ménének fejletlenségét állapította meg és diathermiás kezelésben részesítette. A férje vérvizsgálata Wa. negatív. Szív, tüdő és vese ép. Antilueses kezelést kezdtem és pedig az I. kúrában 10 db. intravenás revival injt., összesen 4.05 g.-ot és 10 amp 2 ccm-es neobismosalvánt; a II. kúrában 10 revival injt. i. v., összesen 3.90 g.-ot és egyidejűleg 10x2 ccm neobismosalvánt kapott. A III. kúra megkezdése előtt 1938 júniusában végeztetett vérvizsgálat eredménye Wa: ++++; Meinicke: ++++ volt. A III. kúrát ismét i. v. revival injt.-kal kezdtem, azonban a III. injt.-kor az oldatból egy csepp paravenásan ment és igen fájdalmas infiltratumot okozott, mely párákötések alkalmazására visszafejlődött. Ekkor bőrgyógyász tanácsára, a gyenge vénák miatt a továbbiakban intramuscularisan solusalvarsant adtam egyidejűleg intravenás medobis injt.-kal. A III. kúrában 3 intravenás revivalon kívül (1.05 g) 12 intramuscularis solusalvarsant és 12x0.5 ccm medobist kapott. E kúra után még jódkáliumot rendeltem összesen 100 g KJ.-ot. Az ezután végzett vérvizsgálat eredménye: Wassermann: ++, Meinicke reactio: ++.

Kérdésem az, hogy a továbbiakban mi a legcélravezetőbb kezelés? Solusalvarsannal folytassam-e, avagy higany injectiókra térjek-e át? Az intramuscularis solusalvarsan kúra egyértékű-e az intravenás revivalkurával? Remélhető-e a betegséget seronegativvá tenni, unguentum cinereum (Ebag) bedörzsöléseknek együttes alkalmazásával? Összesen hány kúrát kell még alkalmazni? Egy kúrában mennyi solusalvarsant kapjon?

K. B. dr.

Felelet: A leírt esetben az a legvalószínűbb, hogy a beteg lueses fertőzése több év, esetleg évtized előtt történt. Azt sem látom kizárva, nincs-e congen. luesről szó. Mindenestre éveken, sőt évtizedeken át befészkelte és azalatt kezelés nélkül maradt lues-esetek pozitív seroreactiója tapasztalás szerint rendkívül nehezen, gyakran egyáltalán nem befolyásolható kezeléssel. Az állandóan makacsul pozitív seroreactiót egymagáért a végtelenségig nem lehet üldözni, hiszen a collega úr értesítése szerint a nőbeteg jelenleg kóros elváltozás fel nem ismerhető. Tekintve azonban azt, hogy a beteget egész életében mindössze még csak három antilueses kúrát végzett, nem lehetetlen, hogy egy későbbiek, esetleg ötödik ezt a pozitívást eltünteti. A kúrákkal kapcsolatban alkalmazott jódkezelés is még sokat segíthet. Egyelőre maradjon a kezelés olyan, mint a harmadik, tehát a solusalvarsan-mennyiség is, mely a nőkre vonatkozó átlagos adagolásnak éppen megfelel. (10 injt.-ban összesen 44 ccm). A bismuth-injectiók száma azonban véleményem szerint 14—16-ra emelhető. A solusalvarsan hatás dolgában nagyjában egyenértékű a többi szokásos salv. készítményekkel, azonban e készítmény alkalmazásakor különös figyelemmel kell lenni a toleranciára (elsősorban a bőr pontos ellenőrzése.) A kéneső-kúrának nagyobb eredménye nem valószínű, bár a gyógyszerek variálása ily seroresistens esetekben olykor beválik. Arra a kérdésre, hogy hány kúrát kell még alkalmazni, ily régi esetben, nem lehet előre határozott véleményt adni. Itt mindenkor az alapos vizsgálat eredménye a döntő; az szabja meg, hogy mikor és meddig lehet vagy kell az antilueses kúrát végezni. — Mindenesetre a beteg egészségi állapotát állandóan ellenőrizni kell.

Guszman prof.

KATONYL DR. DEÉR

Újabb theoretikus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült

GENERÁLIS ROBORÁNS

Mindennemű gyengeségi állapotnál, étvágytalanságnál, szegényvérűségnél és sápkórnál
Prompt hatás! Összetételében állandó! Székrekedést nem okoz! 1 doboz (100 tabl.) P 2'20