

ORVOSI HETILAP

ALAPITOTTA: MARKUSOVSKY LAJÓS 1857-BEN



FOLYTATTÁK: 6

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON

SZERKESZTI ÉS KIADJA A VALLÁS- ÉS KÖZOKTATÁSÜGYI MINISZTER ÚR TÁMOGATÁSÁVAL
ÉS MEGBIZÁSÁBÓL A MAGYAR ORVOSI FAKULTÁSOK SAJTÓBIZOTTSÁGA:
HERZOG FERENC, VÁMOSSY ZOLTÁN, MISKOLCZY DEZSŐ, VIDAKOVITS
KAMILLÓ, GORKA SÁNDOR, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE, HÜTTLÉTVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ:

VÁMOSSY ZOLTÁN

EGYETEMI TANÁR



1938.

NYOLCVANKETTEDIK ÉVFOLYAM

TÁRGYMUTATÓ

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

	oldal		oldal		oldal
Adenovegetatio az öregkorban (12. sz.)	274	Arsenobenzol mérgezésre az ascorbinsav és glykokoll hatása. (34. sz.)	829	Colcium hatása az alapanyag-cserére. (45. sz.)	1098
Addisonkórban a veseműködés (38. sz.)	918	Arsenobenzol oxydatiójára a glykokoll és ascorbinsav hatása. (30. sz.)	738	Capillaris keringésre az iszapborogatás hatása (6. sz.)	130
Agglutinin termelésre a börextractum hatása (16. sz.)	365	Ascorbinsav és a glykokoll hatása a chronikus arsenobenzol-mérgezésre (34. sz.)	829	C-vitamin hatása néhány antigen antitest-reaczióra. (14. sz.)	314
Agy- és agyhártyagyulladás megkülönböztetése a liquor színpróbájával. (44. sz.)	1063	Asthma bronchiale és májműködés (24. sz.)	586	C-vitamin-forgalom a szervezet kóros körülményei között. (35. sz.)	848
Agyi véráramlásvizsgálatok kísérletileg előidézett görcsök alatt. (24. sz.)	574	Astmatikus állapotok és tüdőgümőkór (27. sz.)	660	Chemoterapiás gyógyszerek a férfigonorrhoeában. (26. sz.)	637
Agyszövetbontó fermentek egészséges és beteg gyermekek liquorában. (38. sz.)	928	Babcok-műtét alkalmazása az alszár venatágulatainak gyógykezelésére (2. sz.)	38	Chinidin hatása a kamralebegésre. (8. sz.)	170
Agyvelőgyulladással társult polyganglioneuritis (26. sz.)	627	Bakteriophagia jelentősége és alkalmazása. (39. sz.)	942	Choledochuskövek eltávolítása (7. sz.)	154
Ajakrákot utánzó ajakgümőkóros esetek (27. sz.)	658	Balantidiosis magyarországi előfordulása. (39. sz.)	952	Citrin hatása a vesegyulladásos haematuriára. (48. sz.)	1162
Aktedron hatásáról (2. sz.)	32	Belső secretio és gyomornedvképződés. (33. sz.)	806	Citrin-nel (P-vitamin) klinikai tapasztalatok. (26. sz.)	642
Aktedronnal történt mérgezés. (47. sz.)	1139	Benzinmérgezés. (38. sz.)	926	„Citrin” (P-vitamin) meghatározása a vizeletben. (42. sz.)	1016
Alarm-reactio hatása a kísérleti anaphylaxia lefolyására (28. sz.)	681	B ₁ -vitamin a belső- és ideg-betegségeken (40. sz.)	967	Collapsus pharmacologiája. (18. sz.)	403
Alkaptonuriás család. (32. sz.)	787	B ₁ -vitaminnal gyógyítható ideg-betegek szénhydrat forgalmáról. (33. sz.)	814	Comberg-féle idegentest localisáló eljárás. (41. sz.)	1002
Allergia tanulmányok a Gröer-reactióval különös tekintettel a felnőttkori tuberculosisra. (23. sz.)	553	Blastomykosis purulenta profunda (Busse-Baschkel) esete. (33. sz.)	815	Complementkötés a IV. nemibetegség kórismezésére. (12. sz.)	260
Ambesid a szülészeti és nőgyógyászati fertőzések kezelésében. (29. sz.)	715	Bolgár-kúra enkephalitiszes parkinsonismusban. (24. sz.)	584	Concrementum-képződéshez hasonló ritka kötőhártyabetegség. (4. sz.)	81
P-aminobenzolsulfamid alkalmazása szembetegségeken (22. sz.)	527	Botulismus következtében polyenkephalitis. (13. sz.)	285	Coronaria-keringés functionalis zavara. (8. sz.)	171
Amyotrophias lateralsklerosis kiterjedt agykérgi sorvadással. (30. sz.)	724	Bölcsességfog (alsó) vándorlása. (36. sz.)	880	Coronaria keringésre az intraperikardiális nyomás fokozódásának hatása. (5. sz.)	105
Megjegyzés a cikkre (33. sz.)	817	Bőrbetegségek helyi vérképe. (44. sz.)	1066	Coronariathrombosis és átmeneti spontan glykosuria. (25. sz.)	604
Válasz. (33. sz.)	818	Bőrelhalás műtét után. (37. sz.)	898	Coutard-féle besugárzással gyógyult epiglottis rák. (10. sz.)	225
Angioneurosisos tünetcsoportról. (24. sz.)	578	Börextractum hatása az agglutinin termelésre. (16. sz.)	365	Criminalis abortus (5. sz.)	107
Ankylostomiasis tünettanához. (13. sz.)	294	Börgümőkóros betegek bőr- és vérsavójának hatása a Koch-bacillusra (1. sz.)	12	Cukorhaj kezelése hypophysis Röntgenbesugárzással (38. sz.)	922
Antianyagok állati parazitákkal szemben. (43. sz.)	1043	Bőrrákok tükröződése a vérsavóban. (4. sz.)	78	Cyklus zavaraival összefüggő szembetegség. (12. sz.)	270
Antigen antitest reacziókra a C-vitamin hatása. (14. sz.)	314	Bőrreactio változása ismételt vegyi és physikai ingerekre. (45. sz.)	1081	Csecsemő septicus megbetegedése szokatlan suipestifer-törzssel. (48. sz.)	1155
Aortitis luetica kórjelzésére kétoldali egyidejű vérnyomásmérés. (31. sz.)	747	Bujakór és gégerák. (45. sz.)	1096	Cecsemő toxikosismentes heveny exsiccosisa. (6. sz.)	126
Arcüreggyulladások bakteriologiája. (11. sz.)	246	Bulbus thrombosis többszörös műtéttel gyógyítva. (32. sz.)	781	Csecsemőkori dysenteria fülészeti vonatkozásai (6. sz.)	128

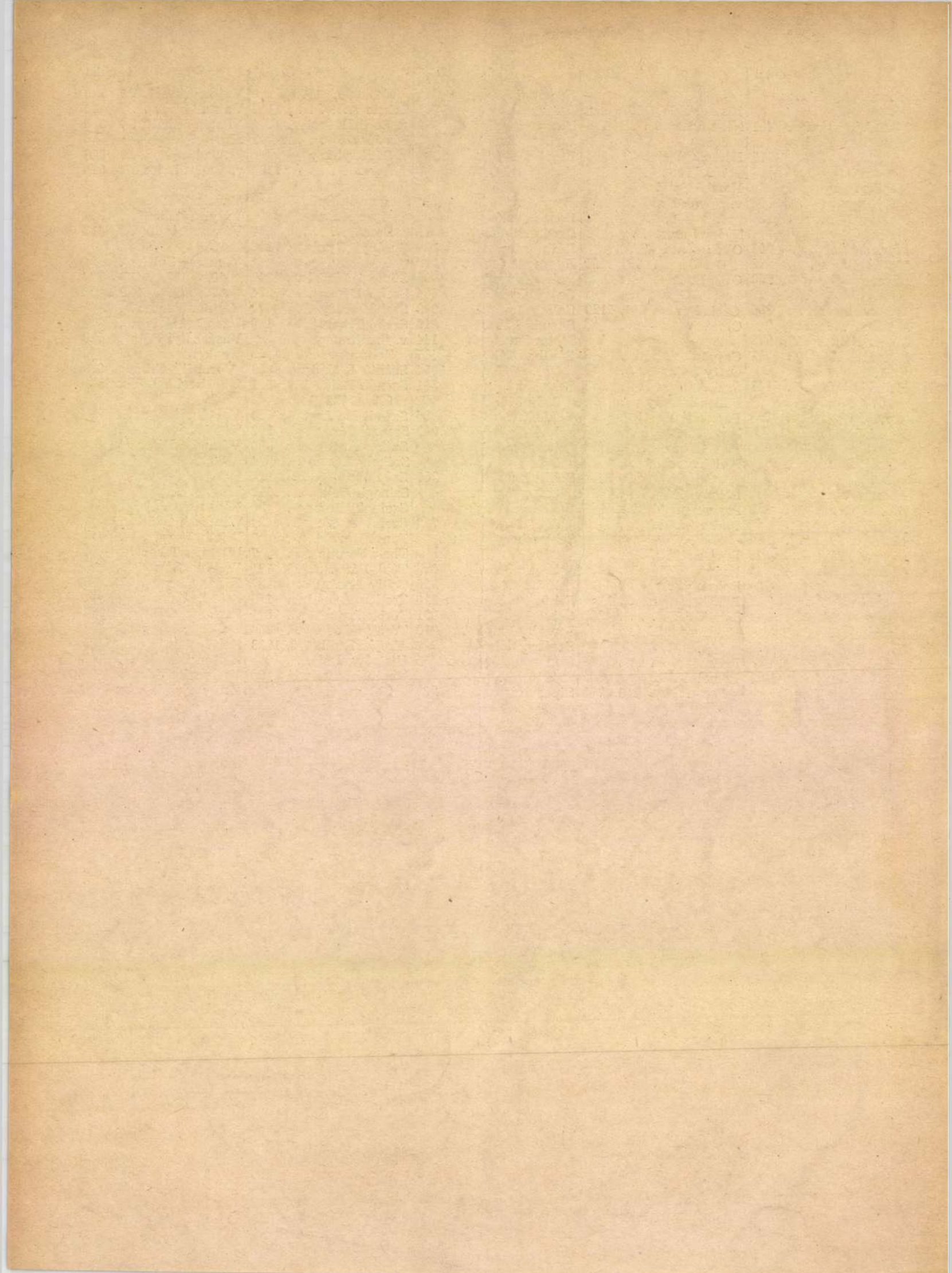
oldal		oldal		oldal	
	esete. (29. sz.)	714	Epiphysis hypoplasia és makro-		Glykokoll és az ascorbinsav ha-
	Csecsnýújtványgyulladás kö-		archia összefüggése. (8. sz.) .	175	tása az arsenobenzol oxyda-
	zépül-tünetek nélkül (45. sz.)	1095	Erysipeloid chloros kezelése.		tiójára. (30. sz.)
	Csigolya harántnyulványainak		(18. sz.)	411	Glykosuria és coronariathrom-
	törései (30. sz.)	733	Essentialis hypertonia és tüdő-		bosis. (25. sz.)
	Daganatok keletkezésének újabb		gümőkór (21. sz.)	499	Golyva (operált) kórszövetteni
	magyarázata és az aceton		Érgörccs digitalistól. (29. sz.)	709	vizsgálatának eredménye.
	ráksejtpusztító hatása (5. sz.)	101	Extrasystolés erythema vör-		(45. sz.)
	Degeneratio pigmentosa retinae		heny alatt. (32. sz.)	784	Golyvamütetek késői eredmé-
	esetében gyógyító kísérletek.		Fajlagos bőrkiütés a lympho-		nyeiről. (46. sz.)
	(48. sz.)	1159	granuloma késői szakában.		Golyvamütéthez eszköz. (4. sz.)
	Dermatopulmonalis reactio (17.		(46. sz.)	1108	85
	sz.)	386	Febris undulans esete (tej okoz-		Gombák a könnycsövecskében,
	Deseptyl az orbánc kezelésében.		ta). (32. sz.)	786	szemhéjon és szemhéjszájban.
	(24. sz.)	581	Fejbőrrák therapiás röntgen-		(19. sz.)
	Deseptyl és vele rokon gyógy-		ártalom következtében. (46.		448
	szerek a szülészetben és nő-		sz.)	1105	Gonococcus-complement köté-
	gyógyászatban. (51. sz.)	1235	Fejfekvéses ikrek összeakadása.		si reactio értéke rheumás be-
	Digitalis okozta érgörccs (29. sz.)	709	(1. sz.)	10	tegségekben. (30. sz.)
	Diphtheria anatoxin praecipit-		Felső légutak lymphoepithelio-		727
	tatum ellenőrző vizsgálata.		mái és rethelsarkomái. (47.		Gonorrhoea chemotherapiás
	(21. sz.)	489	sz.)	1135	gyógyszerei. (26. sz.)
	Diphtheria után megmaradt		Féregnyulvány elsüllyesztése		637
	szívblock (7. sz.)	151	feletti vita. (38. sz.)	924	Gonorrhoea szerepe a férfi
	Dohányfüst hatása az ekg-ra.		Féregnyulvány-gyulladással		magtalanságban (42. sz.) . . .
	(45. sz.)	1039	kapcsolatos szövödmények.		1019
	Dysenteria-amoebas kórképek		(34. sz.)	820	Görccskezelés utáni epilepsia.
	gyermekekben. (35. sz.)	853	Férfi magtalanságban a gono-		(40. sz.)
	Dysenteria fülészeti vonatkozá-		rrhoea szerepe (42. sz.)	1019	972
	sai csecsemőkórban. (6. sz.) . .	123	Fogamzás elleni védekezés. (6.		Grippés eredetű göccs miokar-
	Dystrophia adiposogenitalis ke-		sz.)	123	dítisről. (25. sz.)
	zeléséhez. (31. sz.)	761	Fogeredetű csontvelőgyulladás		599
	Echinococcus multiplexről. (31.		az alsó állcsont felhágó ágá-		Gröer reactióval végzett aller-
	sz.)	763	ban. (11. sz.)	251	gia tanulmányok, tekintettel
	Ekg-görbe hullámainak norma-		Foghúzás utáni vérzések keze-		a felnőttkori tuberculosisra.
	lis variánsai és helyes jelölé-		lése Sangostop-al. (22. sz.) . .	529	(23. sz.)
	lése. (5. sz.)	98	Fogmedernyulványplasztika le-		553
	Elektrokardiographiai kórjelzés		mezés pótlás előkészítésére.		Gyermekből eltávolított 3 kiló-
	(46. sz.)	1114	(15. sz.)	338	grammos lépcysta (39. sz.) . .
	Elhasználódás és öregedés a		Fox-Fordyce-féle betegség kór-		948
	haematológiában. (36. sz.) . . .	870	oktana és orvoslása. (13. sz.) .	286	Gyermekkori genuin alacsony
	Emberi rák alakelemeinek jel-		Fülbetegségek kapcsán sinus-		vérnyomás (20. sz.)
	lege. (18. sz.)	421	repedések. (51. sz.)	1239	469
	Enkephalitis parkinsonismus-		Galea-fogó javallatai. (30. sz.)	731	Gyermekkori mérgezések. (23.
	ban a bolgár kúra eredmé-		Gastroduodenalis fekélybeteg-		sz.)
	nyei. (24. sz.)	584	ség. (23. sz.)	543	557
	Enterobius (Oxyuris) vermicu-		Gázmérgezés gyermekben. (40.		Gyermekkori szívizomzat érzé-
	laris féregnyulványokban (45.		sz.)	974	kenysége a fertőző ártalmak-
	sz.)	1085	Genuin alacsony vérnyomás		kal szemben. (34. sz.)
	Enucleatio hatása a látóideg-		gyermekkorban. (20. sz.) . . .	469	822
	csatorna fejlődésére. (14. sz.)	319	Genyes szívburokgyulladás		Gyermekkori tabes esete. (40.
	Eosinophyl-sejtek kórjelző je-		gyógyítása. (50. sz.)	1213	sz.)
	lentősége pemphygusban. (18.		Gerincoszlop előtt lévő daganat-		979
	sz.)	415	tok (29. sz.)	716	Gyógymaláriás láz időszakos
	Eosinophil-sejtek szerepe a pro-		Gerinctörések mechanismusa,		megszüntetése. (32. sz.) . . .
	stata gyulladáshoz betegségei-		helyretétele és rögzítésére		808
	ben. (51. sz.)	1231	szerkesztett orthopaed műtő-		Gyomor béldaganatok petefé-
	Epeutak lefutásának rendelle-		asztal. (17. sz.)	384	szek áttételének sebészi je-
	nessége. (34. sz.)	834	Gégeexstirpáltak hang- és be-		lentősége (25. sz.)
	Epiglottis primaer rákjának		szédfejlesztésének módosított		601
	gyógyítása Coutard-féle be-		eljárása. (51. sz.)	1237	Gyomordaganatok kórismézésé-
	sugárással. (10. sz.)	225	Gégerák és bujakór (45. sz.) . .	1096	ben a praepylorikus elválto-
	Epilepsia görccskezelés után. (40.		Gégerák műtéti javallata. (34.		zások. (30. sz.)
	sz.)	972	sz.)	833	739
	Epilepsiás érgörccs-elmélet és		Glaukomások alkata. (44. sz.) .	1062	Gyomorfekély és ólommérge-
	agyi vérkeringés. (43. sz.) . . .	1054			zés. (36. sz.)
					879
					Gyomorfekély és savtúltermelés
					olajkezelése. (31. sz.)
					751
					Gyomorfekély gyógyítása tü-
					szőhormonnal (38. sz.)
					915
					Gyomorfekély műtéti javallatai
					a sebész és belgyógyász szem-
					pontjából. (52. sz.)
					1254
					Gyomornedvképződés és belső
					secretio. (33. sz.)
					806
					Gyökér ideg jelentősége tetanus-
					infectióban. (28. sz.)
					675
					Hajszálak csavarodása (31. sz.)
					762
					Halálozás összefüggése a hő-
					mérés-kletingadozással (50. sz.)
					1203
					Halott magzat túlfordása ár-
					talmas-e? (7. sz.)
					144

	oldal		oldal		oldal
Hand-Schüller-Christian-féle betegségről. (10. sz.)	211	Ivóvíz szerepe a túlérzékeny- gi betegségek fellobbanásá- ban. (30. sz.)	742	Lágyéki nyirokcsomó gümőkór- ral társult Durand-Nicolas- Favre-kórja. (41. sz.)	990
Heine—Medin-kór dehydratiós therapiája. (25. sz.)	639	Izületi zúzdások és rándulások kezelése. (9. sz.)	195	Látóidegcsatorna fejlődésére az enucleatio hatása. (14. sz.)	319
Hólyagfeletti sérv. (10. sz.)	224	Kamralebegésre a chinidin ha- tása. (8. sz.)	170	Látóidegtér vizsgálatok világí- tó periméteren. (31. sz.)	759
Hosszú hatástartamú zink-pro- tamin insulin. (13. sz.)	289	Kankó kezelése ulironnal. (21. sz.)	494	Látszólagos positiv venapulsus. (7. sz.)	150
Hőmérsékletingadozás és halá- lozás. (50. sz.)	1203	Kankó kezelése sanamiddal. (48. sz.)	1163	Látszólag rövid Q—V intenval- lumú és széles QRS comple- xumú elektrokardiogrammok- ról. (5. sz.)	115
Húgysavas diathesis megállapí- tása a nyálból. (5. sz.)	109	Karyon és rubrophen. (49. sz.)	1190	Megjegyzés a cikkre. (5. sz.)	115
Húgyszervek strepto- és sta- phylococcus fertőzéséről. (3. sz.)	55	Katalepsiás jelenség a kisgyer- mekkorban. (35. sz.)	855	Lenyelt idegentestek. (32. sz.)	791
Húgyutak fertőzésének kezelése vizeletsavanyító gyógyszerek- kel. (47. sz.)	1131	Kén biológiai jelentősége. (48. sz.)	1151	Lepényelválasztás gyógyulási viszonyainak javítása. (25. sz.)	610
Hüvelykujjképzés. (7. sz.)	153	Kénéső diureticumok hatása és alkalmazása. (39. sz.)	955	Leukocytosis és leukopenia ke- letkezése. (14. sz.)	305
Hyperinsulinismus. (29. sz.)	701	Kétoldali egyidejű vérnyomás- mérés az aortitis luetica kórjelzésére. (31. sz.)	747	Leukopenia és leukocytaosis (14. sz.)	305
Hypernephroma és szörtelen- ség. (12. sz.)	269	Kétoldali kéztősérülésekről. (31. sz.)	754	Lépcysta, gyermekből eltávolí- tott. (39. sz.)	948
Hyperthyreosis kezelése A-vita- minnal. (12. sz.)	271	Kétoldali szokványos kulcsont- ficam. (18. sz.)	420	Lépfenés fertőzések Bácsalmá- son. (28. sz.)	689
Hyperthyreosis lefolyása alatt a vörösvérsejtszám változása. (15. sz.)	342	Kétoldali vesekő műtéttel gyó- gyult esete. (17. sz.)	388	Lipomatosissal insulintól. (37. sz.)	904
Hyperthyreosisos betegek rönt- genkezelése. (43. sz.)	1033	Kéztősérülések (kétoldali) (31. sz.)	754	Liquor cerebrospinalis immun- haemolysinéről. (20. sz.)	465
Hypophysis Rtg-besugárzásával a cukorbetegség kezelése. (38. sz.)	922	Kísérleti daganatok bakterium- mentesítése új chemothera- peutikummal. (40. sz.)	978	Liquor cholesterintartalmának meghatározása a Plaut— Rudy-féle módszerrel (25. sz.)	613
Idegés nátha ipari munkások- kon. (15. sz.)	343	Klimahatások üdülő gyerme- kekre. (2. sz.)	36	Liquorelváltozások jelentősége a koponya térszűkítő folya- mataiban. (22. sz.)	522
Idegrendszer és máj működés egymásrahatása. (22. sz.)	519	Klimaxos tünetek kezelése α - henyl β -isopropylamin hydro- phosphattal. (25. sz.)	607	Liquor színpróbájával az agy és agyhártagyulladás megkü- lönböttese. (44. sz.)	1068
Idős többszörzülők szülei. (2. sz.)	30	Köldökzsinór rendellenességei- ről. (35. sz.)	857	Liquor vizsgálatokhoz szüksé- ges aranszol készítése (13. sz.)	296
Ikrek cukorbetegsége. (43. sz.)	1038	Negyedik nemibetegség kóroko- zója. (1. sz.)	4	Lues (veleszületett) ritka alak- ja. (35. sz.)	859
Immunitás, mint vegetatív fun- ctio. (47. sz.)	1129	Környéki vérkeringési zavarok szerepe a chronikus rheuma oktanában és gyógyításában. (36. sz.)	877	Lúgsüllyedési reactio értéke rosszindulatú daganatok ese- tén. (29. sz.)	712
Infravörös fényképek jelentősé- ge a sebészetben. (19. sz.)	444	Körte vizelethajtó és vérnyo- mást csökkentő hatásáról. (36. sz.)	873	Lymphocytar meningitisek. (41. sz.)	1004
Insulin okozta helyi lipomatosissal (37. sz.)	904	Kötőhártyabetegség concremen- tum képződéshez hasonló. (4. sz.)	81	Lymphoepithelioma és rethel sarkoma a felső légutakban. (47. sz.)	1135
Insulinshok kórlélektanához. (28. sz.)	683	Központi tekervények körülírt sérülésének hatása az izom- tonusra és reflexekre. (21. sz.)	487	Lymphogranuloma inguinale kórokozója. (1. sz.)	4
Insulinshok-kezelés utáni sző- vődmények és kivédésük. (29. sz.)	705	Kulcsontficam (kétoldali) (18. sz.)	420	Lymphogranuloma inguinale okozta húgycsőlob és a Walsch-féle húgycsőhurut azonosságát. (51. sz.)	1227
Intoxicatio β -henylisopropyl- aminnal. (Akedron.) (47. sz.)	1139	Külső befolyások az újszülöttek súlyára és testhosszára. (14. sz.)	309	Lymphogranuloma késői szaká- ban fajlagos bőrkiütés. (46. sz.)	1108
Intraperikardiális nyomás- fokozódás hatása a corona- ria keringésre. (5. sz.)	105	Langerhans-szigetek adenomái és klinikai jelentősége. (35. sz.)	846	Magas egyenes állásról. (8. sz.)	172
Intravenás benzinmérgezés. (38. sz.)	926	Langerhans-szigetek működésé- nek serkentése a vagus útján B ₁ - és C-vitaminnal. (17. sz.)	375	Magzatburok átültetésére vo- natkozó tapasztalatok (33. sz.)	800
Intravenás pyelographia és ja- vallatai (7. sz.)	148			Magzatburok szerkezete, a le- pény érhalózata és azok je- lentősége. (15. sz.)	331
Intravenás pyelographiás anyaggal történt vizsgálatok. (40. sz.)	977			(16. sz.)	360
Ipari munkások ideges náthája (15. sz.)	343				
Iszapborogatások hatása a vég- tagok capillaris keringésére. (6. sz.)	130				

oldal		oldal		oldal
	Makroorchia és epiphysis hypoplasia összefüggése (8. sz.) . . .	175		
	Máj és idegrendszerek egymásra hatása. (22. sz.) . . .	519		
	Májfunctió vizsgálatok uraemiás betegeken. (34. sz.) . . .	830		
	Májműködés és asthma bronchiale. (24. sz.)	586		
	Mátrai Somor-rét lehülési értékei. (28. sz.)	679		
	Mediastinalis tályogok. (51. sz.)	1229		
	Meduna- és Sakel-féle gyógymód eredményei a serdüléssel elmezavarban. (11. sz.) . . .	242		
	Melaninkérdés az újabb kutatások megvilágításában. (43. sz.)	1045		
	Mellék-hömlőshólyagcsa szerepének vizsgálata. (16. sz.) . .	363		
	Meningitis tuberculosa pathológiájához. (11. sz.)	240		
	Meningopathia sarkomás elfajulása. (16. sz.)	356		
	Merevgörcs kezelése és megelőzése. (41. sz.)	995		
	Mesterségesen táplálni mikor kezdik a fővárosi gyermekeket? (4. sz.)	84		
	Méhruptura kezelésében az újabb szempontok érvényesítése. (49. sz.)	1180		
	Mély harántállás okai, mechanizmusa és helyzetváltozása. (4. sz.)	74		
	Mérgezések a gyermekkorban. (23. sz.)	557		
	Michel-kapcsok eltávolítására szolgáló új műszer. (38. sz.) .	929		
	Mikroklima jelentőségéhez. (16. sz.)	428		
	Megjegyzés a cikkre. (18. sz.) .	428		
	Válasz. (19. sz.)	456		
	Miokarditis, grippés eredetű. (25. sz.)	599		
	Mukokeléről. (42. sz.)	1022		
	Mustárgáz bőrsérülések. (23. sz.)	551		
	Műszercsirátlanító vizsgálatok száraz hővel és túlnyomásos vízgőzzel. (33. sz.)	810		
	Műtét utáni tovahaladó bőrelhalás. (37. sz.)	898		
	Műtési sebek drainézése. Megjegyzés. (44. sz.)	1076		
	Válasz. (44. sz.)	1077		
	Myocloniás torsiós dystonia és korcsképződmény, mint kombinálódó-heredopathia (49. sz.)	1176		
	Na.- és Mg.-sulfátos ásványvíz (Mira) hatása a vércukorszabályozás ingerlékenységére. (20. sz.)	476		
	Nagy tompor közvetett törése. (20. sz.)	472		
	Narkolepsia gyógyítása ephedrinnel. (21. sz.)	498		
	Negyedik nemibetegség körismézésére szolgáló biológiai próbák értékéről. (12. sz.) . .	267		
	Novurit hatásának erősítése ureummal. (50. sz.)	1216		
	Növekedési hormon alkalmazása. (7. sz.)	156		
	Nyak-száj-tic, mint oralis automatismus. (17. sz.)	380		
	Nyaki borda syndroma kérdése. (27. sz.)	635		
	Nyaki sipolyok és tömlők (veleszületett) kezeletkezésének kérdése. (37. sz.)	891		
	Nyelvgyök és epiglottis Plaut-Vincent fertőzése. (52. sz.) .	1260		
	Nyelv-sugárgomba két esete. (37. sz.)	905		
	Occipitalpunctio a dermatologus kezében. (21. sz.)	496		
	Operált golyva (750) kórszövet-tani vizsgálatának eredménye. (45. sz.)	1093		
	Ordinativ négydimensionális szervi psychosisban. (10. sz.)	214		
	Orr-korcsképződmény és myocloniás torsiós dystonia, mint kombinálódó heredopathia. (49. sz.)	1176		
	Orr respiratiós működésének vizsgálata. (Rhinomanometria.) (46. sz.)	1110		
	Orrgarat tökéletes helyi érzéstelenítése. (32. sz.)	774		
	Orrmeléküregek rosszindulatú daganatairól. (17. sz.) . . .	380		
	Orvosok és betegápolók mustárgáz bőrsérülései. (23. sz.) .	551		
	Oscillometeres verőérvizsgálatok sklerodermiás betegeken. (29. sz.)	711		
	Otogen agytályog műteti kezelése. (15. sz.)	336		
	Ólommérgezés és gyomorfekély (36. sz.)	879		
	Ólommérgezések klinikai képe öt eset alapján, különös tekintettel a porphyrin mennyiségi viszonyaira. (3. sz.) .	53		
	Megjegyzés a cikkre. (5. sz.) . .	116		
	Válasz a megjegyzésre. (5. sz.) .	117		
	Pajzsmirigy idült fajlagos gyulladásaikhoz. (26. sz.)	634		
	Pajzsmirigykiírtás. (39. sz.) . .	950		
	Pajzsmirigy szerepe vészes vérértécségekben. (19. sz.)	431		
	Pajzsmirigykészítményeknek gyógyhatása a strumára. (41. sz.)	997		
	Pallicid, a lues belsőleg szedhető gyógyszere. (15. sz.) . . .	344		
	Parazitákkal (állati) szemben antianyagok. (43. sz.)	1043		
	Parkinsonismus belladonna therapiajához. (14. sz.)	316		
	Paroxysmosos kamrai tachykardia esete. (50. sz.)	1214		
	Pathológiai kutatás morfológiai eszközei az idegrendszerben. A szövetelemzés módszere. (40. sz.)	962		
	Patkányreticulocytae reactio emberi vizelettel. (25. sz.) . . .	616		
	Pemphigusban az eosinophil sejtek jelentősége. (18. sz.) .	415		
	Perhepar hatásfokának biológiai értékmeghatározása. (28. sz.)	690		
	Petefészekeredetű szívdzavarok. (35. sz.)	856		
	β -phenylisopropylamin therapiás alkalmazásáról. (8. sz.) .	174		
	Pick-féle agysorvadás klinikai megállapítása. (37. sz.)	901		
	Pitvarműködés vizsgálati módja. (18. sz.)	417		
	Plaut-Vincent-féle fertőzés a nyelvgyökön és epiglottison. (52. sz.)	1260		
	Pneumococcus-typus meghatározások. (9. sz.)	199		
	Pneumoduodenalis vizsgálatok. (3. sz.)	61		
	Pneumoperikardium. (30. sz.) . .	735		
	Pneumothorax (árnyékolt.) (20. sz.)	473		
	Pneumothoraxnyomás izzadmány mellett. (14. sz.)	303		
	Polioenkephalitis inferior botulismus következtében. (13. sz.)	285		
	Polyganglioneuritis agyvelőgyulladásal társulva. (26. sz.)	627		
	Positiv venapulsus (látszólagos). (7. sz.)	150		
	Praepylorikus elváltozások a gyomor daganatainak körismézésében. (30. sz.)	739		
	Prontosil értékéről a felső légutak septikus megbetegedéseiben. (3. sz.)	59		
	Prostata gyulladáshoz betegségeiben az eosinophil-sejtek szerepe. (51. sz.)	1231		
	Protozoonos soványság. (14. sz.)	321		
	Ptoisis-műtét nagy tarsuson. (21. sz.)	492		
	Pyramispálya kar-rostjainak lefutásához adatok, a corpus callosum-vérzés esete kapcsán. (41. sz.)	992		
	Reactio dermatopulmonalis. (17. sz.)	386		
	Read-formulát alapanyagcsere meghatározás helyett mikor használjuk? (3. sz.)	61		
	Rekeszizomsér, relaxatio diaphragmaticához társulva. (40. sz.)	971		

oldal		oldal		oldal		
	Relaxatio diaphragmaticához társult rekeszizomsérv. (40. sz.)	971	oltások gyógyeredményei. (18. sz.)	407	„Titrator G” vércukormeghatározó reagenssel vizsgálatok. (32. sz.)	780
	Resorcinmérgezés csecsemőkorbán. (29. sz.)	714	Sugártest szűrt sebei. (34. sz.)	835	Tonsillák röntgenkezelésének hatásosabbá tétele. (20. sz.)	451
	Rheuma esetén a környéki vérkeringési zavarok szerepe. (36. sz.)	877	Suipestifer törzssel történt septicus csecsemő-megbetegedés. (48. sz.)	1155	Torok mandulák és garatmandula szerepe a vörhenyben. (19. sz.)	437
	Rheumás betegségekben a gonococcus-complementkötési reactio értéke (30. sz.)	727	Syphilitis aorta-betegség morbiditása és mortalitása. (11. sz.)	239	Többszörös műtéttel meggyógyított bulbus thrombosis. (32. sz.)	781
	Rhinomanometria, az orr respiratorikus működésének vizsgálati módszere. (46. sz.)	1110	Szemölcsök rákos elfajulása. (9. sz.)	192	Trachoma kezelése. (10. sz.)	220
	Röntgenbesugárzás hatása gyermekkori kisagyi sarkomára. (28. sz.)	688	Szénsavas fürdők hatásának ellenőrzése vérnyomásméréssel és oscillometriával (11. sz.)	249	Trachoma kezelése trachocidáldal. (42. sz.)	1024
	Rubrophen bőrgümőkór ellen. (1. sz.)	15	Megjegyzés a cikkekre. (13. sz.)	302	Túlérzékenységi betegségekben az ivóvíz szerepe. (30. sz.)	742
	Rubrophen a sebészi gümőkór kezelésében. (51. sz.)	1233	Válasz. (16. sz.)	371	Tüdő működését befolyásoló néhány tényezőről. (22. sz.)	515
	Rugalmas rostok betegsége, a pseudoxanthoma elasticum Darier. (41. sz.)	999	Szívbeteg gyermekek terhelési elektrokardiogrammjáról. (33. sz.)	802	Tüdőgyenedés belorvosi gyógyítása. (44. sz.)	1070
	Sajátvértátások az agy átáramlási betegségeiben. (31. sz.)	764	Szívblock diphtheria után. (7. sz.)	151	Tüdögümőkór és astmatikus állapotok. (27. sz.)	660
	Sanamid értéke a kankó kezelésében. (48. sz.)	1163	Szívblock vörheny alatt (39. sz.)	946	Tüdögümőkór és essentialis hypertonia. (21. sz.)	499
	Sango-stop alkalmazása foghúzás utáni súlyos vérzések ellen. (22. sz.)	529	Szívurokgyulladás (genyes) gyógyítása. (50. sz.)	1212	Tüdőverőér kísérleti elzárásának hatása a coronaria-keríngésre. (8. sz.)	170
	Sarkomatosus cutis metastaticum. (28. sz.)	686	Szívurok szűrt sebei. (39. sz.)	957	Tüskéssejtű garatrák Cuotard-féle sugárzással kezelt esete. (10. sz.)	226
	Schizophrenia insulinshok és görcskezéles elmélete. (3. sz.)	50	Szomjaztatás és a sóhiány hatása a szervezet vízraktáira. (27. sz.)	657	Újszülöttek súlyára és testhosszára a külső befolyások. (14. sz.)	309
	Sebészi gümőkór rubrophenkezelése. (37. sz.)	895	Szörtelenség és hypernephroma. (12. sz.)	269	Uliron hatása a kankó ellen. (21. sz.)	494
	(51. sz.)	1233	Szűrt seb a szívburkon. (39. sz.)	957	Uraemiás betegek májfunctiós vizsgálatok. (34. sz.)	830
	Seborrhoeás kórképek gyógyításához. (22. sz.)	525	Tabes esete gyermekkorban. (40. sz.)	979	Ureterographia értéke a lumbocostalis daganatok kórismezésében. (14. sz.)	317
	Serdüléles elmezavarban a Meduna- és Sakel-féle gyógymód eredményei. (11. sz.)	242	Tapintási érzécsalódások származásánához mérgezéses elemekben. (13. sz.)	292	Vakbélphlegmone terhességgel szövődve. (17. sz.)	380
	Serdüléles meningopathia sarkomás elfajulása. (16. sz.)	356	Tartós hatású insulinnal szerzett klinikai tapasztalatok. (49. sz.)	1186	Vastagbél-daganatok (jóindulatú). (52. sz.)	1261
	Sinusrepedések (spontán) fertőző fülbetegségek kapcsán. (51. sz.)	1238	Tej okozta csoportos febris undulans Bang-esete. (32. sz.)	786	Vastagbél-phlegmonékról. (12. sz.)	262
	Sklerodermiás betegekben oscillometeres verőérvizsgálatok. (29. sz.)	711	Teljes pajzsmirigykiirtás. (39. sz.)	950	Vena portae szűkülete a vena lienalis rögösödésének tüneteivel. (50. sz.)	1208
	Skleroma serológiája, allergiás reakciói és fajlagos kezelése, különös tekintettel újabb kutatásokra. (9. sz.)	187	Temporo-occipitalis Jackson-epilepsia operált esete. (34. sz.)	825	Venatágulatok gyógykezelése Babcock-műtéttel. (2. sz.)	38
	(10. sz.)	215	Terhességgel szövődött vakbélphlegmone. (17. sz.)	380	Vese laphámrákja. (26. sz.)	630
	Sósavtúltermelés és gyomorfekély olajkezelése. (31. sz.)	751	Terhességi hormonalis reakciók. (32. sz.)	777	Vesediaetika néhány ritkább kérdéséről. (46. sz.)	1116
	Statistikai ábrázolással szerethető útmutatás az orvosi kutatásban. (49. sz.)	1184	Természetesen és mesterségesen táplált csecsemő kén és fehérje anyagcseréje. (49. sz.)	1188	Vesegyulladásos haematuriára a citrin hatása. (48. sz.)	1162
	Strichninmérgezés kimutatása ismeretlen halálok esetében. (32. sz.)	789	Tetanus infectióban a gyökér-ideg jelentősége. (28. sz.)	675	Vesekő (kétoldali) műtéttel gyógyult esete. (17. sz.)	388
	Spirochaeta pallida (apathogen)		Tetanus védőoltás okozta ideggyulladás. (33. sz.)	812	Vesekőrüli vérömleny. (30. sz.)	741
			Térproblemák a rövidhullámú gyógyításban. (4. sz.)	82	Vesekőrüli vérzés, vesesarkoma kapcsán. (12. sz.)	273
			Thrombosis hajlamban a vérlepeny viselkedése. (34. sz.)	819	Veseműködés Addison-kórban. (38. sz.)	918
			Thrombosis venae centralis retinae és következményes glaukoma pathogenesise. (35. sz.)	862	Vesesarkoma kapcsán vesekőrüli vérzés. (12. sz.)	273

oldal	oldal	oldal	oldal	oldal
Manninger Vilmos 939, 965	173	Reményi Vámos Ferenc	494, 990, 1108 342	Vajda Ákos 118
Mansfeld Géza . . . 431	Neuber Ede 187, 215	Rhorer László . . . 754	Sokcic A. 1110	Vajna Gábor 10
Margittay Becht Endre . . . 761, 918 1162	Nékám Lajos . . . 164	Richter Endre . . . 130	v. Solth Károly . . 1184	Vanyó Mihály . . . 978
Marikovszky György 1102	668	Riedl Olivér 553	Sós József 742	Kibédi Varga Aladár 525
Martyn Róbert . . . 126 946	Németh Lajos 81, 270	Romhányi György 1208	v. Sövényházy Ágost 1153	v. Varga Lajos . . . 870
Marx József 898	759, 1062	Romhányi József 784	Spiera Márta 975	Varsányi Ferenc . 1131
Matits Lajos 429	Noszkó Szilárd . . 814	Rósa László 82	Stefancsik Szilárd 1180	Vályi Sándor 957
Melczer Miklós 4, 260	v. Novák Ernő . . . 262	Rosenthal Jenő . . 1216	Steiger Kazal Dezső 758, 867	Vámos László . . . 415
Mester Endre 898	411, 860, 995	Róth Imre 53, 117	Surányi Gyula . . . 126	1043
Meszner Tivadar 240	Nyáry Lenke 78	Rusznayák István . 1016	469	Vámossy Zoltán . . . 24
Mezei Béla 242, 972	Okolicsányi -Kuthy Dezső 697, 1190	Sailer Károly 895	Sümegei József . . . 302	49, 137, 482, 597
Mészáros Károly . 711	Oláh Emil 835	Sajgó Győző 384	Szabó Dénes 224	672, 722, 1029, 1198
812	Oriente Gyula . . . 1151	Sallay Imre 1089	Szabó István 472	Vándor Ferenc . . . 1141
Milkó Vilmos 141	Orsós Ferenc 661, 1120	Sarudy Elemér . . . 519	Szabó Tihamér . . . 130	Várady Mária 979
1077	Országos Oszkár . 358	Sasics Szvetozár . . 144	v. Szathmáry Zoltán 1009	Vásárhelyi Béla . . 639
Minder Gyula 795	456	Sántha Kálmán . . . 487	Szántó J. Endre . . . 553	Venkei Tibor 999, 1228
N. Modrovich Emil 499, 660	Osgyáni Árpád . . . 578	Sántha Kálmán, 1054	Szende Béla 246, 381	Verebélly Tibor 985
Molnár István . . . 814	Órffy Lajos 389	Schaffer Károly . . . 301	905, 1022	ifj. Verebélly Tibor 601
967	Ószi András 857	Schaffler József . . . 95	Szendi Balázs 331, 360	Vertán Emil 997
Molnár Vilmos . . . 851	Pallos Károly . . . 107	Scheff György . . . 942	Szepesi János 292	Végh Lajos 74
Móritz Dénes 240	Pap Károly 634, 658	Schernhardt János 955	Széky Antal 522	Véghelyi Péter . . . 321
855, 859	Papp János 806	Schill Imre 150, 269	Székely László . . . 924	853
Mosonyi Albert . . . 294	Páll Gábor 731	308, 709	Szép Jenő 78, 286, 365	Vondra Nándor . . 1231
Mosonyi János . . . 375	Pelláthy Béla 81	Schlamadinger József 353, 762	Szinegh Béla 527	Wagner Árpád . . . 344
Mosonyi László . . . 787	Pomothy Rezső . . 1155	Schlossberger János 281	Szolnoki Ferenc . . . 30	Weinstein Pál 862
Mozsonyi Sándor 1126	Polonyi Béla 496	Schranz Dénes . . . 1073	Szommer József . . . 689	Windisch Ödön . . . 1007
1224	Preininger Tamás 551	Schultz Géza 316	Tangl Harald 7	Wirth József 714
Murányi László . . . 246	Puder Sándor . . . 386	Schürger Sándor . . 610	Than Ferenc 7	Wlassics Tibor . . . 267
Nagy József 581	473	Selye H. 681	Tóbl Pál 336, 781	Wollek Béla 904, 974
Nagy Mihály 496, 613	Purjesz Béla 117	Sereghy Emil 195, 810	Toldy Loránt 123	Zárday Imre 115, 417
808	Radványi Géza . . . 1114	Serény Béla 712	Torday Árpád 119	822, 856
Nánágy László . . . 1235	Raksányi Árpád . . . 421	Simonovits István 1216	Török Lajos 1081	Zemplényi Imre . . 185
Nemecskay Tivadar	Rakonitz Jenő . . . 1176	Sipos Károly 12, 260	Török Sándor 830	541, 913, 1199, 1271
	Reichenfeld László 1214		Troján Emil 1212, 1233	Zoltán István 1135
	Reitmann Ferenc 174		Ujsághy Pál 1068	Zoltán László 192
	Remetei Filip Ferenc . . . 716, 766		Unghváry László 98	Zselyonka László 36
			296	Zsulyevich István 153



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 TANÁR

SZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Darányi Gyula: Egészségvizsgáló intézetek felállítása. (1—3. oldal.)
Melzer Miklós: A IV. nemibetegség kórokozója (4—7. oldal.)
Tangl Harald és Than Ferenc: Vizsgálatok vörösvérsejt-képző tyúktöjásokkal. (7—10 oldal.)
Vajna Gábor: Fejfékvéses ikrek összeakadása. (10—12 o.)
Sipos Károly: Börgümőkóros betegek bőr- és vérsavójának hatása a Koch-bacillusra. (12—14. oldal.)

Fürész Jenő: Rubrophen börgümőkór ellen. (15—16. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (1—4. oldal.)
Lapszemle: Belorvos. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Orr-, torok-, gégegyógyászat. — Börgyógyászat. (17—19. oldal.)
Könyvismertetés: (19—20. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei. (20—23. oldal.)
Vámoossy Zoltán: A szerkesztő újévi üdvözlője. (23—24. o.)
Vegyes hírek: (24. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Egészségvizsgáló intézetek felállítása.

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

Ha a közegészségügy történeti fejlődését vizsgáljuk, azt látjuk, hogy a legrégebb időkben a súlyos, sőt gyógyíthatatlan betegek elhelyezése állott előtérben. A 11. század körül a kolostorokban jelöltek ki ezek számára helyiségeket. A 12 században már Franciaországban kórházak alakulnak, az u. n. hôtel de Dieu-k. A középkor és az újkor is a közegészségügy terén főleg csak a betegekkel törődött. *Korányi Frigyes* is még azt hangoztatta a 80-as évek körül, hogy az ország közegészségügye tulajdonképpen a kórházügy megoldása. Az újabb diagnosztikai eljárások kifejlődése azonban előidézte azt, hogy a 19. század végén és a 20. század elején már nemcsak a súlyos, hanem a könnyű betegekkel is kezdtek foglalkozni. A kórházak ambulatoriumokat állítottak fel. *Calmette* kezdeményezésére pedig 1902-ben határozott preventív intézmények az u. n. dispensaire-k létesülnek, amelyekben nemcsak a könnyű tüdőbetegeket látják el tanácsokkal és gyógykezeléssel, hanem a beteg környezetében lévő egészségeseket is átvizsgálják. Jelen század elején, éppen nagynevű higienikusunk *Fodor József* kezdeményezésére pedig, megalakulnak a különböző országokban az iskolaorvosi intézmények. Ezek már határozottan preventív jellegű intézmények, mert az iskolaorvosoknak egyik fő kötelessége az összes tanulóknak átvizsgálása. Az iskolaorvos gyógykezelést már nem is végez, hanem csak az egészségi viszonyokra ügyel. Ilyen preventív intézmény tulajdonképpen, bár tisztán katonai célokat szolgál, a sorozás is. Mindezek a vizsgálatok azonban csak igen tökéletes megelőző módszereknek tekinthetők. A megelőző orvosi egészség-vizsgálatoknak a jelentőségét felismerve, a nagy amerikai magánbiztosító intézetek, vezették be tagjaiknak időszakonkénti megvizsgálását. Azt a álnóták, hogy mindenki születésnapján vizsgálta meg magát. Ezenkívül bizonyos rendelkezéseket is hoztak, hogy aki 3 évenként magát általános orvosi vizsgálatnak aláveti, az kedvezőbb fizetési kategóriába kerül. Ezen az alapon

már Európában, Svájcban is egyes biztosító társaságok periodikus orvosi vizsgálatokat kívánnak meg tagjaiktól. Olyanoknak ugyanis, akik legalább 6000 frankra biztosítják magukat, 2 évenkénti orvosi vizsgálatot irnak elő. Külömben a megelőző orvosi vizsgálatok közül a fogorvosinál ment át először a köztudatba a preventatio, az hogy az emberek fél-egy évenként fogukat átvizgáltatják akkor is, ha panaszuk nincsenek. Érdekes, hogy a preventív gondolkodásban sokszor a primitív népek megelőzték a nyugati országokat. Így a kínaiak házi-orvosuk évi honoráriumából levonják azokat a napokat, amikor betegek voltak. Ami a régi házi-orvosi ténykedést illeti, azt igen helyes preventatív intézménynek kell tekintenünk, amelynek új életre hívására bizonyos biztosító intézetek legújában is törekednek.

A mai, nagymértékben fejlett diagnosztikai eljárások birtokában azonban a fent említett megelőző vizsgálatok csak hiányos eljárásoknak tekinthetők. Ma már betegség esetén is, nem az illető lakásán vagy az orvosi rendelőben egyszerű eljárásokkal állítanak fel diagnosist, hanem a beteget klinikára vagy kórházba küldik, ahol benn fekszik néhány napig és betegségét ilyen módon a legkülönbözőbb diagnosztikai eszközökkel határozzák meg. Az egészséget is ilyen módon nem lehet ma már a sorozó orvos felületlen kopogtatásával vagy az iskolaorvos rátekintésével és szemhéj lehúzásával megállapítani, hanem igénybe kell venni a kitűnő diagnosztizáló eljárásokat. Erre a feladatot újában a sorozatos röntgen vizsgálatok és sero-reactiók hívták fel, amelyek sok esetben tuberculosist, vagy leust állapítottak meg, amikor az illető erről semmit sem tudott. Az egészségesek ilyen átvizsgálása az u. n. periodikus orvosi vizsgálat a mai fejlett kollektivitásban legjobban bizonyos könnyen megfogható korcsoportok szerint történhetik. Így óvodák, elemi-, közép-, főiskolások felvételekor, katonai sorozások, házasságkötések, munkába való felvételek, biztosító intézményekbe való belépések, stb. alkalmával foganatosíthatók legjobban.

1932-ben, hogy az egészségesek ezen alapos átvizsgálásának szükségességét igazoljam, intézetemben 4000 pestszentlőrinci iskolás gyermeket vizsgáltunk át. Ezek állami iskolák lévén, iskolaorvosuk nem volt és így semmi-

féle rendszeres átvizsgálásban, ill. orvosi ellenőrzésben nem volt részük. A vizsgálati eredmények a Népegészségügynek az évi számában jelentek meg részletesen. Csak utalok tehát arra, hogy nagyszámu esetben rövidlátást találtunk, amit nem vettek észre. Megfelelő szemüveget rendelve, amit a város megfizetett ilyen gyermekkorban a törési hiba fokozódását, kancsalságot és különböző gerincoszlopi elferdüléseket is megtudtunk előzni. Egy esetben subluxatio lentist találtunk és éppen vizsgálatunk következtében lehetett az illeőnek a szemét a vakságtól megmenteni. Fel nem ismert syphilis, tuberculosis számos esetben adódott, nem is szólva a kisebb jelentőségű fogbántalmakról, a cariosus fogak igen nagy számáról, amelyek addig semmiféle kezelésben nem részesültek. Eppen ezen vizsgálatok eredményei hívták fel figyelmemet arra, hogy az egyetemi hallgatókat is ilyen vizsgálatoknak kellene alávetni. Az orvosi kar több ízben próbálta ezt, legalább az orvostanhallgatóknál megvalósítani, amikor végre az 1937. évb. n az egyetemi tanács javaslatomra az összes első éves és hatod féléves hallgatók orvosi átvizsgálását rendelte el. Közben hasonló vizsgálatokat a debreceni egyetemen Neuber professzor valósított meg, amihez hasonló a műegyetemen is bevezettek. Ezek az intézmények a mi egészség vizsgáló intézetünkötől azonban abban különböznek, hogy rendelő intézethez vannak hozzá kapcsolva és az egészségvizsgálatok a rendelő intézetek munkájának csak egy részét alkotják. Az egyetemi Közegészségtani intézetben létesített „egészségvizsgáló intézet” azonban az egyetemi hallgatóknak tisztára csak *egészségi diagnózisát szolgálja* és így ez a Pázmány egyetemi intézet az *első kimondottan egészségvizsgáló intézet*. Az intézet fel van szerelve modern laboratóriummal, legmodernebb Siemens féle Tutoprogress apparattal. Vizsgálatainkkal csak azt állapítjuk meg, hogy van-e az illetőben a normalis állapottól való eltérés. Ha pl. a szem visusa, vagy pedig a hallás csökkent, vagy szuvas fogakat találunk, akkor további vizsgálatra, illetve kezelésre az egyetemek kórház egyletébe, illetve a megfelelő szak-klinikára utasítjuk az illetőket. Ez a specialisált vizsgálati módszer lehetővé teszi azután nagy tömegeknek gyors egészségi átvizsgálását, mert a részletes vizsgálat és a szükséges kezelés már nem az egészségvizsgáló intézet, hanem a szakorvosi működéshez tartozik. A fontos itt, hogy minél több és alaposabb átvizsgálás történjék és bármely eltérés már a legkezdetlebb stádiumában ismertessék fel. Fontos tehát a legkorábbi diagnózis megtevése, ami ma már könnyen lehetséges a nagyban tökéletesedett diagnosztikai eljárásokkal, olyankor, amikor az illetőknek még jóformán semmi subjektív tünetük sincsen. Az intézet különben az 5 szobából álló egészségvizsgáló helyiségeiben tüdő, szív, sportorvosi továbbá bel-, és ideg-gyógyászati vizsgálatot hajt végre a hallgatókon, azután szem, fül, orr, gége, orthopaedia, bőrvizsgálat, és anthropometriai vizsgálatok, majd laboratórium és röntgen átvilágítás következik. Mindenkinél 2 pohárpróba vizelet, vérsajt süllyedés, *Daranyi* féle serum labilitás, lueses seroreakciók, kvantitatív és kvalitatív, vérkép, gyanu esetén köpet és egyéb vizsgálatok végeztetnek. Ezenkívül minden hallgatón délutánonként képességvizsgálatokat végzünk, ami intelligenciára, felfogó-, emlékező-, reagáló képességre, általános műveltségre, kézügyességre, logikus gondolkodásra, stb. vonatkozik. Utóbbi vizsgálatokat csak próbaképpen vezettük be. Szeptember óta eddig kb. 600 átvizsgálás történt. A vizsgálatok eredményéről általában, később fogunk beszámolni. Csak a vizsgálatok jelentősége miatt emelem ki a következőket: Kbl. 25% szemtörési hibát állapítottunk meg. Ezeknek $\frac{1}{4}$ -e nem is tudott bajáról. Soknál már a használt szemüveg

nem volt megfelelő. Mindezeknek a szemhiba correctiója valóságos jótéteményt jelentett. A fogszuvasodások száma az első 100 esetben 57% volt, később ez a szám csökkent, úgyhogy most már 37% körül mozog csak. Nyilván elterjedvén a hire, hogy itt fogakat is vizsgálunk, többen szégyelve rossz fogazatukat, azt még a vizsgálat előtt gyorsan rendbehozatták. De a legtöbben, akiknél szuvas fogakat találtunk a vizsgálat alkalmával, figyelmeztetésünkre késedelem nélkül hozatják rendbe fogukat, ami a klinikán, az egyetemi kórházegyletben vagy magánorvosok által történik meg. Ennek megtörténtét kontrolláljuk. Találtunk sok esetben kopogtatással és röntgennel szívmeagnagyobbodásokat olyanoknál, akik erős tréninget folytattak. Az ilyeneknek a trenirozás és versenyzés abbahagyását javasoltuk. Két esetben a vér eosinophiliája alapján figyelmessé téve, a székletet is megvizsgáltuk és ekkor botriocephalus latust, más esetben nematodát találtunk. Ezeket megfelelő féregelhajtó kezelésre belgyógyászatra utaltunk. Egy esetünk volt, gyógyulni nem akaró bőr kiütésekkel. Az illető nagyon hálás volt, mert a baj okát felismertük pediculus corporisban. Kezdődő hyperthyreosisban, phimosiban, varixban, kryptorchysmusban, sérvben szenvedőket megfelelő gyógykezelésre illetőleg műtetre utasítottunk. Három esetben elmebajt találtunk, akik közül kettő bölcsész volt. Eppen ezen az alapon meggondolandó volna, hogy orvosokra és bölcsészekre nézve nem kellene-e ezeket a vizsgálatokat még a felvétel előtt végrehajtani? Az ilyen elmebajos tanárjelölt, ha diplomát nyer és azután gyermekeket bíznak rá, nagyon sokat árthat. A 600 vizsgálat közül 4 esetben találtunk syphilist, 3 nem is tudott betegségéről és semmiféle tünetre régebről sem emlékezett. Az illetőket természetesen azonnal kezelésre küldtük. Érdekes módon tuberculosist a német statisztikákkal ellentétben legalább is ebben a korban és ebben a mégis jobb társadalmi rétegben, alig találtunk. Koch positiv eset nem volt. Aktivitás és inaktivitás határán lévőket azonban több esetben találtunk. Ezeket megfelelő tanáccsal láttuk el, (lakás, hálószoba, szabadban tartzkodás, dohányzás elhagyása, stb.) és 6 hónap múlva újra berendeltünk. Ugyancsak megfelelő tanácsokkal az életmód folytatás tekintetében elláttunk többeket, akiknél scarlatina vagy tonsillitis után fehérje vizelet maradt vissza. Az ilyeneknek a veséjük, ha nem is beteg, de kisebb értékű és ezért az életmód tekintetében, addig amíg a normalis állapot nem áll helyre, bizonyos szabályokat meg kell tartaniok. Érdekes, hogy vizeletben cukrot egy esetben sem találtunk. Eleinte azt hangsúlyoztam az egyetemi tanács előtt, hogy ezek a vizsgálatok a felvétel előtt történjenek meg, ma már azonban azt látom, hogy ez a jelentőség eltörpül amellet a fontosság mellett, amit a vizsgálatok a különböző kezdeti betegségek vagy fel nem ismert bajok megállapításában és az egészség fenntartásában jelentenek éppen a nemzet ebben a legértékesebb fiatal rétegében, Pázmány egyetemünk hallgatóinál. A vizsgálatok fontosságát nyilvánlálóvá teszi egyedül az a tény, hogy a hallgatók több mint 50%-a szorult bizonyos orvosi beavatkozásra, kezelésre, vagy tanácsra. — Jelenleg dolgozom egy kis könyvecskén, amit minden hallgató megkapna a vizsgálat után és amiben az egészség megtartására vonatkozó legfontosabb szabályok lesznek összefoglalva.

Milyen *távolabbi következtetést* vonhatunk le már most ezekből a vizsgálatokból? A preventív vizsgálatok ezen jelentőségének felismerése után rendkívül fontos volna ezeknek a legnagyobb mértékben való általánossá tétele, elsősorban és egyelőre az ifjúságnál. Ilyen vizsgálatoknak már az óvodába való felvételkor, az elemi iskolába lépéskor, a középiskola I. és V. osztályaiban, a le-

ventéknél, tanonciskolákban meg kellene történnie. Szükséges volna általában, hogy a betegségeket az orvosok preventatív szempontból is méltassák figyelemre. A multkoriban egy szakvizsga alkalmával a Benedek klinikán jártamban 12 éves paralysis progressivás beteget mutatnak be. Ha ezt a gyermeket az óvodába vagy még az elemi iskolába való lépéskor is serologiallag megvizsgálták volna, betegsége elkerülhető lett volna. Ilyen vagy hasonló esetek azonban nagyon sokszor adódnak. Ezen kiemelkedő példa mellett rendkívül sok fel nem ismert betegség, szemtörési hiba, kancsalság, fogszuvasodás, seborrhea, parasiták, lues, tuberculosis, stb. vannak jelen főleg kisebb gyermekeken, amely bajok felismerése csak ilyen sorozatos átvizsgálások alkalmával történhetik megfelelően. Az iskolaorvos, a levele orvos azt a működését tehát, hogy az összes gyermekeket átvizsgálja ilyen egészségvizsgáló intézeteknek kellene átvenni. Budapesten az óvodától a főiskola'ig kb. 200.000 ellenőrzendő fiatal egyén van. Minthogy azonban ilyen periódikus vizsgálat csak 4 évenként történik egy személyen, a vizsgálatok összes száma évenként kb. csak 50.000 volna, 20 orvossal megfelelő intézetben egy év alatt 10.000 vizsgálatot lehet elvégezni, vagyis Budapest ilyenfajta orvosi ellátását az ifjúságra nézve 100 orvos végezhetné el, ilyen különálló „egészségvizsgáló intézetben”, melyek 5—6 helyiségből, laboratórium, röntgen felszerelésből állnának. Ezen intézmények számára a közorházakban lehetne különálló helyiségeket kijelölni. Az új közorházakat már úgy kellene építeni, hogy laboratóriummal és röntgennel ellátott egészségvizsgáló intézetekre 6—8 helyiséget állítanának be. A vizsgálatokat a mostani fővárosi iskola orvosok és szakorvosok végezhetnék. A sportorvosi vizsgálatokat is ezen intézetek látnák el. 5 ilyen intézet működhetné Budapesten. Olyanoknál, akiknél a normalistól eltérő állapotot vagy bizonyos egészségi hiányosságot állapítottak meg, azok szakorvosi további vizsgálatra és kezelésre a kórház megfelelő osztályaiba volnának utalandók. Az ilyen egészségvizsgáló intézetek lassanként a kórházak bizonyos ténykedéseit is átvehetnék. A tisztiorvosi bizonyítványok helyébe sok esetben ilyen egészségvizsgáló intézetek bizonyítványai léphetnének, ami ezen bizonyítványok értékét, különösen fontosabb esetekben nagymértékben emelné. — Az egészségvizsgáló intézetek nemcsak a tanulók, hanem a tanítók egészségét is ellenőrzés alatt tartanák. — Történhetné ezen vizsgáló intézetekben bizonyos pálválasztási tanácsadás is, olyanforma képesség vizsgálatok alapján, mint amilyenek intézetekben történnék.

Az egészségvizsgáló intézetek jelentősége azonban a nagy biztosító intézményeknél az OTI-nál, MABI-nál, és különösen az OTBA-nál lép előtérbe. Midőn az OTI kórházakra és ambulatoriumokra, fürdőházakra óriási összegeket költ, öregemberek rheumáját kezelte, nem volna szabad megfélekednie ilyen „egészségvizsgáló intézetek” létesítéséről. De talán nem kell külön hangsúlyoznom annak a fontosságát, hogy az ország átöröklés szempontjából legértékesebb állománya, az OTBA nem nélkülözhetné ezeket a vizsgálatokat. Az OTI új tagjainak a száma évenként 50.000, amint egy kimutatásban minap olvastam. Az új tagoknak a kötelező megvizsgálása az OTI kórházakhoz kapcsolt egészségvizsgáló intézetek útján általában nem volna megoldhatatlan feladat. Milyen fontos volna pl. nemcsak a dajkaságba lépők ilyen intézetben megvizsgálása, hanem a háztartási alkalmazottaké is, akikre éppen a középosztály gyermekeinek az egészsége van bízva? Ezekkel kapcsolatban meg lehetne indítani a kötelező házasság előtti vizsgálatot, legalább is elcsúsztatni csak az OTI tagjaira nézve lehetne ezt kötelezővé tenni.

Elsőrendű közegészségi fontosságú az élelmiszer üzemekben foglalkozóknak az átvizsgálása is, ami szintén ilyen intézetekben történhetné alaposan. Jagić (M. m. M. 1937. 42. sz.) legújabb közlése szerint az aortis luetikában szenvedők több mint fele nem tud lueses fertőzésről. De hiszen mindenkinek az ismerősei közt is hirtelen, vagy korai halálesetek igen nagy része ezen betegségeknek tulajdonítható, amiről az illető nem tudott idejében és legfeljebb akkor kezeletette magát, amikor már késő volt. Ilyen esetekben is tehát elképzelhető, hogy milyen rendkívül fontossága volna az előzetes periódikus vizsgálatoknak. De hangsúlyozzák, Németországban különösen, hogy a rák megelőzésére is ilyen periódikus vizsgálatok, főleg méhrák esetében, rendkívül fontosak volnának.

A hollandiai Phillips-gyár 40.000 lakosú telepén nem alkalmaz és biztosításra nem vesz fel munkásokat, míg azokat minden tekintetben át nem vizsgálta. 40 éven túl mindenesetre az ilyen átvizsgálások 5 évenként történhetnének meg, amikor sok kezdődő diabetest, rákot, luest lehetne felkutatni és kellő időben kezelésbe venni. Ez azonban csak későbbi feladatnak tartjuk fenn. Az első dolog, hogy az ifjúságon történjenek meg ezek a vizsgálatok és ezek számára állítsunk fel egészségvizsgáló intézeteket. A németek már előkészítik, hogy mindenkiről az anyakönyvi lappal kapcsolatban egy egészségi könyvecskét állítanak ki, amely az illetőt jóformán egész életén végig kíséri és amelybe minden egészségi adatot bevezetnének és amely könyvecskék az egészségügyi hivatalban volnának elhelyezve. Sokszor beszélnek a magyar nép „biológiai értékállományának a megmentéséről”, nem egyszer üres szavak alakjában. Ennek az értékállománynak a megmentése nem a biztosító intézetek gyógyító tevékenysége által történhetik, hanem nézetem szerint az ilyen egészségvizsgáló intézeteknek a létesítésével, amelyek a bajokat már a legkorábbi időszakban ismerik fel, előzik meg, illetve gyógyítják. A korán megkezdett gyógyítás eredményesebb és olcsóbb is jelentékenyen, mint a már kifejtett betegségeknek a kezelése. Ezek a rendszeres vizsgálatok tehát előbb-utóbb a nagy biztosító intézmények kórházi, ápolási költségeiben is csökkenést eredményeznek. Ott van az öregeségi biztosítási járulék 6%-a, melyből a biztosító intézményeknél kb. 3.000.000 pengő áll rendelkezésre. E praeventív célokra van előirányozva. Én azt hiszem, hogy ezt a pénzt elsősorban ilyen egészségvizsgáló intézetek létesítésére kellene fordítani. Az OTI tagok családtagjai bizonyára nagy megterhelést jelentenek, de ezeknek a költségeknek egy része elesné az iskolásoknak másutt történő megvizsgálása által. A családtagok fizethetnének is bizonyos díjat ezen átvizsgálásért és csak ennek megtörténte után volnának felvehetőek az OTI kötelékébe. Végül rámutatok arra is, hogy a sorozások, illetőleg toborzások is ilyen egészségvizsgáló intézetekben történhetnének. A sorozáson ezáltal a tisztán katonai célokra felül igen jelentős, a nemzetre végtelenül fontos hygiénés munkát is végeznének. Meggyődésem, hogy ilyen intézmények felállítása jelentheti az egészségügy további haladását. Nem többet jelentene-e ez gyakorlati eredményekben, mint a német irányzat, mely egyoldalúan az örökletes betegségeket helyezi előtérbe és a nagyon kétes kimenetelű kötelező sterilisatio céljából óriási költséges apparatussal dogozik? (1600 öröklési törvényszék, nagyszámú főtörvényszék, öröklési vizsgáló állomás, stb.). Kívánom, hogy illetékes tényezőink az „egészségvizsgáló intézetek” jelentőségéről meggyőződve a nemzet egészségi állapotának emelésére ezeket a szükséges intézkedéseket mielőbb megvalósítsák.

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

A IV. nemibetegség kórokozója.

Írta: Melzer Miklós dr.

A lymphogranuloma inguinale okozója utáni kutatás sokáig téves úton járt. Három évtizeden át ugyanis a vizsgálók a lymphogranulomás dob genyébe másodlagosan belekerült különféle csírákat írták le, mint kórokozót. Sokáig a diphtheria-csoportba tartozó csírákban, a méltai láz okozójában, egy nocardia-fajtában, amoebában kerestük a kórokozót. Éppen az ellentmondó adatok miatt, sem a lymphogranulomás genyből kékent készítmények vizsgálata, sem a tenyésztés, sem pedig az állatojtás nem vezetett egységes és általánosan elfogadott álláspont kialakulására. Pedig kétségtelen, hogy századunk harmadik tizedében már több kutató is helyes úton járt. Gamna például már 1924-ben sikerrel ojtotta át a bajt tengeri malacra.

1929-ben a koppenhágai VIII. bőrgyógyászati nagygyűlésen jelentette be *Hellerström*, hogy *Wassén*-nal közös kutatásai során sikerült nekik a bajt alacsonyabb rendű majmokra átvinniök. A kemény agyhártyaszákba ojtott lymphogranulomás geny majmokban a hátulsó végtagok bénulását okozó, máskor csupán csak néma fertőzés alakjában lezajló agyvelőgyulladás váltott ki.

A svéd kutatók felfedezését *Levaditi* és munkatársai csakhamar meg is erősítették s ma aránylag jól ismerük, hogy milyen állatok fogékonyak a lymphogranulomás fertőzésre és ismerjük az állat lymphogranulomájának a lefolyását is.

A lymphogranuloma inguinale kórokozója *Hellerström-Wassén*, *Levaditi* és munkatársai, *Meyer-Anders* szerint a szűrhető csírák csoportjába tartozik. A csíra a *Pasteur-Chamberland L3* szűrőn legtöbbször keresztül megy. Mint a szűrhető csírák általában, a bakteriológiában használatos közönséges táptalajokon a lymphogranuloma csírája sem tenyészthető, s kimutatása górcsővel eddig biztosan nem sikerült.

Schmidt-Labaume még 1931-ben a lymphogranulomás nyirokcsomók szövettényezetében, a telephől kinövő rostképző sejtek testében durva szemcséket talált amelyeket a *ki nem mutatható* ultravirus hatására bekövetkező elfajulási termékeknek tartott. Később *Meyer* és *Anders* (1932), *Maitland* módszerével vérsavót is tartalmazó tyrode-oldatban vese-, máj-, továbbá heredarabkák jelenlétében kísérlete meg először a lymphogranuloma csírájának tenyésztését. A csíra górcsővel kimutatása ugyan nem sikerült, de szerintük a tenyészetek tengerimalacokba ojtásával jellegzetes lymphogranulomás elváltozásokat sikerült kiváltaniök.

A csíra tenyésztésével és kimutatásával néhány évi szünet után elsősorban japáni kutatók foglalkoztak. *Tamura J. T.* (1935) a tyrode-oldat módosításával készült *Maitland-Laing-Lyth*-féle táptalajban a beojtás utáni 3—4. napon felhőszerű zavarosodást észlelt és kikent készítményekben *Giemsá*-val festődő rögöket talált, melyek az ellenőrzésre szolgáló tápcsövekben teljesen hiányoztak. *Berkefeld N.* szűrőn átszűrt tenyészet 1 ccm-e tengeri malac lágyékába fecskendezve jellegzetes lymphogranulomás elváltozásokat idézett elő s a pasteurózott tenyészetekkel e szerzőnek lymphogranulomás betegeken a túlérzékenységi *Frei*-próbát is sikerült kiváltania.

Voet (1935) azonban nem tudta megerősíteni *Tamura* vizsgálatait. A *Maitland*-módszerrel szerinte a virus nem

tenyészthető. E szerző minden egyes továbbbojtáskor ellenőrzésként egereket ojtott be s már az első átvitel után 5 egér közül csak egyben fogamzott meg az ojtás; a második sorozatbeli táptalajok ellenőrzésekor pedig a táptalajjal végzett ojtások közül egy sem bizonyult kétségkívül fertőzőnek.

1935. elején *Miyagawa* és munkatársai a *Hosokawa* szerint módosított *Giemsá*-festéssel (eosin-*Giemsá*) a már *Tamura* leírta szemcséket kikent lymphogranulomás genyben is kimutatták. Mivel e szemcséket ú'abban is eddig már 27 esetben megtalálták, mégpedig mind emberi, mind pedig állati anyagban, e szerzők e globoid testeket vagy granulocorpusculát fajlagos kórokozónak tartják.

Toyama-Hashigawa-Ishikawa (1935) a lymphogranulomás agyvelőben, dobgenyben szintén megtalálták a *Tamura-Miyagawa*-féle szemcséket, de ezeket nem tartják fajlagosnak, mert lágyfekély genyében, kankós váladékban, gümős és syphillises nyirokcsomók kaparékából kikent, szélesztett készítményekben is hasonló szemcséket találtak.

Miyagawa és munkatársai később több munkában még közölték, hogy a virusnak tartott globoid testeket fertőzött egerek agyában, ereiben, fertőzött majomagyban pedig 8—10, sorozatos átvitel után is sikerült kimutatniök.

Hashimoto és munkatársai, *Miyasawa-Tanaka-Kagaya-Aiba* (1935) a *Miyagawa, Yahagi* és munkatársai leírta globoid testeket, akárcsak *Toyama* és munkatársai, nem tartják fajlagosnak, mert ezeket egészséges majom szöveteiben és kankós váladékában is megtalálták.

Tanaka (1935) újabban ismét megkísérelte a virus felszaporítását szövettényezetben. Lépkivonattal, csirkeembryo nedvével kevert heparinos vérplasmában, tengeri malac heréjéből és bélfodri nyirokcsomóiból kis darabkákat ültetett ki. A szövettényezetek fertőzését lymphogranulomás egér agyvelődörzsölékében tartással érte el. Szerinte az első három sorozatban a tenyészetek a virust még fertőzőképes állapotban tartalmazták, de a virus felszaporodását nem észlelte.

Bertrand (1936) szerint a *Koch* követelményeknek megfelelő virust lymphogranulomában eddig még nem is sikerült kimutatni.

Az utolsó két év alatt, mint a felsorolt eddigi adatokból is látható, főleg japáni vizsgálókat foglalkoztatta a lymphogranuloma vírusának kimutathatósága. A *Tamura*, majd *Miyagawa* és munkatársai leírta *Hosokawa* szerint festődő acetonnaló globoid testeket *Toyama* és munkatársai, majd *Hashimoto* és munkatársai nem tartották fajlagosnak, *Hashimoto* felfogása azonban e kérdésben az utolsó két év során megváltozott. Egy későbbi munkájában már azt írja, hogy ezek a globoid testek nem azonosak ugyan a kórokozóval, de a lymphogranulomára jellemzők. 1936-ban pedig e szerző már valószínűnek mondja, hogy a globoid testek a virussal azonosak.

De a japáni szerzők felfogása több részletkérdésben sem egyezik meg teljesen. *Kaneko* (1936) fertőzött tengeri malac heretokjából kikent készítményekben is megtalálta a globoid testeket, *Miyagawa*-nak (1936) pedig tengeri malac heréjébe ojtás után, e *Giemsá*-val festődő acetonnaló globoid szemcséket nem sikerült kimutatnia.

A globoid testek kimutatása sikerült még *Ishimitsuna*-nak (egéragy, emberi dobgeny), *Tamura M.*-nak (egéragy), *Satani* és *Sano*-nak (többféle állat és az ember kóros szöveteiben).

Újabban *Nair* és *Pandalai* indián kutatók a lymphogranulomás elefántkóros végbél növedékeinek metszetében is megtalálták állítólag ezeket a *Giemsá* szerint festődő szemcséket.

Európai kutatók közül *Coles* (1936) említi, hogy 4 esete közül 3-nak a genyében 0.2—0.4 μ nagyságú, a variola-vaccina, a herpes és a molluscum contagiosum elemi testjeihez hasonló, *Giemsa* szerint vörösre festődő testeket talált. Egy negyedik esetében azonban a szerző már nem tudta biztosan kimutatni ezeket a szemcséket.

Hoffmann (1937) különféle vírus felvillanóképben vizsgálatát ajánló munkájában, noha fenntartással, de említi, hogy viktoriakékkal festett készítményben többek között a lymphogranuloma csíráját is sikerült láthatóvá tenni.

Újabb *Pirli* (1936) 8 lymphogranulomás betegének genyében függőcseppben 800—1200-szoros nagyításkor, kerek, tojásdad és szegletes, 1.0—2.5 μ nagyságú, közepén chromatidus magvú, élénken mozgó mikrobákat talált, melyek elvéve karélyosmagvú fehérvérsejten belül is előfordultak.

A szűrhető csírák kimutatására 1930. óta többféle pácfestékeket, majd *Lipschütz* vizsgálásai alapján az azur-eosint alkalmaztuk általában. Gyakorlati szempontból kisebb fokban használhatónak bizonyult a *Tyndall*-tűnemény kihasználásán alapuló sötét háttérben történő vizsgálat, különösen a *Hoffmann* ajánlotta villanókép alakjában. Kisebb jelentőségű ezeknél a *Köhler* szerinti ibolyántúli sugarakkal fényképezés, továbbá a vitalis festés. *Lipschütz* már a 20-as években tanninnal előpácolás után alkalmazhatónak tartotta a viktoriakéket is a strongyloplasmák kimutatására. Legújabb *Hagemann* a primulinnal festett készítmény fluorescens mikroszkopban vizsgálatát ajánlja a vírusok kimutatására.

A pácfestéses eljárások nagy hibája, hogy az ilyen módon festett készítmény legtöbbször a vizsgálatot zavaró csapadékot tartalmaz. 1935-ben *Herzberg* a tehénhimlő vírusának a tanulmányozása közben ismerte fel, hogy a viktoriakék előzetes pácolás nélkül is igen jól megfesti a *Paschen*-féle elemi testeket. Festési eljárásával (3% viktoriakék 4R 10 ccm., töményvízes citromsav 0.5 ccm.) sikerült is *Herzberg*-nek számos vírusbetegség (himlő, tehénhimlő, bárányhimlő, szárnyashimlő, a kanári madár *Kikuth* és *Gollub* leírta vírusbetegsége, herpes zoster, molluscum contagiosum, ektromelia, s a herpes simplex) okozóját aránylag könnyen és jól láthatóvá tenni.

Haagen és *Kodama* utánvizsgálatai *Herzberg*-nek a tehénhimlő csírájára vonatkozó megállapításait csakhamar meg is erősítették. E szerzők rámutattak arra is, hogy a *Herzberg*-féle festéskor — ellentétben más módszerrel — csapadék alig képződik, ami az eljárás megbízhatóságát rendkívül fokozza. *Schmidt* vizsgálatai is a viktoriakék kitűnő alkalmazhatósága mellett szólnak. E szerzőnek sikerült a herpes- és a himlőcsírák viktoriakékkal megfesteni, de a stomatitis vesicularis, a szájj- és körömfájás, a tyúkpestis vírusának a kimutatása e módszerrel már nem sikerült, amit a szerző azzal magyaráz, hogy ezek a vírusfajták rendkívül kicsinyek.

Herzberg rendkívül érdekes és értékes munkában tanulmányozta a *Kikuth-Gollub*-féle kanári madár vírusbetegségének egér hasüregébe ojtásával, a variola-vaccinának a *Woodruff-Goodpasteure* módszere szerint tyúkembryo allantoisára ojtással, e vírusok alaki változásait, viselkedését a sejtbehatolástól a sejt pusztulásáig.

Már 1934-ben megkísértem emberi lymphogranulomás dob genyében és lymphogranulomával fertőzött nyulak nyirckesomó-kaparékának készítményeiben a lymphogranuloma inguinale kórokozóját láthatóvá tenni. 1934-ben a Magyar Dermatologiai Társulatban be is állítottam egyik lymphogranulomás betegem bemutatása kapcsán, *Löffler* szerint festett készítményekben a lymphogranuloma vírusát.

Amint ismeretes, egyes sejten kívüli elemi testeket egyetlen ismert módszerrel sem lehetséges biztosan felismernünk. Még a legjobb módszer, a *Herzberg*-féle alkalmazásakor is, mivel a vizsgált anyag különféle szemcséi egyszer halványabban, máskor erősebben együttfestődnek az elemi testekkel, az extracellularis elemi szemcséket, hacsak nem jellemző halmazokban fordulnak elő, sejtsejtésési, anyagcseretermékektől, fehérjerögöktől, festécsapadéktól elkülöníteni nem lehet. Az elemi testeket tulajdonképpen csakis sejten belül, ha nagyobb halmazok alakjában fordulnak elő, tudjuk biztosan felismerni.

Munkatársam, *Wlassics* vizsgálatai alapján a sejten kívüli elszórt elemi testek kimutatására alkalmazható a trypsines emésztés utáni viktoriakék festés. E módszerre a nem fajlagos szemcsék legnagyobb része, ellentétben az elemi testekkel, megemésztődik. *Hagemann* módszerét eddig nem volt módomban kipróbálni.

Allati anyagban a lymphogranuloma csírájának a kimutatása festéssel nehezen sikerül. A házinyúl lymphogranulomás dobjában, noha a szöveti elváltozások kezdetben teljesen hasonlóak az emberéhez, oly hamar következik be s olyannyira uralkodik a szövetelhalás, hogy a kaparékban virust tartalmazó többé-kevésbé ép sejtet alig lehet találni. E miatt a házinyúl lymphogranulomás dobja, ellentétben az emberével, genyesejten alig tartalmaz.

Az ember lymphogranulomás nyirokcsomójának kaparékában, genyében már sokkal könnyebb a lymphogranuloma csíráját kimutatni. Eleddig 9 esetben sikerült a lymphogranulomás emberi nyirokcsomó kaparékában, s 15 esetben a dob kikent genyében kimutatnom a kórokozót.

Herzberg a levegőn szárított készítményt rögzítés és pácolás nélkül eleinte 3% viktoriakék 4R (*Bayer* standardis. sec. *Hollborn*) vizes oldatával festette 5—20 percig. Nehezebben festődő vírus kimutatására az említett oldat 10 ccm.-éhez frissen hozzáadott 0.5 ccm. tömény borkősavat, újabb 10%-os citromsavat alkalmaz s gyors festésre az AGFA előállította festéket (*Viktoriablau f. Virusdarstellung nach Prof. Herzberg*) használja, mely már 2—3 perc múlva is jó festődést szolgáltat. Az AGFA szivességéből én is hozzájutottam ehhez a forgalomba még nem került viktoriakékhez, de a lymphogranuloma csírájának a kimutatására nem találtam alkalmasabbnak, mint az élesebb sejtképet adó, régebben használt viktoriakék 4R-t.

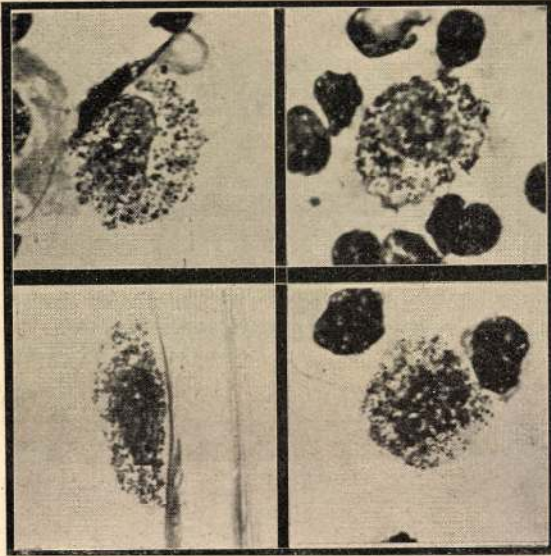
Mivel *Herzberg* előírása szerint a készítmény szélein a 20—30 percig tartó festés közben zavaró, az elemi testekhez nagyon hasonló csapadék válik ki, egy év óta a festést módosítottan alkalmazom. A *Herzberg* előírása szerint minden egyes alkalomkor frissen összeöntött festék és citromsav törzsoldathoz még 10% glicerint adok. E módosítás előnye, hogy ma'dnem teljesen csapadékmentes a készítmény, de a festés erősségét kis fokban csökkenteni a glicerint.

Hogy a japáni kutatók módszerével kapott képeket a viktoriakékkel festettekkel összehasonlíthassam, minden esetben *Giemsa* szerint és *Hosokawa* módosításával (eosin-Giemsa) is festettem a vizsgált anyagból.

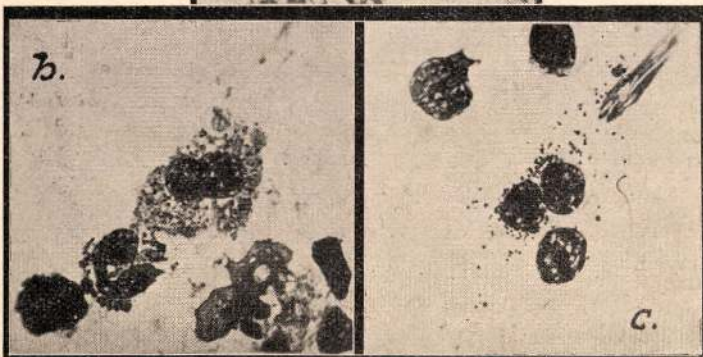
Hosokawa módszere a lymphogranuloma csírájának a kimutatására nem bizonyult alkalmazhatónak. Noha a lymphogranuloma csíráit kétségkívül festi az azur-eosin, de ezek még 24 órai festés után is csak gyengén festődnek, s az elemi szemcséken kívül megfestődnek a monocyták, lymphocyták azurszemcséi, a neutrophil, eosinophil szemcsék, a legkülönbözőbb elemi testhez hasonló anyagcseretermékek. Ezért a *Hosokawa* szerint festett készítményben 3-szor, 4-szer annyi elemi testszerű képződmény látszik sejten belül is, meg sejten kívül is,

ami a módszer használhatóságát nagyon is kérdésessé teszi.

Glycerines citromsavas viktoriakék 4R festésre, de ugyanígy a Herzberg-féle előírás szerint készült keverékkel festésre, amint az a csontvelőből szélesztett s ellenőrzésre festett készítmények vizsgálása után kitűnt, a savhatásra az előzetesen nem rögzített készítmény sejtjeiből a különféle: azur, eosinophil és neutrophil szemcsék legnagyobb része feloldódik, s csak oly halványan festődik, hogy a sötétkékre festődő elemi testekkel már nem is téveszthetők össze.



1. ábra. Monocyták az ember lymphogranulomás nyirokcsomójának kaparékából szélesztett készítményből. A sejten belüli elemi szemcsék eleinte egyforma nagyságúak s egyenesen terülnek el a monocyta testében, később már változó nagyságúak s közülük a durvábbak szeretnek halmazokba verődni. — Fénykép. 1300 × nagyítás.



2. ábra. a) Sejten kívüli halmazba rendeződött elemi szemcsék. b) Sejten belüli elemi szemcsék monocytában, karélyos magvú genysejtben. Sejten kívüli elszórt elemi szemcsék. c) Sejten belüli elemi szemcsék lymphocytákban. Sejten kívüli kisebb-nagyobb elemi testek, közöttük gyűrűszerű nagyobb, közepén világosabb festődésű fejlődési alak. — Fénykép. 1200 × nagyítás.

Emberi lymphogranulomás nyirokcsomók kaparékából szélesztett kikent készítményekben átlag 10—12 látó-

tér átvizsgálása után minden egyes esetben sikerült kimutatnom a lymphogranuloma csíráit, jellegzetes sejten belüli kisebb-nagyobb halmazokban (1—3. ábra). Sejten kívül, egyesével-kettesével minden egyes látótérben előfordulnak elemi testek, de ezekről kétségtelenül megállapítani azt, hogy elemi testek, mivel a viktoriakék is mindenféle anyagcsereterméket megfest, nem lehet.



3. ábra. Sejtek az ember lymphogranulomás dobjának genyéből kikent készítményből. Sejten belüli, valószínűleg phagocytált kisebb-nagyobb szemcséken kívül, elszórtan sejten kívüli elemi testek. — Fénykép. 1200 × nagyítás.

Sejtenbelüli elemi szemcséket a nyirokcsomó kaparékában elsősorban monocytákban találtam. Kisebb számban azonban találhatók elemi szemcsék karélyosmagvú fehérvérsejtben, lymphocytákban, sőt Türk-féle ingerelt sejtekben is.

A sejtenbelüli és kívüli elemi szemcsék nagysága változó. Legtöbb szemcsé 0,2—0,3 μ . Kisebb számban azonban mind sejten kívül, mind pedig sejten belül 0,4—0,8 μ s még ennél nagyobb szemcsék is előfordulnak. Herzberg a variola-vaccina vírusának sejten belüli felszaporodása közben, a tyúkembryo allantoisának sejtjeiben a fertőzés után már 16 óra múlva az elemi szemcséket tartalmazó sejtekben jellegzetes, sötétebb festődésű, egészen sarjadzó gomba nagyságú gömbszerű testeket talált, amelyekben sósavas borszesszel szintelenítésre, majd újrafestésre szemcséket sikerült kivennie. A lymphogranulomás nyirokcsomó kaparékában is elvéve e testekkel azonosítható saccharomyces nagyságú, de burok nélküli nagyobb, az elemi testek összecsapódásából kialakuló testeket találtam.

Az állat és az ember lymphogranulomás nyirokcsomójában ezenkívül aránylag sok, nagyobb, közepén világosabb festődésű, gyűrűszerű kerek testeket is láttam. Paschen ábráján a Löffler pácfestéssel készült variola-vaccina készítményben is láthatók hasonló testek. Noha sejten belül eddig sem állati, sem emberi lymphogranulomás anyagban nem találtam ezeket a testeket, valószínűnek tartom, hogy a vírus egyik fejlődési alakjának felelnek meg ezek.

A Herzberg-leírta s a kanári madár vírusbetegségét okozó csíra sejtenbelüli felszaporodása során észlelt, az elemi szemcséket hólyagszerűen burkoló képződményt lymphogranulomásban nem észleltem.

A lymphogramulomás emberi dob genyéből kikent készítményekben sem sejten belül, sem sejten kívül tömött halmazokba csoportosuló elemi szemcséket eddig nem találtam. A lymphogramulomás genyet granulatiomentes, neutrophil plasmafestődésű pálcá- és karélyozott magvú fiatalabb-öregebb fehérvérsejteken kívül, kisebb-nagyobb mononuclearis leukocyták és lymphocyták alkotják. Sejten belül elsősorban a mononuclearis sejtekben és a lymphocytákban találhatók elemi szemcsék, de elvétve előfordulnak ezek a pálcá- és karélyos magvú fehérvérsejteken is (4. ábra). A lymphogramulomás geny sejtjeiben előforduló 3—15, viktoriakékkal jól festődő elemi szemcsék véleményem szerint, valószínűleg phagocytált elemi szemcséknek felelnek meg. Gyakorlott vizsgáló a folyamat kórismézésére a dob genyéből kikent készítményt fel is használhatja.

Mindezek szerint, a módosított vagy az eredeti Herzberg-féle viktoriakék-festéssel a lymphogramuloma csírája a házinyúl elhalásra hajlamos, genysejteket csak elvétve tartalmazó lymphogramulomás nyirokcsomóiban is, meg az ember lymphogramulomás dobjának kaparékában, genyében is kimutatható.

Mivel a viktoriakék is festi a különféle fehérjecsapadékat, sejtésztesési termékeket, vele is elsősorban a sejten belüli, jellegzetes halmazokban előforduló elemi szemcsék megtalálhatók biztosan ki. Trypsines emésztés után (Wlascics) a nem fajlagos szemcsék legnagyobbbrészt kioldódnak s az utólagos viktoriakék-festésre oly gyöngén festődnek meg, hogy ezzel az eljárással sejten kívüli elszórt elemi szemcsék is felismerhetők.

A lymphogramuloma vírusának elemi szemcséi változó nagyságúak. A finomabb szemcsék 0.2—0.3 μ -osak. Mind sejten belül, mind pedig sejten kívül azonban előfordulnak 0.4—0.8 μ nagyságú elemi szemcsék is. Ritkábban a szemcsehalmazokból álló, egészen saccharomyces-nagyságú, kerek vagy szabálytalan testek is előfordulnak, amelyek valószínűleg azonosak a variola-vaccinában Herzberg-leírta nagy, gömbszerű testekkel. A Herzberg-leírta, a Kikuth-Gollub-féle kanári madár vírusbetegségben észlelt elemi szemcsék hólyagszerű burokokban fejlődését lymphogramulomában nem észleltem.

Lymphogramulomás genyben, nyirokcsomókaparékban a tömötten festődő kisebb-nagyobb elemi szemcséken kívül nagyobb, 0.8—1.4 μ nagy, kerek, közepén világosabban, szélein sötétebben festődő, gyűrűszerű testeket is találtam, melyeket a lymphogramuloma vírus egyik fejlődési alakjának kell tartanom.

A japáni kutatók, Tamura, Miyagawa és munkatársai leírta globoid testek nem lehetnek valamennyien azonosak a lymphogramuloma elemi szemcséivel. A Hosokawa eosin-azureosin festés, mivel az elemi szemcsékhez hasonló mindenféle sejtsejtszemcsét, anyagcsereterméket is megfesti, nem alkalmas a lymphogramuloma csírájának kimutatására. Az e módszer szerint festett lymphogramulomás emberi és állati genyben, nyirokcsomókaparékban a lymphocyták, a monocyták és a pálcamagvú fehérvérsejtek azur, eosinophil és neutrophil szemcséinek együfft-festődése miatt, háromszor-négyszer annyi sejten belüli elemi testet utánzó, vöröstre festődő szemcsét találtam, mint a viktoriakék-festésre s maguk az elemi szemcsék pedig azur-eosinnal csak halványan festődtek.

A Herzberg-féle festékeverék a készítmény szélein pusztán szemmel is látható csapadékat ad. — Glycerin hozzátétele (10%) a csapadékképződést gátolja.

A citromsavos viktoriakék-oldat a fehérvérsejteken belüli nem fajlagos szemcsék (azur, eosinophil, neutrophil) legnagyobb részét feloldja.

Vizsgálatok vörösvérsejtképző tyuktojásokkal.*

Írta: Tanzl Harald dr. és Than Ferenc dr.

Whipple amerikai biológus munkatársaival széleskörű vizsgálatokat végzett arra nézve, hogy a különféle tápanyag milyen hatással van a vérképzésre. Vérvétellel vérszegénnyé tett kutyákkal tápanyagot etetett s arra az eredményre jutott, hogy valamennyi anyag közül a máj a leghatékonyabb. Míg az alapétrenden tartott kutyák vére 5—7 hét alatt regenerálódott, addig a májjal etetettek már 2—4 hét alatt elérték az eredeti vörösvérsejtszámot. Whipplenek e kísérleti eredményein felbuzdulva Minot és Murphy friss májat etettek anaemia perniciosis betegekkel. Erre a táplálkozásra a már majdnem halálukon lévő betegek nagyrészen hirtelen változás következett be; a vörösvérsejtszámuk állandó csökkenése nemcsak hogy megállt, hanem számuk nagymértékben megszorodott s a betegek munkaképesek lettek.

Az elméleti és klinikai tapasztalatok alapján lassankint kialakult az a nézet, hogy a vörös csontvelő vérsjtképző működése nem a szervezet oxygen szükségletétől függő automatikusan lefolyó berendezés, hanem centrális és humorális szabályozóberendezés kormányzása alatt áll. De az említett két szabályozó berendezésen kívül még más körülmény is befolyással lehet, így pl. a hiányos táplálkozás, avagy a bélben lévő tápanyagok elégtelen kihasználása.

Castle és munkatársai bebizonyították azt is, hogy szoros kapcsolat van a gyomornedvtermelés és vörösvérsejtképzés között. A gyomornedvben egy olyan anyagot (intrinsic factor, Castle factor) találtak, amelyik a táplálék (hus, élesztő) egyik alkatrészével (extrinsic factor) egyesül s ilymódon egy új anyag képződik, amely a vörösvérsejtek fejlődésfolyamatát szabályozza. Ez az u. n. haemopoetikus factor. Greenspon 1936-ban közölt kutatásai szerint az intrinsic factor már maga a kész hatóanyag, tehát extrinsic factor egyáltalán nem kell. Szerinte a gyomornedv pepsinje tönkreteszi a haemopoetikus factort, de ha kellő mennyiségű izomfehérjét, hust adunk a gyomornedvhez, akkor az rögtön adsorbeálja a pepsint s így nem megy tönkre a vörösvérsejtképző hatóanyag. Bence disznókon végzett kísérleteiben kimutatta, hogy a gyomorban képződő haemopoetikus anyag a vékonybélből felszívódik s a májban felraktározódik. Hogy a májban található hatóanyag mennyisége a gyomor működéstől függ, az kísérletekkel bizonyítható. T. i. azoknak a sertéseknek a mája, amelyeknek gyomrát leülés előtt néhány hónappal kivették, nem hat vörösvérsejtképzőleg anaemia perniciosisában. Ilyenkor az előállítás hiányában a májban felraktározott hatóanyag kifogy.

A májnak antianaemiás hatóanyagát két lényegében különböző részre bontották, amelyek közül az egyik csak a vérzéses anaemiákat, a másik kizárólag a perniciosis anaemiákat gyógyítja. Az első valószínűleg complex vegyület s főleg vasból, aminosavból és fehérjéből áll. A másik valószínűleg enzim vagy enzimszerű vegyület.

Singer vizsgálatai szerint bizonyos mértékű haemopoetikus hatása van még a tyuktojásnak is, amelynek különösen a sárgájában mutatható ki a hatóanyag. Vizsgálatainkat elsősorban arra irányítottuk, hogy nem volna e lehetséges alkalmas módon a tyuktojás haemopoetikus hatását fokozni. Más kísérletekből származó tapasztalata-

*) A Magyar Tudományos Akadémia támogatásával, a Pázmány Péter Tudomány egyetem Élettani Intézetében készült dolgozat.

ink segítségével hosszabb kísérletezés után sikerült egy a tojás antinaemiás hatóanyagát nagyobb mértékben növelni olyan speciális májadagoló módszert kidolgozni, amellyel a tojás antinaemiás hatóanyagát nagyobb mértékben növelhettük. Az ilyen tojást hormova tojásnak neveztük el.

A vörösvérsejtképző hatóanyag mennyiségének a tojásban való növekedéséről patkánykísérletekkel győződünk meg. Vizsgálatainkhoz 200 gr. súlyú fehér patkányokat használunk, amelyekből szívpunkció után 3—4 ccm. vért bocsátottunk ki. Az ily módon vérszegénnyé tett állatokat állandó kosztot tartottuk, amelyhez a kísérlet előírása szerint az egyik csoportbelieknek rendes (piaci) tojás sárgáját, a másik csoportbelieknek hormova tojás sárgáját kevertük. Az állatok fejünkint és naponkint egy tojássárgáját fogyasztottak. A patkányok kiméltése végett a vérvétel utáni napokban nem számoltuk meg a vörösvérsejteket s a vértelenítés után csak a harmadik napon vettünk először vért. Ezután rendszerint két naponkint végeztük a vörösvérsejtszámolást. Tekintettel arra, hogy a vérvétel után számolt vörösvérsejttételek nem egyformák, úgy hasonlítottuk össze az eredményeket, hogy a vörösvérsejtszám emelkedésének értékeit állítottuk egymással szembe. Az eredménynek lehető pontos megközelítése céljából a patkány súlyához mérten vettük le a vérmennyiséget, hogy a lehető egyforma alapértékekből induljon ki a regeneratio.

egymással összehasonlítani. Ilyenkor azonban a vizsgálat folyamán csak egy tojás sárgáját ettünk kísérleti állattal, ezért az ilyenkor észlelt eredmények nem érik el a fentebb említetteket, amikor a patkányok naponta kaptak egy egész tojás sárgáját. Ezekben a vizsgálatokban a vörösvérsejtszámolással párhuzamosan a haemoglobin-mennyiségét is meghatároztuk. Az alábbiakban egy közönséges és egy hormova tojás sárgájával történt kísérletet közlök:

Normalis. 2 ccm. vér levéve, eredeti vörösvérsejtszám 8.600.000		
nap	vörösvérsejt	haemoglobin
1	6.400.000	80%
3	6.600.000	85
4	6.900.000	85
5	7.000.000	87

Hormova. 2 ccm. vér levéve, eredeti vörösvérsejtszám 8.800.000		
nap	vörösvérsejt	haemoglobin
1	6.500.000	81%
3	7.000.000	85
4	7.300.000	89
5	7.700.000	92

Mint az eredményekből láthatjuk a mennyiségmeghatározásunk szerint a normális tojás sárgájában 0.6, a hormova tojás sárgájában 1.2 egységnyi vörösvérsejtképző hatóanyag volt. Ugyanakkor a haemoglobin mennyisége a közönséges tojás etetésekor 7%-kal, a hormova tojás nyújtásakor 11%-kal emelkedett.

Nyújtott táplálék fajtája	Idő	Vörösvérsejtszám	Vörösvérsejtszám emelkedés	Haemoglobin	Haemoglobin emelkedés	Vörösvérsejtszám	Vörösvérsejtszám emelkedés	Haemoglobin	Haemoglobin emelkedés
Tojás nélkül	Vérvétel el. után	8.640.000		102		8.880.000		107	
	5-ik nap	5.040.000		72		5.020.000		70	
	10-ik nap	5.120.000	80.000	74	2	5.200.000	1.800.000	74	4
		700.000	640.000	78	9	5.560.000	5.400.000	79	9
Piaci tojással	Vérvétel el. után	8.000.000		101		8.100.000		102	
	5-ik napon	4.880.000		68		4.720.000		70	
		5.440.000	560.000	74	6	5.080.000	360.000	76	6
Hormon tojással	Vérvétel el. után	8.200.000		103		8.400.000		106	
	5-ik napon	4.880.000		67		4.560.000		68	
		5.880.000	1.000.000	79	12	5.700.000	1.140.000	78	10
Főtt hormon tojással	Vérvétel el. után	8.240.000		105					
	5-ik napon	4.880.000		68					
		6.000.000	1.120.000	77	9				
1 gr nyers máj naponta (4 napon át)	Vérvétel el.	8.500.000		109					
		5.440.000		73					
		6.500.000	1.060.000	80	7				

Mint az eredmények mutatják, a vörösvérsejtképződés szempontjából különbség mutatkozik abban, hogy milyen tojásfélesekkel etetjük az állatokat. Hormova tojás sárgájával etetett patkányok vörösvérsejtszaporodása sokkal nagyobb, átlagban több mint kétszerese, amit a görbe emelkedési irányából is észrevehetünk.

Miután a fent említett kísérletekben meggyőződünk arról, hogy a hormova tojásnak valóban van vörösvérsejtképző hatása, igyekeztünk arra irányult, hogy valamilyen módon megközelítőleg meghatározhassuk a tojássárgájában található vörösvérsejtképző hatóanyag mennyiségét. Kísérleteink eredményeképpen azt a hatóanyag mennyiséget neveztük egy egységnek, amely három részletben három nap alatt a vérvétel utáni ötödik napon egy millióval növeli a vörösvérsejtek számát. Ennek a mennyiségmeghatározó módszernek segítségével már alkalmunk nyílt különböző tojások sárgájának vörösvérsejtképző hatását

Mennyiségmeghatározásunk segítségével azonkívül megállapítható még az is, hogy a különféle készítési módok mennyiben befolyásolják a vörösvérsejtképző hatóanyag hatáserősségét s egyúttal megnéztük azt is, mennyi nyers májat kell etetnünk hasonló hatás elérésére. Ezeknek a vizsgálatoknak a során azonban az állatok kiméltése céljából az ötödik napon számoltuk meg a vörösvérsejteket és határoztuk meg a haemoglobint. Néhány kísérleti adatunk a következő:

Az eredményekből látható először is az, hogy az állatunk alaptakarmányként adott tápláléknak alig van vörösvérsejtképző hatása. A vértépzés csak később indul meg s tíz nap alatt is csak kb. fél millióval növekedik a vörösvérsejtek száma. Az egyszerű tojásnak már van bizonyos vörösvérsejtképző hatása, mert sárgájában átlag fél egységnyi hatóanyagmennyiséget tudunk kimutatni. A hormova tojás sárgája azonban ennek dupláját tartalmazza. — A főtt

hormova tojásnak ugyanolyan a hatása mint a nyersé, tehát a hatóanyagot a 100 C° körüli hőmérséklet nem kezdi ki. A nyers májjal akkor tapasztaltunk a hormova tojásnak megfelelő eredményt, ha három napon át egy gr. nyers májat etettünk a kísérleti állatokkal. Ha a haemoglobin mennyiségének változásait szemléljük, ugyancsak azt láthatjuk, hogy a vörösvérsejtképzés mellett a haemoglobin mennyisége is növekedik. Az emelkedés legnagyobb a hormova tojások adásakor.

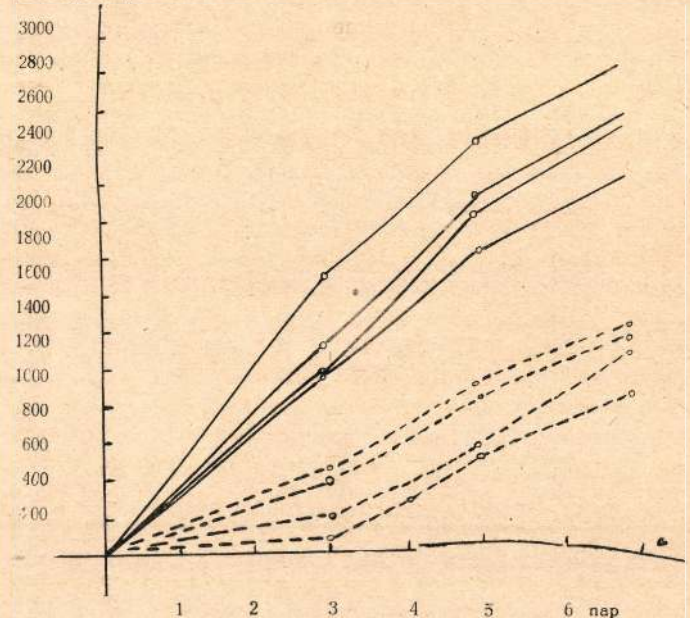
	Idő (héj)	Vörösvérsejtszám	Vörösvérsejtszám emelkedés	Reticulocytá	Haemoglobin	Haemoglobin emelkedés
Sokszor kezelt anaemia perniciosa Typusos vérláz	1	1 850.000			60	
	2	2 450.000	600.000	1/2-1 1/2	64	4
	3	3 260.000	1 510.000		69	6
	4	3 390.000	1 540.000		66	6
Régen kezelt perniciosa Typusos vérláz	1	2 260.000			1/2-2	68
	2 1/2	3 300.000	1 040.000	77		9
	3	3 650.000	1 390.000	79		11
Régi anaemiás perniciosa sokszor kezelt	1	2 600.000			60	
	2	3 800.000	1 140.000		80	30
	3	3 350.000	1 190.000		80	20
	4	4 180.000	1 420.000		85	25

Az eddigi kísérletek tehát azt mutatják, hogy nagy vérvesztések után bekövetkező vérszes anaemiákban hormova tojás etetésekor nemcsak a vörösvérsejtek száma, hanem a haemoglobin mennyisége is növekedik. Vizsgálatainkat azonban kiterjesztettük abba az irányba is, milyen méretű hatásokat kaphatunk haemolitikus anaemiák esetén, mikor a haemoglobin mennyisége a szervezetben marad. Haemolitikus méregként a phenylhydrazint választottuk, amelynek felhasználását a májkivonatok mennyiségmeghatározására is megkíséreltük. A vizsgálatokat kutyákon végezték, amelyek testsúlyuknak megfelelően kilogrammonként 1 ccm. 1%-os phenylhydrazin-oldatot kaptak. Mint ezt *Freidländer* és *Steinitz* is leírta, mi is tapasztaltuk, hogy a phenylhydrazin egyszeri adása nem elegendő nagyobb anaemia létrehozására. Ezért mi is két-naponkénti időközökben háromszor egymás után adtunk ugyanannyi mennyiségű phenylhydrazint az állatoknak. Mindegyik kísérleti állat három nappal a kísérlet megkezdése előtt naponta két tojást kapott ételéhez keverve, mégpedig a kontroll állatok a piaci, a kísérleti állatok hormova tojást. A vizsgálat folyamán sikerült kimutatnunk azt, hogy a hormovatojással etetett kutyákon a phenylhydrazin-mérgezés nem következett be. Míg a hormova tojásokat evő állatok vörösvérsejtszáma összesen 1 millióval esett, addig a normális tojásokat fogyasztó kutyák vérsejtszáma 3 millió felül csökkent. Ebből az eredményből következtethetjük, hogy a hormova tojások itt is hasonlóan hatnak, mint a májkivonatok. Azonkívül itt még egyéb vonatkozású adatot is nyerhetünk arra vonatkozólag, hogy a hormova tojások milyen hatékonyak. Összehasonlítás alapján olyan mennyiségű hatóanyagot tartalmaznak, mintha az állatok naponta 2 ccm. hatásos májkivonatot kaptak volna.

Mint már említettem, a máj antianaemiás hatóanyagát két lényegében különböző részre osztották, a vérszes anaemiákat és a kizárólagosan perniciós anaemiákat gyógyító részre. A fent említett eredmények igazoltak minket abban, hogy a hormova tojásokban a vérszes ana-

miákat gyógyító rész benne van, ellenben nem kaptunk felvilágosítást arról, hogy a perniciós anaemiát gyógyító hatóanyag is benne foglaltatik-e. Mint, hogy eddig ezt a hatóanyagot csak perniciós betegekben lehet kimutatni, felkérésemre *Bence Gyula* egyet. tanár úr, valamint *Kerekes László* főorvos úr volt szives vizsgálatokat végezni. Az alább közölt esetek mind régebben kezelt perniciós betegek voltak, akik egyrészt különféle kezeléseket után újból visszaesve, ismét a kórházba kerültek, másrészt olyanok, akikkel sikert ídevágó gyógyszerrel eddig elérni, nem tudtak. A betegeknek napi három hormova tojás-sárgáját adták 10, illetve 14 napon keresztül; erre a következő változások voltak észlelhetők:

vörösvérsejtszám ezekben:



Vérszegénnyé tett patkányok vörösvérsejtszám emelkedése.
— — — piaci tojással etetve.
— — — hormova tojással etetve.

Ezekből az adatokból tehát megállapíthatjuk azt, hogy a hormova tojásokban nemcsak a vérszes anaemiás tényező, hanem a perniciós anaemiát gyógyító hatóanyag is benne foglaltatik. Ilyenmódon olyan tojást sikerült létrehozni, amelyben nagyobb mennyiségben találunk antianaemiás hatóanyagokat. Ennek előnye különösen abban mutatkozik, hogy a tojás etetésével elkerülhetünk más gyógyszeres adagolást s a vörösvérsejtképző hatóanyagokat a napi étellel összekeverve adhatjuk.

Felmerült az a kérdés is, vajon nem a tojásban található vas mennyiség esetleges emelkedése okozza-e a vörösvérsejtképző hatás növekedését. Ezt a föltevést azonban egyrészt megdöntötte az az eredmény, hogy vörösvérsejtképző hatás növekedése olyan hormova tojásokkal is elérhető, amelynek vastartalma nem tér el a tojások átlagos vastartalmától. Másrészt, hogy nem a vas okozza a vörösvérsejt növekedését, még azzal is bizonyítható, hogy perniciós betegekben is hatásosan alkalmazhatók, holott ezekre, mint ismeretes — a vas eredménytelen.

Összefoglalás: A szerzőknek sikerült a máj antianaemiás hatóanyagát tyúktojásokba átvinni. Ezeket a tojásokat hormova névvel nevezik. A tojások az antianaemiás hatóanyagoknak mindkét részét tartalmazzák, azt amely a vérszes s azt, amely a perniciós anaemiákat gyógyítja. Azonkívül közölnek egy patkányokon végezhető mennyiségmeghatározást, amelynek segítségével megközelíthetőleg meghatározhatják a tojásban lévő vörösvérsejtképző hatóanyag mennyiségét.



A Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. női klinikájának közleménye. (Igazgató Burger Károly ny. r. tanár.).

Fejfekvéses ikrek összeakadása.

Irta: Vajna Gábor dr. egyetemi tanársegéd.

Az ikerszülés ha nem is sorolható a pathologia körébe, a hozzácsatlakozó szövödmények nagy száma miatt állandóan a physiologia és pathologia határmegyéjén mozog. Az „egyes” szüléskor tapasztalható szövödmények is gyakrabban fordulnak elő többszülés alkalmával s ezek számát még fokozzák az ikerszülés sajátos, a magzatok többes számából eredő szövödményei. Ezekhez tartozik a magzatok összeakadása is, az ikercollisio.

A collisio a szülés második szakaszának, a kitolási szaknak szövödménye. A magzat rendellenes elhelyezkedése miatt egyszerre két magzatnak nagyrésze lép be vagy törekszik belépni a kismedencébe s az így keletkezett téraránytalanság miatt a szülés elakad. Az összeakadás a magzatok fekvése, egymáshoz való viszonya szerint különböző módon keletkezik. Leggyakrabban az első magzat medence, a második magzat fejevégi fekvésekor, az első magzat törzsének megszületése után a medencében vagy a medence bemenetben akad össze a két magzat feje. A collisionnak ezt az alakját észlelték és köztük a hazai irodalomban Góth, Lengyel, Scipiades és Páll, a világirodalomból Jahkola 1929-ben 57 esetet gyűjtött össze. A szülés rendes lefolyása igen ritka, jóslata a magzatok szempontjából nagyon kedvezőtlen. A második magzat fejének kézzel kitérítése az elsőnek utjából ritkán jár eredménnyel. Scipiadesnek sikerült a második magzat fejét kitéríteni, kiemelni s mindkét magzat élve született meg. Az első, vállakig megszületett magzat a beavatkozás idején többnyire már nem él, de ha még él is, a kitérítési kísérlet sikertelensége esetén nem lehetünk rá tekintettel, mert életben tartásához nincs remény, míg a második magzat a Küstner által ajánlott módon, az első magzat decapitációja után, mindig megmenthető.

Másik két alakja a collisionnak mindkét magzat medencevégü, illetőleg az első magzat medencevégü, a második harántfekvéséből jöhet létre. (Baudeloque, Baux). Mindkettő igen ritka. Ez utóbbiaknál gyakrabban, az előbbinél jelentősen ritkábban keletkezik collisio mindkét magzat fejevégi fekvése esetén. Az ikerszülés e ritka szövödményét volt alkalmunk észlelni, s úgy a korai diagnózis, mint a megoldás szempontjából érdemesnek tartjuk közölni.

31. é. I. P. házasságának 11. évében jutott először teherbe. Terhessége előtt hét évvel endometritis haemorrhagica miatt méhüri vizsgálat történt, s az akkori nőgyógyászati lelet szerint méhe hypoplasiás volt. Um. 1936. II. 29., első magzatmozgás VII. 19. A terhesség második felében enye bokaoedémák léptek fel s a IX. hónapban a só és folyadékszegény diéta ellenére a vizeletben 1⁰/₀₀ fehérje. Vérnyomás 145—93. Az ikertehesség biztos jelei mellett a terhesség egyóbként zavartalan. A szülő nő közepesen fejlett, csont és izomrendszere, mellkasi szervei épek. Medenceméreték: ds. 24, dcr. 27, conj. ext. 20. Fájások kezdete 1936. XII. 5. d. u. ½7 h. A fájások igen erőteljesek.

D. u. 8 h. külső vizsgálat: has erősen elődomborodó, feszés. Haskörfogat: 110 cm. Az első magzat baloldalt hátrább, a második jobboldalt elől, mindkettő koponyavégü-fekvésében helyezkedik el. Az első baloldalt elhelyezkedett magzat koponyája be van nyomva a bemenetbe, a második jobboldalt a bemenet felett tapintható. Szívhangok jól hallhatók. I. baloldalt mélyen, II. jobboldalt a köldök magasságában. Rv.: két ujjnyi méhszáj, kifejtett nyakcsatorna, álló burok, koponya a bemenetbe nyomva, 3 perces erőteljes fájások.

D. u. 11 ó. erőteljes tolójellegű fájások. Külső vizsgálat: az első magzat feje az előtte és tőle kissé jobbra lévő

második magzat feje miatt nem tapintható. Szívhangok jók. Rv.: méhszáj eltűnt. Az erősen feszülő, tetemes elővizet tartalmazó burkon keresztül a bemenetbe benyomott fej helyzete pontosan nem állapítható meg.

D. u. 12 ó-kor az erőteljes tolójellegű fájások ellenére a helyzet nem változott, csupán a burok nyomult mélyebben a hüvelybe (persistáló burok). Burkot repesztünk abban a reményben, hogy a szülés lefolyását ezáltal siettetjük: rectalis vizsgálattal burokrepedés után sem lehet pontosan tájékozódni, ezért belső vizsgálatot végzünk. Bv.: eltűnt méhszáj, nem álló burok, koponya a bemenetbe van ékelve, onnan ki nem mozdítható. Legmélyebb pont a homlok, nagykutacs jobbra, orrgyök balra tekint. A fej nem nagy, a medence elég tágas, ezért reméljük, hogy a szülés spontán leölyik. Közel 4 órai kitolási szak után az erőteljes tolófájások ellenére sem változott a helyzet. A szülés elakadásának okát első sorban a homloktartásban kerestük, de ez a magzat fejének kicsisége miatt nem látszott valószínűnek. Feltűnő volt azonban a két magzat testrészeinek egymáshoz való viszonya, amely magyarázatot adott a szülés folyamatára. Mindkét magzat második állásban helyezkedett el. A második magzat flexioban lévő feje az első magzat deflexió tartásban lévő feje és nyak-váll-hát alkotta szögletbe ékelődött be s fájás alatt ezzel együtt törekedett a medencébe belépni. A második magzatot külsőleg ezen helyzetből kitéríteni nem lehetett. Az első magzat feje a medencébe annyira beékelődött, hogy kimozdítása s így a második magzat fejének kézzel való kitérítése sikertelen kísérlet maradt. Ilyen körülmények között látja Burger professor a szülő nőt. Rectalis vizsgálata alapján, egyébként hasonló lelete mellett, az első magzat homloktartásban lévő fejét olyan mélyen beékelve találta a medencébe, hogy egyelőre a további várakozást tartja célszerűnek abban a reményben, hogy az erőteljes tolófájások hatása alatt mégis sikerül az első magzatnak a szülés haladását gátló akadályokból kikérülni és spontán megszületik. 5½ órai kitolási szak után azonban újabb rectalis vizsgálat azt mutatja, hogy a fájások alatt a koponya nemcsak, hogy nem halad lejjebb, hanem felfelé a medence magasabb szakaszába visszahúzódik. A második magzat feje ugyanis a bemenetbe lefelé nyomulása közben az első magzat hátát felfelé kitérítette, illetőleg kiemelte.

A fejevégi fekvésben elhelyezkedő magzatok között kifejlődött collisio, a spontán szülést lehetetlenné tette. A méh első szakaszának kezdődő kinyulása, a szülés befejezését tette szükségessé. Az első magzat fejének beékeltsége, az erősen feszés méh, kezdődő cervix kinyulás a fordítás lehetőségét kizárta. 31. é. I. P.-nál hypoplasiás genitális szervek mellett homloktartásban lévő fejre fogót alkalmazni úgy az anya, mint a magzatokra nézve rendkívül nagy kockázattal járt volna, másrészt meddő kísérletnek is látszott, mert az elsőnek fejére gyakorolt húzás a második magzatnak az első magzat tarkó-váll szögletében helyetfoglaló fejére is hatott volna, miáltal azt a helyzetet rosszabbította volna, amelyet elkerülni, illetőleg legyőzni óhajtottunk. Ugy a magzatok, mint az anya érdekében egyetlen célra vezető eljárásnak a császármetszés maradt. A műtét lelet diagnosizunkat igazolta. Az erősen elvékonyodott passív szakasz megnyitása után előbb a második magzatot emeltük ki a külső vizsgálattal megállapított helyzetéből, utána az első magzatot lábánál fogva távolítottuk el. A lepény eltávolítása után a méh sebtét és a hasfalat szabályszerűen elláttuk. Az első magzat 2700, a második 2600 gr, mindkettőnek fejkerülete 35 cm, testhossza 48 cm. A 14-ik napon az anya és gyermekei egészségesen távoztak.

Mindkét magzat fejevégi fekvéséből keletkezett collisiot többen észlelték. Mahnert 1922-ben saját esetével 13-at gyűjtött össze a világirodalomból. Azóta a számunkra hozzáférhető irodalomból hozzávehetjük még Ballard, Baux, Dawson és saját esetünket. A hazai irodalomban hasonló közleményt nem találtunk.

A szülés lefolyása különböző volt. Mig egyesek spontán befejeződést is észleltek elő magzatokkal, addig az észlelők más része kénytelen volt a szülést igen jelentékeny magzatvesztéssel művi úton befejezni.

Spontán szülést észleltek Chailly-Honore és Lespinasse. Chailly-Honore esetében két magzat feje egyszerre került a kismedencébe, majd egymásután spontán megszülettek. A szülés ilyen kedvező módon való lefolyására az ad magyarázatot, hogy hármas ikrek voltak. Való-

színiileg nem is fejlődött ki tökéletesen collisio, csupán a magzatok kicsisége miatt jutott egyszerre két fej a medencébe, s ugyancsak a fejek kicsisége miatt születhetett meg egyik a másik mellett. *Lespinasse* közleménye nem volt számomra hozzáférhető s így a szülés lefolyására nézve közelebbi adatokkal nem rendelkezünk. *Kleinwächter*, *Boerma* és *Mahnert* említik közleményeikben azok között, akik fejevégü fekvésből keletkező collisio mellett spontán szülést észleltek. A spontán szüléshez sorolhatjuk még *Hohl* esetét is. Mindkét magzat feje egyszerre illeszkedett a bemenetre. A szülönőt oldalt fektette, mire az egyik fej kitért, helyet engedve a másiknak a beilleszkedésre. Ez esetben tulajdonképpen a prophylaxis a collisio teljes kifejlődését akadályozta meg.

A többi esetben a már bekövetkezett collisio miatt elakadt szülés tette elkerülhetelenné a beavatkozást.

Vallois mindkét esetben a bemenetre ráilleszkedő fejek közül a magasabban állót egész kézzel felhatolva térítette ki az első útból, mire a mélyebben álló fej lezállt és simán áthaladt a medencén.

Boerma esete: 27. é. II. P. Az első magzat homloktartásban illeszkedett be, a második magzat feje az első nyak-váll vályulatába szorulva az első nyakával egyszerre igyekezett belépni a medencébe. Mivel a fej mélyen a medencében volt s a szülés elakadt, fogóval kísérelte meg befejezni, azonban a fej a fogó húzását nem követte. Ekkor mély narkosisban egész kézzel fehatolva a hüvelybe, kimozdította a medencéből a fejet s előbb az első, majd a második magzatot lábra fordította és extrahálta. Az első 2600, a második 3000 g. Mindkettő életben maradt.

Alexander állítólag mindkét magzat fejét a medence üregében találta. A szülést csak mindkét magzat fejének megfúrásával, megkisebbitésével tudta befejezni.

Balard egyik magzat fejét a medencében, a másik magzat fejét az első nyak-váll vályulatába ékelődve, a bemenetbe húzva találta. Mindkét magzat fejét perforálta.

Von Franque esetében az első magzat feje spontán megszületett, a második magzat feje az első fej és válla közé ékelődve a medencében tapintható. A második fejet fogóval emelte ki. Mindkét magzat meghalt.

Mahnert az első magzat fejét spontán megszületve találta, a törzs nem követte a fejet. Belső vizsgálattal állapította meg, hogy a második magzat feje az első mellkasával, abba mélyen bepréselve a kismedencében foglal helyet, s az első magzat megszületését megakadályozza. Mindkét magzat halott. A második magzat fejének megfúrása után előbb az első, utána a második magzatot sikerült világra hozni.

Reimann észlelésébe akkor került a szülönő, amikor az első magzat fejét az orvosa fogóval kihúzta. A törzs nem követte a fejet, belső vizsgálattal a medencében tapintani lehetett a második magzat fejét. A második magzat fejét is fogóval gördítette ki, utána születt meg először az első, majd a második magzat törzse. Mindkét magzat halott volt, néhány nap múlva az anya is meghalt sepsisben.

Bauxot a szülönő orvosa azzal hívta a szüléshez, hogy az üregben lévő fejet többszöri fogókisérlet ellenére sem sikerült kigördítenie. Az akadályt a symphysis felett tapintható daganatban feltételezte. *Baux* ikerterhességet talált, a daganatnak tartott resistentia a második magzat feje volt, amely az első magzat nyaki részébe ékelődött, s megakadályozta az első magzat fejének megszületését. Az üregben lévő fejen súlyos sérüléseket talált, az első magzat halott volt, a második élt. Perforatio után sem lehetett a medencében lévő fejet kihúzni, a műszer több-

ször lecsúszott a fejről, mert az akadály valósággal „visszahúzta”. Megkisebbitése után a fej mellett kézzel felhatolt s az akadályt képező második magzat fejét kitérítve tudta csak az első magzatot kihúzni. Ezután a második magzatot lábra fordította és élve extrahálta.

Duhamel mindkét magzat fejét a „medencében” találta, az első magzat halott, a második élt. „Horoggal” húzta ki az első magzatot, a második élve született meg, azonban „összelapított fejfel”.

Amint az irodalomban közölt esetekből is látjuk, a magzatok fejevégü fekvéséből keletkező collisio, a magzatok szempontjából az ikerterhesség egyik legsúlyosabb szövődménye. Keletkezésének okát *Kleinwächter* az ikeréről szóló tanulmányában, az anya részéről a medence tágasságában, a magzatok részéről azoknak kicsiségében tételezi fel, mert csak ilyen körülmények között juthat két fej egyszerre a medence üregébe. A collisio azonban, amint azt saját esetünkben, azonkívül *Boerma*, *Baux* és *Dawson* eseteiben is látjuk, kifejlődhet, sőt legtöbbször meg van már akkor, amikor a második magzat feje a bemenet felett van, sőt amint *Vallois* közleményében olvassuk, amikor még egyik magzat feje sem haladt át a bemeneten. Az okok között sokkal nagyobb szerepet játszik a magzatok tartási rendellenessége. — Az általunk észlelt esetben az első magzat feje homloktartásban illeszkedett a bemenetbe. *Boerma* esetében a homloktartás arctartásba ment át s *Mahnert* esetében is az első magzat veleszületett strumája miatt, csak deflexiós tartásban heiyezkedhetett el. Praedisponáló körülmény a kevés, vagy korán elfolyt magzatvíz. A collisio kezdete tehát visszanyúlik a szülés első phasisába, a tágulási szakba, teljes kifejlődését azonban csak a kitolási szakban éri el.

Korai diagnosisa sokszor igen nehéz. Collisióra kell gondolnunk, ha egyébként rendes ikerterhesség esetében a magzatok fejevégü fekvése mellett, az első magzat fejének lezállása a medencébe, illetőleg megszületése akadályozott. A diagnosis felállításában igen nagy segítségünkre lehet a röntgenfelvétel.

A szülész teendőit és egyúttal a jóslatot az határozza meg, hogy a szülést milyen állapotban találja. Eltekintve *Chaillly—Honore* nem értékesíthető esetétől, ha mindkét magza feje a medence üregébe bekerült, vagy éppen az első magzat feje megszületett s a szülés menetét a második magzat medencében lévő feje tartóztatja fel (*Alexander*, *Balard*, *Franque*, *Mahnert*, *Reimann*), akkor a magzatok már nem élnek, s a szülés csak a magzatok, legalább is az egyik magzat fejének megkisebbitése árán fejzhető be. — Ebből következik, hogy a szakember feladata mindenáron megakadályozni azt, hogy a második magzat feje a medence üregébe az első magzat nyakával vagy törzsével egyidőben bekerüljön. Mind noly eljárás, amely collisio mellett az első magzat fejének erőszakolt kihúzására irányul, tehát fogókisérlet (*Reimann*, *Baux*), vagy extractio cranioclasttal (*Baux*) téves és eredménytelen, mert csak azt éri el, hogy a második magzat fejét az elsőnek törzsével egyidőben erőszakolják a medence üregébe. Ha a mélyebben fekvő magzat feje kimozdítható, úgy mellette kézzel felhatolva esetleg aránylag kis beavatkozással, a második magzat fejének kitérítésével jó irányba terelhetjük a szülést (*Vallois*). Ha a kitérítés nem jár eredménnyel, a magzatok újabb összekadása ezzel nem akadályozható meg és egyébként a lábrafordítás feltételei adva vannak, különösen narkosisban a méh fellazulása után, miként *Boerma* esetében láttuk, a lábrafordítás is célravezető lehet, bár a fordítás erőszakolása különösen I. P. esetében az anyára nézve is kockázatot jelenthet, másrészt a fordítás után bekövet-

kező extractio alatt újabb collisio veszélye fenyeget. — *Lindig* prophylaktikus lábrafordítást és extractiót végzett s az utoljára jövő fej a második magzat fejével összekadott. Mindkét magzatot elveszítette. Épen ezért a fordítást főleg többször szülő esetében de akkor is csak abban az esetben alkalmaznánk, ha a fej könnyen kimozdítható s előreáthatólag az utóbbi szövödmény nem fenyegeti.

Beékelődött, ki nem mozdítható fej esetében, ha egyébként a császármetszés feltételei adva vannak, a magzatok életét egyedül a császármetszés képviseli biztosan.

A mi esetünkhöz hasonló, a számunkra hozzáférhető irodalomban csupán egyet találtunk. *Dawson* közli Új-Zeelandból, hogy egy először szülő nőt szállítottak 36 órával a fájások kezdeté után, minthogy az utolsó 12 órában a szülés nem haladt, elakadt ikerszülés diagnózissal intézetébe. Rectalis vizsgálat szerint a méhszáj két hüvelyknyi, a burok valószínűleg nem áll. A koponya a bemenetbe nyomva, n.m. mozgatható. A röntgenfelvétel szerint a második magzat feje az első magzat fejével és vállával collisioban van. Mindkét magzat él. Két hüvelyknyi méhszáj mellett császármetszést végzett s mindkét magzatot élve hozta a világra.

Minthogy a röntgenfelvételen projectiók tévedések előfordulhatnak s a collisio kétségtelenné csak a kitolási szakban válhat, azért azt hisszük a tágulási szakban a collisio kórisméjének felállítására csupán a röntgenfelvételre támaszkodva túlkorai, annál inkább, mert a szülés folyamán javulhat is a helyzet.

Igy, amíg *Dawson* esetében a császármetszést inkább a fájásgyengeség, a 36 órája elhúzódó szülés indokolja meg, s a collisio gyanuja csupán az előbbi javallat támogatására szolgálhatott, addig a mi esetünkben a collisio miatti szülési lehetetlenség kétségtelen volt, mert a kitolási szakban akadt el a szülés s az első magzat feje, mint említettük, fájás alatt a másik nyomán visszahúzódott. Eközben pedig a passiv szakasz kinyult, ami a szülés befejezését sürgette.

A kétségtelenül megállapított collisio császármetszés javallatául először az általunk észlelt esetben szolgált.

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

Soós Aladár: Étrendi előírások III. bővített kiadás — — —	5.— P helyett 4.— P
Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230. old., 110 ábra és 16 old. műmelléklettel	5.— P
Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal — — — Vászónba kötve (8 P. h. 7 P.)	6.50 P helyett 5.50 P
Rigler Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve — —	25.— P helyett 5.70 P
Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal — — —	2.50 P helyett 2.— P
Issekutz Béla: Gyógyszerrendelés	8.— P helyett 6.— P
Krepuska István: A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana ára	4.— P

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

A **Ferenc József Tudományegyetem** bőr- és nemikórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: **Melcer Miklós** ny. rk. tanár.)

Börgümőkóros betegek bőr- és vérsavójának hatása a Koch-bacillusra.

Irta: *Sipos Károly dr.*

A szervezetnek a gümőkór elleni küzdelmében a bőr igen fontos védekező szerepét tapasztalati tények már régen valószínűvé tették. Így pl. jól megnyilvánul a bőr védőhatása abban az általánosan ismert tényben, hogy börgümőkórosban szenvedőkben, akiknek egyuttal mindig van belő szervi gümőkórjuk is, a tüdőgümőkór csak ritkán tud olyan súlyos formát ölteni, amely az egész szervezet elpusztítaná. Talán még szebben bizonyítja ezt az a többször tett megfigyelés, miszerint valamely börgümőkórcs gócnak műtéti eltávolítása a belső szervi gümőkór rohamos, sokszor halálos rosszabbodását idézte elő. A gümösen megbetegedett bőrnek ez a védekezőképessége, úgy látszik a gümőkóros bőr egészen sajátos működésének következménye és szoros összefüggésbe hozható a csakis börgümőkóros egyének bőrén kiválasztható allergiás visszahatás feleségeivel. Ma már tudjuk, hogy az ép bőrre helyezett tuberculin csakis börgümőkóros egyén bőrén támaszt visszahatást (*Nathan-Kallós*). A börgümőkóros bőrsavója is leggyakrabban börgümőkóros bőrbe ojtva okoz gyulladást és csakis ilyen bőrsavó használható fel allergizálás, művi tuberculin, vagy *Koch* bacillus elleni érzékenység elérésére. (*Sipos*). De a hatás lényegéről e visszahatások sem mondanak közelebbit. Szükséges tehát a gümőkór tanában oly fontosnak látszó áthangolódás további minden irányu megvizsgálása, remélve, hogy ennek pontos ismerete nemcsak a még mindig homályos gümőkóros allergiára fog fényt deríteni, hanem gyakorlati értékkel bíró további kísérletezések kiindulópontja lesz.

Ily irányu vizsgálataim folytatásaképp tanulmányoztam a *börgümőkóros betegek bőrsavójának a Koch bacillusra tett hatását*.

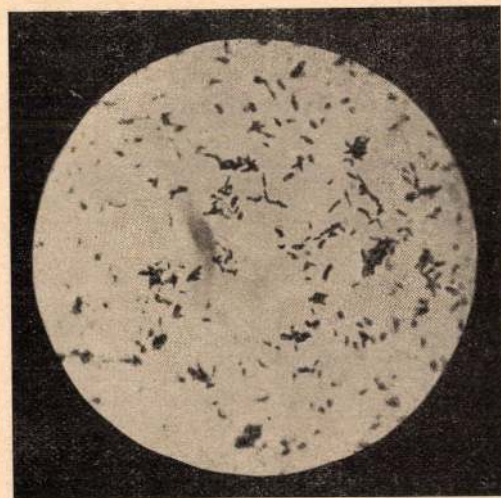
E kérdés megvizsgálását a *Kirchner-féle* folyékony táptalajban tenyésztés teszi lehetővé; a táptalaj összetétele a következő: 1000 gr. vízre számítva 3 gr. natriumphosphat, 4 gr. monokaliumphosphat, 2.5 gr. natriumcitrat, 0.6 gr. magnesiumsulfat, 5 gr. asparagin, 20 gr. glicerin. E táptalajba ojtott *Koch* bacillusok jól tenyésznek, benne tulnyomórészt szabályos saválló pálcákat találunk. — Célunkat tehát elérhetjük, ha megvizsgáljuk, miféle elváltozások keletkeznek a tenyészetben, illetőleg a *Koch* bacilluson akkor, ha a táptalajt börgümőkóros bőrsavóval keverten használjuk tenyésztésre.

Ily fajta vizsgálatot még alig végeztek, *Kirchner* a táptalajhoz adott rappinnal immunizált lósavó hatására nem saválló pálcák és szemcsés alakok megjelenését észlelte. *Nathan-Kallós* észlelete szerint a börgümőkórosak vérsavójának határozott növekedést gátló hatása van, ami a telepek kisbbedésén kívül, főleg a bakteriumok alakváltozásán granulált, nem saválló pálcák megjelenésében nyilvánul.

Kísérleteinket következőleg végeztük: börgümőkóros betegek kezszárán cantharidin-tapasszal hólyagot húztunk. A savót sterilén kiszívtuk, a fibrin kiválása után 3 ccm.-ént steril kémcsőbe fejtettük és hozzá ugyanolyan mennyiségű *Kirchner* táptalajt vegyítettünk. A jól össze-rázott human jellegű *Koch*-bacillus törzs suspensiójából a táptalajhoz pontosan azonos mennyiséget, 0.1 mg.-t kevertünk. A lezárt kémcsöveket 5 hétig költőkályhában tartottuk teljes nyugalomban.

Felbontás és sterilitás-vizsgálat után, midőn a beferőtőzött tenyészeteket kiselejteztük, minden cső felületes és a kémcső fenekén növő mély telepeiből 2—3 szélesztett készítményt kentünk ki. A mély tenyészetek kiemelése Pasteur pipetta segítségével úgy történt, hogy a pipetta felső szélesebb nyílását ujjunkkal elzártuk és a hajszálcsöves részt lehetőleg gyorsan a kémcső fenekére toltuk. Ujjunk elemelése után a táptalaj a tenyészetek morzsáival együtt a capillaris részbe tódult. A szélesebb nyílást ujjunkkal újból zárva a pipettát gyorsan kiemeltük, tartalmát tárgylemezre csöppentettük és vékonyan kiterítettük. Az összes készítmények festése Ziehl-Neelsen szerint történt. Hasonló módon készítettük ellenőrzésre szolgáló készítményeinket is. Erre a célra ugyanezen bőrgümőkórosak vérsavójával készített tenyészetek, másrészt klinikailag gümőkórmentes, leginkább kankóban szenvedők bőr- és vérsavójával végzett hasonló tenyészetek szolgáltak. Törzsünkől egyuttal Löwenstein és Petregnanj táptalajokra is ojtottunk, hogy a csírák élet- és szaporodó képességéről meggyőződhessünk. Természetesen vérsavóval nem kevert tiszta Kirchner-táptalajba is ojtottunk törzsünkől, hogy összehasonlításra savóhatástól mentes, folyékony táptalajon nőtt tenyészeteket is kapjunk.

Kísérleteim 29 bőrgümőkóros hólyagsavójával, vérsavójával végeztem. Ellenőrzésre 14 klinikailag gümőkórmentesnek mondható hólyagsavója és vérsavója szolgált. A tenyészetek sajátosságait mintegy 900 szélesztett készítmény átvizsgálása után állapítottam meg.



1. ábra.

A tenyészetek vizsgálatát kétféleképpen végeztem: Szabad szemmel megállapítottam és összehasonlítottam a képződött tenyészetek tömegét, a telepek nagyságát az ellenőrzésre szolgálókéval. Véleményem szerint azonban ez a mód pontos következtetésekre nem alkalmas. Mind a felületes, mind a csövek fenekén fejlődő mély telepek ugyanis igen változó nagyságúak. Ugyanis a vérsavóból, méginkább a hólyagsavóból a hosszú állás alatt bizonyos, valószínűleg fehérjeszerű anyagok csapódtak le, mik azután elfődték a Koch-bacillusokból álló telepek képét, megnehezítvén annak pontos leolvasását. Annyit mégis megállapíthattam, hogy a bőrgümőkóros savót tartalmazó csövekben mind a felületi, mind a mély telepek jelentékenyen kisebbek voltak, mint az ellenőrzésre szolgáló csövekben. A telepek nagyságbeli különbsége azonban igen változó volt, még néha az ugyanazon savót tartalmazó csövekben is.

Sokkal fontosabbnak és határozott következtetésekre is alkalmasabbnak tartom azonban a górcsövi leletet, vagyis a bacillusokban a tenyésztés során keletkező el-

változásokat. Ezek az elváltozások nyilvánulhatnak egyrészt a bacillusok megrövidülésében, amikor a kikent készítményekben túlnyomórészt igen rövid, majdnem félnyire rövidült, mindössze 2—4 mikromnyi bacillusok láthatók. Megváltozhat a bacillusok alakja is: karcsúságot veszített, felpuffadt pálcák jelenhetnek meg (1. ábra.). Különösen az ilyen pálcákon látható igen gyakran a festhetőség megváltozása is. Ezek a bacillusok már nem festődtek egyenletesen, jól festődő részek nem festődött részekkel váltakoztak. Az ilyen bacillusok sokszor teljesen pontokra szétesve látszanak, a pálcák helyett egymásmellé helyezett, élénk-pirosra festődő pontocskák sora látszott. (2. és 3. ábra). Meg kell különböztetnünk ettől a bacillusok oly értelmű elváltozását, amikor az erősebben, vagy gyengébben, de egyenletesen festődő bacillusok testében, annak végein, vagy közepén sötét-lilás, fekete szemcsék jelentkeztek. (4. ábra.). Rendszerint csak egy, de néha 3—4 ilyen szemese is előfordul egy bacillusban. Igen fontos elváltozás a bacillusok nehéz festhetősége, amikor is ezek halvány-piros színben tűnnek fel, továbbá a bacillusok savállóságának csökkenése, amikor halványkékre festődnek a csírák.



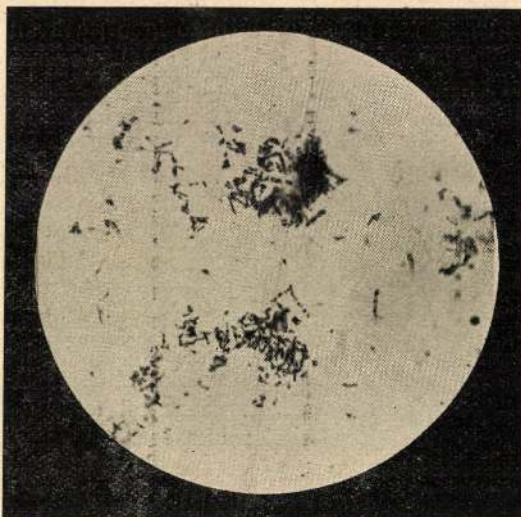
2. ábra.



3. ábra.

A bacillusoknak most leírt elváltozásai és különösképp az elváltozások erősségében észlelhető nagyfokú különbségek az egyes savó-csoportokra nagy vonalakban jellemzők. Az egyes savó-csoportokra jellemző elváltozásokat röviden a következőkben foglalhatom össze:

I. A tiszta, savómentes *Kirchner* kultúrában a *Koch*-bacillusok alaki és festődési tulajdonságaikat elég jól megtartják. Túlnyomórésziük ép, egyenletes és jól festődő, saválló pálcá, szemcsézettség csak elvétve található bennük.



4. ábra.

II. A felületi telepekre egészségesek és gümőkórosak vérsavójának, valamint a gümőkórmentesek bőrsavójának a hatása kb. egyforma: a pálcák általában jelentékenyen rövidebbek. Egyes savók hatásaként ugyan a granulált-ság és a bakteriumok szakaszos festődése is bekövetkezett, ez azonban egy esetben sem volt nagyfokú.

III. A bőrgümőkórosak bőrsavójának hatására a felületi telepekben már határozottabb szemcsézettség és a bacillusok saválló pontokra szétesését találtam. Gyakran előfordult felpuffadt, szakaszosan festett alakok is. Általában azonban az ép, jól festődő pálcikák, voltak többségben. (1. ábra.).

Sokkal jelentősebbek a mély telepek elváltozásai. A bacillusok fentebb vázolt alaki és fejlődési elváltozásait találtam meg ezekben is, de az egyes csoportokban az elváltozások erőssége között szembetűnő különbségeket találtam.

IV. Mert, míg az egészségesek vér- és bőrsavójával kevert talajban tenyésztett bacillusok általában csak kisfokú ártalmat szenvednek s bennük kevés granulált és darabokra szétesett, ritkán felpuffadt, szakaszosan festődő, vagy csökkent savállóságú pálcát találtam, addig:

V. a gümőkórosak vérsavós táptalajának mély telepeiben a granulatio és darabokraesés lép előtérbe. (2. ábra.).

VI. Különösképen feltűnő volt, hogy egyes gümőkóros bőrsavós táptalaj mély telepeiben csaknem valamennyi bacillus elváltozott. Granulált darabokra esett, továbbá sok felpuffadt, szakaszosan festődő bacilluson kívül nagymennyiségű, csökkent savállóságú pálcát találtam. (3. és 4. ábra.).

Legfontosabb kérdés, hogy ezek az elváltozások mily behatások eredményeképpen keletkeznek?

Mint az eddigiekből is kitűnt, csakis a tiszta vérsavó nélküli *Kirchner* táptalajon tenyésztett *Koch*-bacillusok tartják meg eredeti sajátosságukat, ebből következőleg tehát a bacillusokban kimutatható minden más elváltozást a táptalajhoz kevert savók hatásának kell tulajdonítanom. Feltűnő egyes elváltozásoknak a *Mucht*-től először leírt és ma már általánosan elfogadott granulomokhoz, vagy bacillus variánsokhoz hasonlósága, esetleg azokkal azonos-

sága. Nem zárható ki az sem, hogy létrejövetelükben is közös okok szerepelnek. De ha akár a *Mucht*-féle fejlődési, akár a *Matson*-féle elfajulási elméletet is fogadnánk el, létrejövetelüknek közelebbi körülményeit illetőleg mégis csak feltevésekre volnánk utalva. Ha pedig a bakteriumok megváltozásának lényegét nem ismerjük, természetesen nem tudhatjuk pontosan azt sem, melyik elváltozás jelenti a bacillusok súlyosabb bántalmát. Erre inkább csak a megváltozott bacillusok mennyiségéből vonhatunk következtetést, vagy pedig abból, hogy önkényesen feltesszük, hogy a tenyészetekben kimutatható többféle elváltozás egyben a bacillusok súlyosabb baját is jelenti. E szempontok tekintetbevételével osztályozva a különféle csoportok elváltozásait, megállapíthatjuk, hogy mind a gümőkórosak vérsavója, mind pedig a gümőkórosak bőrsavója nagyobb befolyással van a *Koch*-bacillusra és annak valószínűleg nagyobb ártalmára is van, mint a klinikailag gümőkórmentesnek tartható egyének savói. Az ártó hatás a mély telepekre jobban érvényesül, mint a felületiekre, a mély telepek elváltozásai mindig kifejezettebbek, határozottabbak és többfélék. A legerősebb elváltozásokat a gümőkórosak bőrsavójában tenyésztett mély telepekben találtam, de mivel ennek felületi telepeiben is általában jóval erősebb volt az elváltozás, mint a megfelelő vérsavótenyészetben, azt hiszem joggal következtethetek arra, hogy a legerősebb ártalmasító, esetleg kifejlődést gátló hatása a gümőkórosok bőrsavójának van.

Eredményeim értékelésekor azonban számba kell vennem azt, hogy a vázolt elváltozások csak átlagértékek, ezen azt értem, hogy az egyes csoportokban kapott elváltozások nem jellemzők mereven az illető csoportra; hasonló elváltozások kisebb-nagyobb mértékben a másik csoportban is fellelhetők. Ezek az eltolódások az vizsgált egyén allergiás állapotával szorosan összefüggőnek látszanak és éppen ez az, amiből a behatások különbözőségének okaira némiképp következtethetünk. Ma már tudjuk, hogy az allergia az, ami gümőkórban a szervezet visszahatását, jelen esetben tehát a savóknak a bakteriumokra tett hatását megszabja. És amint a gümőkóros betegségek egyes csoportjainak allergiája egymástól mereven el nem választható, egyikből a másikba az átmenet széles sora figyelhető meg, amint a klinikailag gümőkórmentesek allergiájának erősségében is igen nagy különbségek lehetnek, éppen így az egyes savóknak a *Koch*-bacillusra kifejtett hatásának is különbözőnek kell lennie az illető csoport, vagy egyén allergiafokának megfelelőleg. Erre mutat azon észlelésem is, miszerint két gümőkórmentes egyéntől vett vér- és bőrsavónak volt a legkevesebb változtató hatása a *Koch*-bacillusra valamennyi savók közül, valószínűleg éppen a gümőkóros áthangolódásnak teljes hiánya miatt.

Ha e megfontolások számbavételével kísérleteink megindításakor kitűzött kérdésekre felelni akarunk, röviden a következőket mondhatjuk: bőrgümőkóros egyének vér-, méginkább bőrsavójában olyan anyagok vannak, mik a tenyésztési kísérletekben a *Koch*-bacillusokat megváltoztatni és valószínűleg ártalmasítani is tudják. Klinikailag gümőkórmentesek savóinak e hatása jelentősen kisebb. A savóknak e képessége az illető egyén allergiájával, az egyes csoportok közti különbségek, illetőleg átmenetek pedig az allergiának csoportonként, esetleg egyénenként változó különbségeivel hozhatók összefüggésbe.

A borsodvármegyei Erzsébet-kórház bőrbeteg osztályának közleménye.

Rubrophen bőrgümőkór ellen.

Irta: *Fürész Jenő dr.*, kórházi főorvos, Miskolc.

Bőrgümőkórról nemcsak akkor beszélünk, ha a lefolyás a szövettani lelet, vagy a Koch-bacillus kimutathatósága szól emellett, hanem akkor is, ha a bacillus hiányzik ugyan, de endotoxinjának és a szervezetnek egymásra hatása következtében támadnak jellegzetes bőrelváltozások.

A bőr gümős fertőzése két úton lehetséges. Lehet, hogy kívülről hatol be a bőrbe, s ott megfelelő táptalajra talál, mert megvan a hajlam, másrészt a szervezetben nincs meg a kellő védekező képesség, hogy a kórokozót helyben megsemmisítse; így jön létre a bőrben a gümős szöveti elváltozás. Ez az *exogen fertőzés*.

A másik fertőzési mód az *endogen*, mikor a bacillus, a szervezet bármely részében vegetáló gümős gócból a vér, vagy nyirokkeringés útján kerül a bőrbe.

Mióta *Koch Róbert*nek a tuberculosis luposában sikerült a bacillust kimutatni, a kutatók nagy tömege foglalkozott e témával. De, mint tudjuk, a Koch-bacillus mind a lupusos, mind egyéb gümős bőrelváltozásban csak nagyon kis számban van jelen és közvetlen kimutatása legtöbbször igen nehéz, vagy egyáltalán nem is sikerül. Ennek okát nem tudjuk. Nézetem szerint úgy vagyunk ezzel a kérdéssel, mint a gummánál a *spirochaeta pallida* kimutatásával. A gummában azért oly nehéz a kórokozót megtalálni, mert a gumma széteső szövet, s a szövetrel együtt tönkremennek a *spirochaeták* is. A lupus is széteső granulációs folyamat, a bacillusok ott is szétesnek. A bacillus fölkeresésének nehézségei vezették rá a kutatókat arra, hogy azt ne a gócbokban, hanem a szövetmetszetekben keressék. Elhagyták a Ziehl-Neelsen-festést a helyette a bacillusnak *Much* által fölfedezett és a róla el is nevezett szemcsés alakját igyekeztek kimutatni. A *Much* f. szemcséket Gram-festéssel a szövetekben tényleg sokkal nagyobb százalékban találták meg, mint a pálcikákat.

Kórjelző még bőrgümőkórra az a szöveti kép, melyet általában tuberculoid szerkezetnek szoktunk nevezni. Ez azonban a bőr gümőkórjára kevésbé jellegzetes, mint más szervekre, mert az elsajtosodás igen gyakran hiányzik. Sokszor csak egyszerű sarjszövet látható a metszetekben. Számos esetben ezért a kórjelzésben mégiscsak a betegség klinikai képére vagyunk utalva.

Arra a kérdésre, melyik életkorban jelentkezik a bőrgümőkór, azt válaszolhatjuk, hogy nincs korhoz kötve. Sokan azt mondják, hogy a fiatalok betegsége, a 14. és 30. életév közt. Kétségtelenül helyesebb azonban az a megállapítás, hogy a bőrtbc. már a gyermekkorban megindul. Legjobban szemléltethetjük ezt a tbc. lupus példáján. Mindnyájan tudjuk, hogy a betegségnek egyik legkedveltebb megtelepülési helye az orr porcós váza (csonton sohasem). Sok gyermek szereti piszkálni az orrát, s ha csak nem balkezű, a jobb orrnyílását a jobb kezével. Így apró hámszájnyak keletkeznek, s ezen bejuthatnak a bacillusok. Látszólag úgy tűnik fel, mintha későbbi korban kapta volna a beteg lupusát, pedig az fölfedezetlenül megvan már gyermekora óta. Az elsőleges laesiotól a teljes kifejlődésig legtöbbször évek kellenek. Jóindulatú esetekben a terjedés igen lassu. Évekig egy állapotban marad a kezeletlen góc. Vannak viszont olyan esetek, ahol bármit is csinál az orvos, évekre terjedő és kitartó kezelés ellenére sem akar a folyamat megállni. A fekélyek ráterjednek az egész arcra, s hogy lelkiileg mennyit szenved a szerencsétlen lupusos, arról nem is kell írni. Hiszen a szó

valódi értelmében kiközösítik a társadalomból, munkát, állást nem kaphat: úgy félnek tőle, mint hajdanában a bélpoklostól.

A bőrtuberculosis gyógykezelése a legnehezebb bőrgyógyászati problémák egyike. Miként a szervezet egyéb gümős betegségei ellen nem rendelkezünk igazi specifikummal, úgy vagyunk a bőr tbc.-és megbetegedéseivel is. S miként a szervezet más gümős bajában electiv módon ható eljárások kombinációt használjuk fel gyógyításra, úgy vagyunk a bőr gümőkórjával is. Hosszú időre, gyakran évekre van szükségünk, hogy egyes bőrtuberculitikus beteget meggyógyíthassunk.

Régen bebizonyított dolog, hogy a bőr és a belső szervek, főleg a tüdő gümőkórja közt legtöbbször kapcsolat van. S igen régi tapasztalat, hogy a bőr tbc.-t néha minden helyi kezelés nélkül általános óvószabályokkal igen kedvezően tudjuk befolyásolni. Ide tartoznak pl. a magaslati és tengeri fürdőkben a bőrtbc. ellen alkalmazott lég- és napfürdők. Ezt a kúrát sajnos, csak a nagyon jómódú betegek vehetik igénybe. A természetes sugárzásokat a Finsen-féle ivlámpafényű, hegyikristály-lencsével ellátott készülékkel lehet helyettesíteni. Ugyanilyen célt szolgálnak az Areol, Heliol és Jupiter-lámpák és a németektől dícsért Kandem-ivlámpák is.

A Vitalux-lámpa, a quarz-cadmium, a röntgen, rádium mind-mind a lupust igyekezik gyógyítani. De csak igyekezik, mert kielégítő eredményt egyik sem ad. Sőt sokszor árthatunk is velük, ha a belső szervek is gümősek.

A Gerson-Sauerbruch-Hermannsdorfer féle konyhasószegény étrend sem váltotta be a hozzáfűzött nagy reményeket. Vitaminok adása (*Theiss*: vigantol, *Freund*: besugárzott ergosterin), a *Kerning* és *Hepf* által ajánlott „titrosalz” sem vitte előbbre a gyógyítást.

Éppen ilyen bizonytalan értékű a *Jancsó* által bevezetett sajátos és sajátvér kombinációja.

A belsőleg adott szerekről már 60 évvel ezelőtt megmondta *Kaposi*, hogy nem sokat érnek és ugyanezt mondhatjuk ma is. Az arsen, vagy az újabb divatos aranykezelés nem fajlagos, hanem az általános erőbeli állapotot javítja. A be nem vált eljárások közül még megemlíthetem a diathermiát, a rövidhullámkezelést, a különböző alakban beadott tuberculint.

Legújabbban az angolok a lupus vulgarist intracutan hydncarpat befecskendezésekkel próbálják gyógyítani. *L. Rogers* volt az első, kinek állítólag sikerült egy lupusos betegét ilyen módon meggyógyítani. Leprakutatók már régebben alkalmazták a hydncarpus-olaj estereit leprás bőrelváltozások ellen. *Rogers*-et is a lepra és a gümőkór közti bizonyos analógia vezette erre a kezelési módra. Kedvező eredményről számol be *Burgess* is, aki phenyl-aethylhydncarpattal dolgozott. Hetenként egyszer 1 cm. összes mennyiséget ad intracutan, sok részre osztva a lupusos területet. *Wallace* 15 esetről adott beszámolót, nem látott teljes gyógyulást, de a kezelés alatt a csomók lepadását, a crusták eltűnését és a sarjadzások kisebbedését észlelte.

A helyi kezelés vagy a lupusos területek kicanalazásában és kiegészítésében, vagy vegyszerekkel való kimaratózásában áll. A marószerek közül a legrégebb, de még ma is a legnépszerűbb a pyrogallus. Marószert a lupeal-kenőcs is, melynek legfőbb hatóanyaga 10%-os zinksulfat. *Bettini* a cuprum-dermasant ajánlja. A dermolupan a régi *Cosme*-arsenpastának módosítása. A németek a lupusant ajánlják erősen, ennek főhatóanyaga a calciumcarbonat phenollal és kaliumphenolattal kombinálva. Mások a pyotropint, egyesek a chloramint ajánlották. Népszerű a lupol is, melyben szintén carbolsav van. E szerek egyike sem éri meg a kezeléssel járó nagy fájdalmosságot, mint

ahogy *Wucherpfennig*-nek, a münsteri bőrklinika vezetőjének egyidőben annyira dicséret eljárása — villanykacscsal történő műtéti beavatkozása — sem.

A felsorolt sok gyógyítási mód azt bizonyítja, hogy egyik eljárás sem üti meg az óhajtott mértéket, s ezért nagy érdeklődéssel fordultunk *Sailer* ajánlotta új, hazai antituberculoitikum, a „rubrophen” felé. Meglepetés erejével hatott *Sailer*-nek az a bejelentése, hogy ő és munkatársai több mint 800 esetben igen jó eredményeket értek el. A rubrophen előállítását Chinoin-gyár készséggel állott rendelkezésünkre kísérleti anyaggal, úgy hogy 44 eset kapcsán mi is beszámolhatunk tapasztalatainkról.

A rubrophen ismertetését mellőzöm, s e tekintetben utalok *Sailer*, *Doros*, *Szenthe* és mások közleményeire. Csupán háromféle adagolásával akarok pár szóban foglalkozni.

Örömmel üdvözljük a dragéákat, mert a rubrophen volna az első belsőleg adható *gyógyszer*, mely magára a gümös góca hat. A dragéákat a betegek általában jól tűrték: csak némelyiknek volt gyomorfájdalma és hasmenése, főként ideges betegeknek, kiknek kevés volt a sósavuk. A hasmenésben talán volt egy kis része a nyári gyümölcs-evésnek is. A gyár ajánlotta pepsin-sósav egyidejű adagolására ezek a tünetek csakhamar elmúltak.

Az *injeciókra vonatkozóan* a következőket jegyzem meg: bőr alá és izomba a rubrophen egyáltalán nem adható, még akkor sem, ha az oldathoz 1—2% novocaint teszünk, mert rendkívül fájdalmas. Az intravenás injeciókra használatos oldatot mi nem az előírt 4 cm. mennyiségben alkalmaztuk, hanem a forrón oldás elkerülésére úgy jártunk el, hogy 8—10 cm. langyos (néha egyáltalán föl sem melegített) kétszer destillált vízbe öntöttük a port — tehát fordítva, mint az előírás, nem a vizet a porral, — s azt azután az előírás szerint fölkevertük. Mindig szép, tiszta, átlátszó, piros oldatot kaptunk, amely sohasem tört meg.

Az intravenás rubrophen-befecskendezéseket a betegek általában jól tűrték, bár megtörtént, hogy egyik-másik érgörscöt kapott. Néha égető karfájdalmakról panaszkodtak; ez olyankor fordult elő, ha az illetőnek igen rossz, szakadékony vénarendszere volt, s néhány csöpp rubrophen az ér mellé ment, vagy pedig a tú kihúzása alkalmával került kevés rubrophen a környezetbe. Ezen kellemetlenségek azonban elkerülhetők, ha hígabban adjuk, vagy pedig a fecskendőbe meglehetősen sok vért szívunk vissza és ezzel keverve adjuk be. Az érbe adott szer már 1—2 óra alatt megfesti a vizeletet, a belsőleg adott csak 6—8 óra múlva.

A harmadik alkalmazási mód a *kenőcs*. Valamennyi betegünk jól tűrte, soha semmi mellékhatását nem észleltük.

44 esetünk megoszlása a következő volt:

Lupus planus	7
Lupus tum'dus	2
Lupus exulcerans	4
Lupus verrucosus	1
Lupus serpiginosus	2
Tuberculosis cutis verrucosa	4
Tbc. cutis colliquativa (cutanea et subcutanea)	7
Tbc. indurativa cutanea (Erythema induratum Bazin)	1
Tbc. cutis ulcerosa	4
Miliarlupoid (Boeck-féle sarcoid)	1
Epididymitis tuberculosa	4
Cystitis tuberculosa	2
Tbc. renis	3
Gonitis tuberculosa	1
Caries tibiae	1

A kezelés minden esetben vegyes volt: másodnaponként egy intravenás oltás, a közti napokon 4—6 dragée. Helyben 24—48—72 órára kenőcs. — A nem bőresetekben ugyanez volt a kezelés, de kenőcs nélkül.

Az eredmények kielégítőek. Általános hatásként majdnem minden betegünk erősödött és hizott. Legfeltűnőbb volt a hízás egyik cystitis tbc.-ben szenvedő betegünk esetében, kinek gümös bal veséjét 2 éve eltávolították, majd később a bal heréjét és mellékheréjét vették ki. Az osztályra súlyos állapotban került ez a beteg, kb. négy hónapi kezelésünkre 13 kg-ot hizott.

Betegeink vörösvérsejtjeinek szaporodása és vérképük változására vonatkozó észleléseink megerősítik *Szenthe* vizsgálatait.

A helyi elváltozásokat illetően azok a lupusos és egyéb gümőkóros betegek gyógyultak legjobban és leg hamarabb, ahol góchatást váltott ki a rubrophen. E gócreactionak pontos leírását adta *Doros* és személyes tapasztalataink mindenben egyeznek az ő megállapításaival. Mi is észleltük a gümös területek vérmerevedését, duzzadását, fokozott váladéktermelését és a mélyen ülő göbök felületesebbé válását, kiürülését és behámosodását. Gócreactiont 7 esetben láttunk és ezek közül a több mint félevesi kezelési, illetve megfigyelési idő alatt gyógyult, vagy lényegesen javult 5 eset. Ahol gócreactiont nem sikerült kezelésünkkel elérni (főleg, ahol nagyon régi, porckemény hegyszövetben voltak a göbök), ott a rubrophen hatása — legalább is a megfigyelés ideje alatt — nem volt számottevő.

Egyöntetűen szép eredményeink voltak Boeck-féle sarcoid, tbc. verrucosa cutis, tbc. indurativa, ulcera tuberculotica és colliquativ bőrtuberculosisok esetében. Ezen, összesen 17 esetünk teljes meggyógyult.

Ugyancsak nagyon meg voltunk elégedve 4 mellékherégümőkóros betegünk gyógyulásával. Közülük egynek majdnem teljesen visszafejlődött a daganata, s most csak egy babnyi, teljesen fájdalomtalan góc jelzi a lezajlott folyamatot. Másik három betegünk vidéki, kettő közülök csak belsőleg szedi a rubrophen-t és saját bevallásuk szerint nagyon rendetlenül, mégpedig azért, mert teljesen jól érzik magukat, sokat híztak és teljesen fájdalomtalan, de azért még megnagyobbodott mellékheréjük a munkában nem zavarja őket. A negyedik beteg egy vidéki kartárs kezelésében van már öt hónapja. Orvosa értesítése szerint mellékheréje felényire apadt, teljesen fájdalomtalan, tályogképződés vagy sipolyosodás nincs, rendszeren végzi foglalkozását.

Vesegümös betegeink szintén jól érzik magukat, sokat híztak, vizeletük sokkal tisztább.

A térdizületi gümőkóros beteg *Sailer* tanár kezelése alatt áll, s mint értesültem, állapotában javulás köszöntött be. A carieses beteg elmaradt a kezelésről, sorsáról nem tudok.

A rubrophen-nel elért eredményeink egyeznek a szer eddigi vizsgálóinak közléseivel. A rubrophen-kezelés nem a tuberculosis „sterilisatio magna”-ja ugyan, (kérdés, hogy ilyesmi egyáltalán létezik-e), de kétségkívül kitűnő szer, amely messzire kiemelkedik az eddigi antituberculoitikus készítmények közül. S ennek annál jobban örülhetünk, mert e készítmény magyar kutató munkája.

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

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Keloid sugárkezelése. *W. Baensch.* (Strahlentherapie 60. kötet, 2. füzet.)

A rádiumentzelést jobbnak tartja a röntgenbesugárzásnál, mert rádiummal szemben refractaer esetet kevesebbet látott. A rádium sem tünteti nyom nélkül el a keloidot, csupán megszünteti a kiemelkedést és megakadályozza az oldalirányban történő terjedést. Ajánlja a besugárzást, mert a bőrniveauban lévő nem kiemelkedő s így kevésbé feltűnő hegesedést is eredménynek tartja.

Luzsa ar.

Többéves tapasztalatok bőr- és ajakrák közeli röntgenbesugárzásával. *Chaoul, Greinader és Oeser.* (Strahlentherapie 60. kötet, 2. füzet.)

Attekintést ad a felületes rákok therapiájának irodalmáról s eredményeiről. A sebészi eljárás előfeltételeinek, a maradéknélküli eltávolításnak csak akkor felelhet meg, ha a daganat körülírt s nem infiltráló jellegű. Beszűrődött és a környezettel összekapaszkodott tumor esetén, egyéb momentumokon kívül, a kozmetikai eredmény miatt is célszerűbbnek tartja a sugaras beavatkozást. A különböző systemájú röntgenbesugárzások és a rádiummal elért legjobb 70%-os eredménynél (3 év) jobb gyógyulási százalékot érnek el szerzők a Chaoul-féle közeli röntgenbesugárzás alkalmazásával. A bőr- és ajakrák esetéről számolnak be táblázatokban. A bőr- és ajakrákokban 85,3%-os, az ajakrákok esetében pedig 83,3%-os abszolút gyógyulást (3–6 év) értek el. Külön táblázatban ismertetni más szerzők, köztük a magyar *Hrabowsky* ezirányú eredményeit. — Betegeiket nem válogatták. Egyébként technikájuk és eredményeik egyenlők a beszűrődött és környezetiükkel összekapaszkodott, valamint a körülírt s be nem szűrődött daganatoknál. A besugárzást addig folytatják, míg a tumor vissza nem fejlődik. Általában 5 és 10.000 r. közt van az adag. Hat éves gyakorlatuk alatt sérülést nem észleltek, a reakciók megegyeznek a fractionált és a fractionált-protrahált eljárásban ismeretes reakciókkal, azokat soha felül nem múlják. Eredményeik alapján a Chaoul-eljárást legáltalább is egyenértékűnek tartja a rádiumbesugárzással.

Luzsa dr.

Sebészet.

Eunarkon használata nagy beavatkozásokhoz, mint önálló altatószer. *Rintelen.* (Zbl. f. Chir. 1937. 16.)

Az eunarkont, mint intravenás altatószert 66 esetben használták, köztük középsúlyos és súlyos beavatkozások esetében. Az eunarkon narkosisban operált betegek közül 1 halt meg a műtétet követő második napon. Legnagyobb dózis 34 ccm volt, de általában 14–20 ccm, elegendő bizonyult az egész műtét időre. A betegek legnagyobb része nem kapott műtét előtt morfint, tehát az aránylag percentualisan magas, (12%) légzési zavarok arra mutatnak, hogy nem teljesen veszélytelen az eunarkon narkosis. A légzési és keringési zavarokat lobelin- és coramin-injectiókkal sikerült leküzdödni. Az eunarkon i. v.-ás adagolásának zavartalan biztosítására a kart műtét alatt sinen rögzítették. Betegeik átlagban 2–3 óra múlva ébredtek a műtét után.

Lovich Ede dr.

Gastro-enterostomia antecolica után keletkezett ileus. *Artur Hofmann.* Offenburg-Wiesbaden. (Zbl. f. Chir. 1937. 12. 691.)

A harántvastagbél előtt készített gyomor-bél egyesítés kapcsán a colon cseplesz és a lehágó jejunumkacs mesenteriuma közötti nyíláson 1,5 méter bélszakasz benyomulását és kizáródását észlelte, hat évvel az első műtét után. Ezért ajánlja az ilyen anastomosis készítése esetén a colon-cseplesz és a leszáló éhbélkacs mesenteriolumának összevarrását. Ily módon megelőzhető a későbbi esetleges belső sérvképződés és kizáródás.

Takáts László dr.

Légzési pyelogramm jelentősége vesekőrűli tályogok kórimizálásában. *F. Breuer.* Hagen-Haspe. (Zbl. f. Chir. 1937. 12. 683.)

Hilgenfeldt módszerével erős ki- és mély belélegzéskor külön készített röntgenfelvétellel a vese elmozdulását lehet megállapítani. A vese rögzítettsége a vesében, különösen azonban a vese körül lezajló gyulladásra enged következtetni. Három eset közül, ahol többé-kevésbé paranephritikus ab-

cessus mellett szülő klinikai képet a fenti módon készített pyelogramokkal egészítette ki. Mindhárom esetben az egyik vese rögzített volt, operatíókor ugyanott vesekőrűli tályogot talált. A légzési pyelogramm tehát egyeb klinikai tünettel is egybevetve, értékes útmutatást szolgáltat a per-nephritikus tályog kórimizálásában.

Takáts László dr.

Basedow praeeoperatív kezeléséhez. *Oscar Orth.* Hamburg. (Saarpf.). (Zbl. f. Chir. 1937. 12. 682.)

Golyva, legfőképp Basedow operatíója után fellépő hőemelkedések, melyekben az infectio kizárható volt, elmaradtak, vagy egészen csekélyek voltak, ha műtét előtt luminalkezelést vezetett be. Ily módon a Basedowos-szervezet műtét által még fokozott ingerlékenysége megszűnt. Ennek a subcorticalis narkotikumoknak jó hatása a Basedow-kór és a közepagy közti összefüggésre enged következtetni.

Takáts László dr.

„Vinethen“-narkosis. *Hans Kohlmayer.* Wien. (Zbl. f. Chir. 1937. 12. 678.)

Amerikából származnak ezzel az aetherszármazékkal (divinyl-aether) történt első megfigyelések. Későbbi amerikai és németországi tapasztalatok a huzamosabb narkosisra történő felhasználását illetőleg óvatosságra intettek. A szerző a fent jelzett Merck-féle készítményt 114 esetben próbálta ki. Ezek közül 100 csak bódítás és rövid (10–20 perces) narkosis volt, amely célokra a szerző ideális anyagnak tartja Gyors, izgalmi jelenségek nélküli elalvás, hasonló ébredés, utána kellemes közérzet. Gyermekeken is (9 hónaptól 3–4 éves korig) bevált. Egyeseknél a foknyagmára emlékeztető szaga kelt visszatetszést.

Takáts László dr.

Szülészet.

Az eklampsia gyógyítása. *P. Rucker.* (The Journ. Americ. Med. Association. 1937. 109. 14.)

Szerző ezen dolgozatában csak a manifest convulsiós eklampsia gyógyításával kíván foglalkozni, említésen kívül hagyva a görcsnélkülit, illetőleg a praeeklampsiát, melyek szerinte úgysem körvonalaazhatók pontosan. Az eklampsia gyógyítása két irányú: 1. praeventív; 2. curatív. — Az első abban áll, hogy a terhesség alatt az asszonyt pontosan ellenőrizni kell, főleg a testsúly emelkedését és a vérnyomását. Ha gyanús jelek lépnek fel, melyek a szokásos conservatív gyógyításra nem javulnak (fektetés, tejkúra), akkor az uterust ki kell üríteni. A curatív gyógymód ettől kissé különböző. Eddig azt tanultuk, hogy az eklampsia okozati összefüggésben áll a magzattal, éppen ezért az egyik cardialis tétel az eklampsia fellépésekor az volt, hogy a szülést gyorsan be kell fejezni. Egy ideig e téren az accouchement forcé dominálta a helyzetet, míg később ezt a sectio caesarea váltotta fel. Szerző is ezen eljárásokat alkalmazta. Későbbi statisztikáiból kiderült, hogy ezek mellett anyai mortalitása 31,6%. Szerző úgy mondja, átesett a morphin, colonirrigatio és gyomormosás phasisain is. Anyai mortalitása azonban ezek mellett is 25,9%-os volt. *Lazarus* közleménye óta (1925) 129 beteget kezelt *Lazarus* szerint, s azóta mortalitása 4,65%-ra csökkent le. Ezekről szeretne jelen közleményében beszámolni. Ezen esetek közül 6 anyai halálesete volt, melyekről azonban már egy más közleményében számolt be. Gyógyítási eljárását a következőkben jelöli meg: 1. a convulsiók megszüntetése, 2. a jó kezelés és pihenetetés, 3. a veseműködés fokozása, 4. digitalis adagolása. Intravenásan adott magnesiumsulphat kitünően bevált a convulsiók megszüntetésére. E szer initialis dosisa 20 ccm, a 10%-os oldatból. Gyakran adott másodizben is ezen szerből 15 ccm-t és néha ezt a dosist harmadizben is adagolta. Egyes esetekben natrium amyalt is adott intravenásan. Előbbi azért szereti inkább adagolni, mivel ennek alkalmazása mellett a beteg convulsiók után felébred, míg az utóbbi alkalmazása mellett álomba merül, amikor is nehéz megmondani, hogy a beteg vajjon comában van-e, vagy csak alszik. A gondos kezelés alatt azt értjük, hogy a beteget stimulálni kell, világosságot és zajt tőle távol kell tartani. Végül oldalára kell fektetni az esetleges aspiratio veszélye miatt. Ezen nyugalomba helyezésre való törekvés miatt éveti a colonirrigatiót, gyomormosást, stb. Különös gondot fordít szerző a vesefunkció épen maradására. A vese átmosására limonádt ad, s ha a beteg alszik, orron keresztül viszi be 8 óránként a folyadékot, amely mellett még intravenásan dextrose befecskendezését is ajánlja. Rögtön a magnesiumsulphat alkalmazása után adagol egy fél macska-egységnyi digitalist, melynek alkalmazása mellett tudóedemat sohasem látott.

Hogy a morphinus eljárással szemben mennyivel jobb ez az eljárás, azt más irodalmi adatokkal is igyekszik bizonyítani. A szülés befejezéséről végül azért nem szól, mert ez szerinte már nem tartozik szorosan véve az eklampsia kezeléséhez.

Ifj. Scipiades Elemér dr.

A prokteurysis értéke a fájáskeltő gyógyszerekkel szemben. *W. Günther.* (Mschr. Geb. u. Gyn. 1937, 106, 138.)

A prokteurysis azon alapszik, hogy a végbélbe vezetett gummiballon a cervicalis ganglionokra nyomást gyakorolva, fájásokat vált ki. Ricinus és beöntés után *Barnes* ballont vezet be, melyet 150—200 ccm meleg vízzel tölt fel. Ha a beteget figyelmeztette, a ballon 8 órán át, vagy azon túl is ben volt tartható. Átlagban a 2—4. órában spontán távozott. Koraszülés, terhesség végén és túlhorlás esetében, továbbá álló burok, időelőtti és korai burokrepedésben alkalmazta, önállóan és egyidejűleg fájáskeltőket is adagolva. Legjobb voltak az eredmények a terhesség végén, időelőtti burokrepedés alkalmazásával, ha a ballont az első chinin-adaggal egyidőben vezette fel. A fájások az esetek 31%-ában a behelyezés után 1—2. órában jelentkeztek. Ha három óra elmultával sem keletkeztek fájások, eredmény nem várható. Tapasztalata szerint a prokteurysissel igen jó fájásokat lehet kiváltani, de nem egyedül, hanem fájáskeltőkkel alkalmazva. Eseteit összehasonlította ugyanolyan számú, de csak gyógyszeresen kezelt esettel, különbség a két csoport között nem mutatkozott, a prokteurysis nem javította az eredményeket. A prokteurysis használata szerinte nem is a klinikán bír jelentőséggel, hanem kint a gyakorlatban, ahol az orvosnak nincs ideje a betegnek óránként injectiókat adni. Fontos, hogy extragenitalisan alkalmazható, nem akadályozza a szülés műtéti befejezését és a baba kezébe is adható.

Thaisz Kálmán dr.

Sikertelen fogókisérletről. *J. Erbslöh* (Mschr. f. Geb. u. Gyn. 1937, 105 5.)

A danzigi női klinika 20.000 szülést felölelő tíz éves anyagában 15 sikertelen fogóműtét-kísérlet fordult elő, melyekkel kapcsolatban egy anyát (eklampsiá miatt) és kilenc magzatot veszítettek. Intézetben kívül végzett sikertelen fogókísérlet után 33 szülönőt szállítottak be a klinikára, ezek közül a szülés alatt, vagy szülés után meghalt három, magzataik közül pedig 19. A fogóműtét sikeretlenségének oka leggyakrabban a fogóval le nem küzdhető téraránytalanság (szűkebb medence, vagy igen nagy, túlhorlott magzat). Több esetben időelőtti, vagy korai burokrepedés után jelentkezett fájás-gyengeség és kezdődő méhüri fertőzés mellett alkalmaztak fogót a medencebemenetben rögzült fejre; ilyen esetekben a magasfogó műtét az esetleges téraránytalanság, vagy a még kellőképpen ki nem tágtult, merev lágyrészek miatt gyakran csak eredménytelen kísérlet maradt, mely után a szűést valamely más, a magzat életét nem kímélő beavatkozással kellett befejezni.

Ifj. Mauks Károly dr.

Szemészet.

A szaruhártya átvilágítása. *Trentas.* (Arch. d'Ophthalm. 1937, október.)

Szerző a szaru diaphanoskopiájában nagyértékű vizsgálati módszert lát. A beteg a cornealis mikroszkop előtt ül és lefelé néz; a diaphanoskópot az alsó szemhéjra helyezükk. A pericornealis fénykoszorú azonnal megjelenik; a limbus és a szaru legfinomabb elváltozásai (beszűrődések, hátsó lerakódások, erezhődések, stb.) könnyen fellelhetők és tanulmányozhatók. Igen értékes az eljárás a kezdeti trachomás pannus felismerésére. Transskleralis módon is alkalmazható, mint a daganatokban. Szerző a transpalpebralis átvilágítást a mindennapos vizsgálómódszerek közé kívánja sorolni; a réseslámpa hasznos kiegészítőjeként.

Grósz István dr.

Lázterápia a szemészetben. *Hambresin.* (Annal. d'Ocul. 1937, nov.)

A lázterápia fontosabb fajait tárgyalja; ez az ingerterápiától élesen elválasztandó. A tabeszes látóidegsorvadás progrediálása megakadályozható; e célra a maláriatherápia és az olajos kén befeccskendezése ajánlható; előbbi esetben a láz 40° alatt maradjon s a kúra kezdetén adagolt kis chinindosisokkal kell a rohamokat enyhíteni. A specifikus pupillazavarok ellen a kén a legjobb. A *Amelcos* (Duxey-vaccina) a különböző eredetű iritisek és cyklotisek ellen vált be. A *pyrifer* a keratitis parenchimatosa esetén bizonyult hatásos-

nak. A Kettering-féle „hypertherm” condicionált levegőjű hőkamra, mely elsősorban az izzadmányos uveitisek, valamint lueses szemfenéki elváltozások ellen vált be; jó hatású még a parenchymatosa ellen is (I. ref. O. H. 1936, 22.). Végül az elektropyrexia értékét tabeszes atrophia n. o.-ben is jelezték; általános rövidhullámú kezelés ez, 15—25 m. hullámhosszal. Luesban valamenyi lázkeltő szer kombinálódó chemotherapiával. Szerző részletesen ismerteti a leírt eljárások technikáját és a velük elért gyógyeredmények irodalmát.

Grósz István dr.

Butorkészítők szarubántalma. *Bücklers.* (Klin. Mon. f. Aug. 1937, nov.)

A butoriparban dolgozó lakkozó és fényező munkásokon kínzó égetés kíséretében finom, csak retrograd megvilágításban (réseklámpa) látható cseppek jelennek meg a szaru hámlóján a szemrés területében; valószínűleg a lakkozó ill. -hígító szerek párolgása révén keletkező lecsapódások. Ez főleg a téli hónapokban észlelhető, amikor is a zárt helyiségben jobban felhalmozódnak az illó anyagok. Az égés és könnyezés azonnal megszűnik szelőzéssel, vagy ha a munkás távoltartja magát munkahelyétől; mivel a kezelés nem sokat segít, szóba jöhet a foglalkozás megváltoztatása is. A munkásoknak csupán kis része szenved a bántalomban (egyéni túlerzékenység?). A szereplő szerek a benzol és homológjai (xylol, toluol); vérmérgek, melyek kártañítható foglalkozási betegségeket idéznek elő (belégzés folytán hevény és illült mérgezések) ugyanezek ekzemát is okoznak a lakkozó munkás kezén zsirelvonás révén. A betegek cellulose-lakkal dolgoztak; ez elfolyósított nitrocellulose (cellon és zepponlakk). A lakkkozás történhet merítéssel és porlasztópisztollyal nyomás alatt; utóbbi eljárást követheti a dörzspapírral való kezelés. A polírozás történhet fára vagy lakkra; előbbihez sellakoldat, utóbbihoz nitrapolitur használatos.

A leírt szemelváltozásokat a szalmakalapiparban is észlelték (nitrolakkok); az ott leírt „keratitis punctata” talán szintén lecsapódás következményei; itt is az oldószerek (butylacatát és -alkohol) tehetők felelőssé. Therápiásan kenőcsök és olajok (paraffin) jönnek szóba. (A sellakkal és finnysszal dolgozó munkások az oldószert használó methylalkohol hatásának is ki vannak téve; mérgezés, belégzés és bõrresorptio után! Ref.)

Grósz István dr.

Gyermekgyógyászat.

Klinikai és röntgenvizsgálatok pylorusstenosis miatt operált gyermekeken. *A. Bau.* (Kinderärztl. Pr. 1937, 7.)

A düsseldorfi gyermekklinikán 10 év alatt 178 gyermeket operáltak pylorusstenosis miatt. Az operatio és a felülvizsgálat között eltelt idő $\frac{3}{4}$ évtől 8 évig terjedt. Az összes operált gyermek fejlődése jó volt, nem maradt el a nem operáltakétól. Gyomorpanasza csak 10-nek volt, a klinikai és röntgenvizsgálat azonban ezeken sem tudott semmi objectiv elváltozást kimutatni. A gyomor alakja is a megszokott, — szerző szerint — a felnőttkorra jellemző kampóalak. 7 gyermeknek kissé hypotonásabb volt a gyomra, de ürülése ezeknek is rendes volt.

Gefferth Károly dr.

Chininmérgezés egy esete a gyermekkorban. *E. Böck.* (D. M. W. 46, 1732. old.)

A szerző 3 éves kisleány kórtörténetét közli, aki véletlenül hozzájutott a pertussis miatt rendelt 0.05 gr-os chinin-pillulát tartalmazó üveghez és ebből kb. 2 gr. chininum sulfuricumnak megfelelő mennyiségű pillulát fogyasztott el. Két órával a chinin elfogyasztása után már rendkívül bányadt, apatikus volt, járni nem tudott, de a feltett kérdésekre néha válaszolt. Ezenkívül nagyfokú fénykerülés, könnyen elnyomható bradykardiás pulsus és extraszistolék voltak észlelhetők. Gyógykezelés: azonnali gyomorbélmosás és 200 ccm. vér lebecsajtása volt, mely helyett a gyermek ugyanannyi citrátos anyavért kapott. A gyermek állapota a kezelés hatására másnapra lényegesen javult és néhány nap múlva már teljesen egészséges volt.

Krempeh Géza dr.

A csecsemőkoron túl fellépő centrális légzésszavarok. *Peiper.* (Kinderärztl. Pr. 1937, 8.)

Két alakját különbözteti meg, úgymint 1. a per'odikus, 2. a kapkodó légzést. Az előbbi szabályos időközökben ismétlődő, az utóbbi teljesen szabálytalanul fellépő s az alsó állkapocs leszállásával kísért légzési typust mutat. A periodikus légzésszavarnak két alakja, ú. m. a Biot és Cheyne-Stokes-

féle légzés már régen ismeretes. Meningitis esetén ezek gyakran észlelhetők. Diphtheria esetén úgy a periodikus, mint a kapkodó légzéstypus felléphet. Az utóbbi általában leginkább a haldokló emberen figyelhető meg; oka a szervezet oxigénhiányában keresendő.

Geldrich dr.

Heveny idiopathiás agyhártyavérzés a gyermekkorban. H. G. Huber. (Kinderärztl. Pr. 1937. 8. 10.).

Öt éves leánygyermek, ki eddig sohasem volt beteg, hirtelen nem tudott járni, eszméletlen lett, hányt, fogait csikorgatta, vizeletét maga alá bocsájtotta. Virsgát eredménye: közepesen tág, renyhén reagáló pupillák. Ép szemfenék. Kisfokú tarkómerevség, pozitív Brudzinski és Kernig. Mindkét old. nehezen kiváltható patella- és Achilles-reflex. Lumbal-punctio eredménye: nagy nyomással egyenletesen véres, lakkzinú liquor ürül. Pándy pozitív, sejtszám emelkedett, 80/3. L'quorcukor 68 mg%. Vércukor 98 mg%. Tryptophánreactio negatív, Goldsol- és Mastix-görbe atypusos. Két nap után a gyermek visszanyerte az eszméletét, de beszélni nem tudott. Liquorlelet megegyezik az előző liquorlelettel. Következő 2. nap után már szavakat mond, de még összefüggően nem beszél, liquor már alig véres. Liquorcukor 50 mg%, különben változatlan a lelet. Hőmérséklete 38—39 C° körül van. Betegsége 2-ik hetének végén lázátalan, összefüggően beszél, liquorlelet változatlan. 3. hét után a gyermek felül. Lumbal-punctiókor kissé emelkedett nyomással xanthochrom liquor ürül. Pándy még pozitív. Következő héten teljesen panaszmentes, gyógyultan elbocsátják a gyermeket. Mivel ezen eset egy kórképbe sem illik bele, a szerző acut idiopathiás agyhártyavérzésnek tartja.

Ifj. Szlavik Ferenc dr.

Orr-, torok- gégegyógyászat

Új eljárás az otomycosis diagnosisjának biztosítására. G. Janulis. (Mschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie, 1937. 10. füzet.)

Az otomycosis elkülönítő kórisméjénél szerző eddig 100 esetben próbált ki egy igen egyszerű methodust, melyet a mikroszkopos vizsgálat minden esetben igazolt. Ez abból áll, hogy a hallójáratba lakmuszpapírt vezetve, otomycosis esetében savanyú reactiót, ekzema és otitisek esetében pedig lúgos vagy neutralis vegyhatást kapunk. Csecsemők másképp reagálnak, de gyakorlati szempontból úgysem igen jönnek számításba, mert ebben a korban otomycosis úgyszólván sohasem jelentkezik.

Ajkay Zoltán dr.

Pantocain okozta kétoldali amaurosis. O. Benesi. (Mschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie, 1937. 10. füzet.)

36 éves erőteljes férfibetegben b. o. Highmor empyema miatt szerző punctiót akart végezni, e célból 2%-os pantocainba mártott vattadarabkát helyezett a megfelelő alsó orrjáratba. Pár perc múlva a beteg kellemetlen érzésről panaszkodott és ijedten közölte, hogy nem lát semmit, még fényt sem. Vizsgálatkor a pupillák maximalisan tágak voltak, egyéb szemvizsgálat nem történt. Kb. 5 pernyi pihenés után a beteg jobban lett, látása visszatért, úgy hogy a beavatkozást el lehetett végezni. Szerző szerint a centralis amaurosis't pantocain intoxicatio okozta.

Ajkay Zoltán dr.

Bőrgyógyászat.

A streptodermiáról. E. Bizzozero és R. Leona, Torino. (Archiv. f. Dermat. u. Syph. 176. kötet, 1. füzet.)

A streptococcus fertőzés intracutan módon végzett átvitelére vonatkozó kísérletek eddig csak csekély számban sikerültek, miből arra következtettek, hogy az impetigo contagiosa kifejlődéséhez különös praedispositio szükséges. Szerzők hólyaghúzó szerekek igyekeztek egy állandó pH-t mutató sebfeületet készíteni, amelybe a hólyagfedés eltávolítása után streptococcusokat ojtottak. Ily módon úgyszólván szabályszerűleg sikerült streptodermiát kísérletileg létrehozniok, többnyire ekhyma simplex, ritkán az impetigo kórképében. Kísérletileg igazolták Lewandowsky nézetét, mely szerint a staphylococcus semmilyen módon nem befolyásolja a streptococcus fertőzés lefolyását. Virulens törzsekkel végzett átoltások majdnem 100%-ban sikerültek, a praedispositio tehát sokkal kisebb jelentőségű, mint azt eddig általában hitték. A praedispositio csak csekély virulentiájú törzsekkel szemben szembevetendő. Megállapították, hogy egyszékes egyénekben nemcsak az egyéni és tájéki praedispositio, hanem a gyulladási folyamatok is befolyásolják a kórképet. Különböző exsudatív ekzémában szenvedő betegek bőrén nem vol-

tak képesek impetigós pörköket létrehozni. Ezt igazolja az életben az ekzema impetiginosum ritka kórképe, annak ellenére, hogy a streptococcus a normalis bőrön nem tartozik a ritkaságok közé. Kísérleteik igazolják, hogy az impetigo gyógyulása nem vezethető vissza a kórokozó csökkenésére, vagy eltűnésére, hasonlóképpen a kórokozók csekélyebb fokú virulentiájára sem, mert a tenyészetek továbbvitale ugyanolyan lefolyású fertőzést eredményez. További kísérleteiket streptococcus-vaccinával végezték. Ezekből arra következtettek, hogy az ekhyma a szomszédos bőrterületen enyhe allergiás állapotot teremt (a gyógyult helyek közelében erősebb intracutan reactiót észleltek, mint más helyen). Ismételt injectiók alkalmával az újonnan ojtott területek korábban megjelenő reactiót mutatnak, ezek azonban rövidbb ideig tartanak.

Kísérleteik ellentmondanak Nathan kutatásainak, aki azt állítja, hogy az a terület, amelyben már egyszer impetigo contagiosa lejártszódott, teljesen reflectaer a további ojtásokkal szemben.

Preininger Tamás dr.

Pallida-reactióval szerzett tapasztalatok a syphilis serológiai kutatásában. K. Gaethgens, Hamburg. (Arch. f. Derm. u. Syph. 176. kötet, 1. füzet.)

A pallida-antigen (palligen) abban különbözik az alkoholos Wassermann-antigentől, hogy itt a spirochaeta pallida tenyészetek vizes suspensióját használják egy nem fajlagos erősítőszernak, a karbolnak 0.3% mennyiségű combinatiójával. Karbolmentes spirochaeta antigen is használható, ha eleget a spirochaeta-tartalma, ez azonban a Wasserman mögött marad. Fajlagos kötést csakis a spirochaeta pallidából készült antigenek adhatnak, nem pedig más spirochaeta-féleségekből készült antigenek, mint pl. a spir. dentium, spir. icterogenes, stb. A Wa. R. és a pallida reactio lényegében két különböző biológiai folyamat. A palligen használhatósága az eddigi tapasztalatok szerint 10—12 hónap.

Szerző táblázatban foglalja össze különböző szerzők eddigi munkáinak eredményeit és arra a következtetésre jut, hogy a pallida reactio felülmúlja az eredeti Wa. R.-t, mégpedig 3:2 arányban. Ez különösen az esőleges és lappangó szakban, továbbá az idegrendszer megbetegedéseinek esetében jut kifejezésre, míg a másod- és harmadlagos szakban, valamint veleszületett esetekben kevésbé. Izoláltan pozitív pallida reactio pozitív syphilités anamnesis mellett a bekövetkezett fertőzés jelének tekintendő; kórjóslati és gyógyulási jelentőségét azonban csak a további kutatások fogják eldönteni. Nem fajlagos kötések kifogástalan technika mellett a kivételekhez tartoznak. Különböző szerzők összeállításából kitűnik, hogy erősen pozitív, de nem fajlagos kötések az eseteknek csak 0.59%-ában fordulnak elő. Friboes és Zündel, valamint Brill véleményével ellentétben számos más szerzővel együtt a pallida reactiót gyakorlatilag használható reactiónak tartja. Érzékenységi és messzemenő fajlagosságánál fogva különösen alkalmas arra, hogy a gyakran ellentmondó Wa. és modern kicsapódási reactiók eredményeit áthidalja és ezáltal a complementkötési próbát a kicsapódási reactiókkal egyenértékű módszernek állítsa be.

Preininger Tamás dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Az énekhangok romlásának okai. Ligeti Armin. (Novák R. és társa kiadványa.)

Az 56 oldalra terjedő füzet orvosnak vagyis élettani műveltségű szerzőnek az írása és ez okból nagyon előnyösen különbözik a nagy számu, énekmesterektől kiadott értekezéstől, melyekben sokszor képtelen elméletek és önkényes megállapítások vonulnak fel, hogy a szerzőnek egyedül üdvözítő módszeréről tegyenek tanúságot. Ligeti írását röviden abban foglalhatjuk össze, hogy a minden mesterkéeltség nélküli természetes hangadással lehet a művészi képzést elérni és ezért a hangadásnak, mint koordinált működésnek egyes összetevőit külön-külön gyakoroltatni nem szükséges és nem is célszerű. Csak helyeselni lehet ama véleményét, hogy minden tulzott működtetés, mint a nem megfelelő hangfajtanak vagy a magasságnak erőltetése jelentékenyen károsítja a hangszervet. Szerinte a kiképzés módja az, hogy a növendék utánozza a művész-mester éneklését. Ezt számos paedagogus vallja ugyan, de ezzel szemben áll pompás coloraturaénekesnők művészete, kiket férfi nevelt, valamint basszisták, kik mesternőtől tanultak, tehát nem „előéneklés” útján. A művészek egyébiránt önmagából kell meríteni, a mester feladata pedig főleg a szakértő bírálatban merül ki.

Némái dr.

La migraine ophthalmique. Renard és Mekdjian. (Masson, Párizs, 1937. ára 22 frank.)

Szerzők kimerítően ismertetik e gyakori kórkép történetét, kórtanát, klinikumát és gyógykezelését. Gyakori az atypikus alak, melyben a syndroma valamely tagja hiányzik. A scotoma oka a kérgi látóközpontok érgörcsében, a fájdalomé a trigeminus együttérző rostjaiban futó antidrom ingerületben keresendő. Utóbbit a fájdalom megszünte bizonyítja, melyet a V. által ellátott terület bőr alatti érzéstelenítése után idéztek elő. Olykor a roham ametropia okozta túeröltéssel áll összefüggésben. A rohamot kiváltó számos tényező közt szerepel légköri zavar, havvérvzés, emóció, stb. A lényeg azonban a migrénes „terrain”, melyet jellemez a májműködés és emésztés elégtelensége, túlértékenység, neurovegetatív, endokrin és lelki egyensúlyzavar, valamint az arteriális nyomás ingadozása. Kitűnik u. i. hogy a 40 évnél fiatalabb migrénesek általános vérnyomása 89%-ban alacsony; ugyanakkor alacsonyabb a retinalis diastolés art. nyomás; de vannak periodusok, melyben mindkét érték emelkedő irányzatot mutat. Ez a vérnyomáslabilitás rendszerint vizsgálással állapítható meg. E működésbéli egyensúlyzavar — gyakran hypotensiós jelleggel — érgörcsre hajlamosít. Az idők migrénjei közel állnak a hypertóniások muló látászavaraihoz. Ezek szerint akár magas akár alacsony a vérnyomás, a nyomásvizonyok ingadozásai érgörcsrel járnak. A migraine ophthalmique elválasztandó az epilepsiától, de egy csoportba sorolható a közönséges migrénnel, asthmával, csalánkiütéssel stb. (allergiás betegségek). Gyakran kimutatható az öröklődés; az utódok a hajlamot öröklik. Therápia: a roham alatt értágítók (amylinitrit, acetylcholin); a rohamon kívül a kiváltó okok megszüntetése s a talaj lehető befolyásolása (diéta, organotherápia, általános hygiene, saját vér, ergotamin stb.), még pedig a vizsgálati eredményeknek megfelelően. A gyakori rohamok megelőzésére jól bevált a naponta rendelt kis adag luminál 1—2 cg.) esténként. Emellett 8 napos periodusokban — ugyanannyi szünettel — 50—10 csepp belladonna-tinctura ebéd előtt.

Sajnos biztos szer a roham megakadályozására nincs. Az élvezetes stílusban írt 136 oldalas könyvecske, mely a Masson cég „sárga gyűjteményében” jelent meg, jó áttekintést ad a kérdéstről (bőséges irodalommal).

Grósz István dr.

Eye strain and convergence. N. A. Stutterheim. (London, H. K. Lewis et Co. Ltd. 1937. 89 o'd.)

Az egész könyv a szerző önálló elméletén alapul s ezt kiegészítően új gyógyeljárással foglalkozik. Elméletek az a kiinduló pontja, hogy az emberi szem primaer helyzetbe a divergencia és nem a parallel állás. Ebben a helyzetében a szemgolyókat a külső szemizmok mint tensorok és nem mint antagonisták rögzítik. Felfogása szerint a convergencia a binocularis látással összefüggő reflex jelenség, mely teljesen független az akarattól. A látás folyamata alatt állandó működésben vannak a convergencia izmok és ha ezek nem funkcionálnak jól, akkor kellemetlen általános panaszok jelentkeznek, mint fejfájás, szédülés, fáradékonyság, amblyopia és látótér szűkülés is. E tüneteket eddig asthenopiának nevezték, ő asthenoconvergenciának nevezi és hasábos üvegek segítségével convergencia gyakorlatokat végeztet a betegekkel jó eredménnyel. 50°-on aluli convergencia gyengésséget jelent s az összetérítési gyakorlatokat addig kell folytatni, amíg a convergencia képesség 50°-on felüli lesz. Gyakorlati eredményeit 119 táblával szemlélteti.

Weinstein Pál dr.

Die Bluttransfusio und ihre Bedeutung für die Praxis. Th. Naegeli. (Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1937. Mk. 1.80.)

A 26 oldal terjedelmű munka rövid áttekintést ad a vértransfusio legfontosabb kérdésének mai állásáról. Tártya ja a vércsoportmeghatározás módszerét, a kettős próba és biológiai próba jelentőségét és a vértransfusióval járó szövődmények elkerülését. Az oroszországi konservált vér és halott vér felhasználását elutasítja; tárgyalja a vérátömlesztés javallatait és ellenjavallatait, továbbá a sajátvér visszaömlését. Rövid áttekintést ad a legelterjedtebb készülékek előnyeiről és hátrányairól. Zárószavában, mint alapvető tételt kívánja meg, hogy a háborúra való felkészültség ezen a téren is elő kell készíteni s a vércsoportmeghatározást már most minden egyes bevonuló katonánál végre kell hajtani. A munkát könnyed, gördülékeny stílus jellemzi, olyan olvasóközönség számára íródott, akik ezzel a kérdéssel már előzetesen is foglalkoztak.

Kubányi Endre dr.

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának november 15-i ülése.

Előadások:

Gróh Gy.: A fehérjemolekulák szerkezete biológiai szempontból. Az előadó elsősorban is a kémiai fehérjeszerkezet-kutatás nehézségeit ismertette, majd kiemelte azt, hogy biológiai reakciókkal (p-accipitáció és anaphylaxiás reactio, Abderhalden-féle védőfermentreactio) aránylag egyszerűen felismerhetők azok a finomabb szerkezeti különbségek, melyek rokon fehérjék között is fennállnak.

Részletesen ismertette saját vizsgálatát, melyek a Magyar Tudományos Akadémia kiadásában megjelenő Matemat. és Természettudományi Értesítőben, a Z. f. physiolog. Chemieben és a Biochem. Z.-ben megjelentek. Lehetséges vált, hogy physikai-kémiai (ultraibolya spectrofotométeres) módszerekkel jól definiált különbségeket lehessen találni az A és B vércsoportú serumglobulinok között, ezenfelül pedig a C vércsoportúhoz tartozó férfiak és nők serumfehérjéi között is mutatkoznak határozott különbségek. Vizsgálatai szerint ezeket a különbségeket nem az agglutininek okozzák, hanem a serumfehérjemolekulák kémiai constitúciójában fennálló különbségek.

Zechmeister L.: Gróh prof. kutatásának jelentőségét, úgy mint Fenyvessy prof. is, abban látja, hogy a serologia területéről sikerült bizonyos fontos jelenségeket áttolni az exact számokkal dolgozó physiko-kémia területére. Nemcsak az eddigi eredmények fontosak, hanem az új perspektiva is, amelyet az előadó megnyitott. Gróh tanár úrnak továbbra is az eddigiekhez hasonló és még nagyobb sikereket kíván.

November 22-i ülés.

Előadás:

Kanyó B.: A víruskutatás újabb eredményei. A mikrobiológiai kutatásnak legtöbb eredményt felmutató területe az a kutatási ág, mely a szűrhető vírusokkal foglalkozik, ennek megjelölésére Darányi professor a „virologia” elnevezést ajánlja.

A physicalis chemia határterületének művelése vezetett a ballast-anyagoktól mentes, tiszta virusemulsók előállítására. Ennek éppoly jelentősége van, mint annakidején a bakteriológiában az első szintenyésztés előállításának. A katalphoresissal, absorptiós módszerekkel újabban kimutatható vírusnyomoknak gyakorlati, járványtani jelentősége is van. A cytológia, szövettenyésztés módszereinek alkalmazása oda vezetett, hogy ma már 30 körül van a túldús szövetekben mesterségesen szaporítható vírus-törzsek száma.

A himlőoltás és sárgaláz elleni védőoltásoknál ma már sikerrel alkalmazhatók a szövettenyésztésben szaporított vírus-emu-siókból készült oltóanyagok.

A Goodpasture módszere szerint, a tyúktojásban kifejlődő embryo chorio-allantois hártáján kialakuló vírus-kolóniákat, továbbá újabb kísérleteit, Vollmar eljárása szerint steril üvegedénybe nedves kamába beültött, héjától megfosztott tyúktojásból az embryo kifejlődésének különböző szakaszait, — az előadó vetített képekkel demonstrálta.

A szövettenyésztés módszereinek köszönhető, hogy ma már bizonyos összefüggéseket lehet látni a kórokozó agensek elfogadott elemi testecskéik és a sejtzáratok között.

A vírus-elemek nagyságára vonatkozó adatokat 1. ultrafiltratio révén, 2. ultracentrifuga igénybevételével, a részecskék ülepedési gyorsaságából, 3. Burnard quarz-optikájú nagyító berendezésével, utábo'yafényben felvett fényképek segítségével lehet megközelítőleg meghatározni.

A különböző vírus-betegségek kórokozói, az elemi testecskéket átmérijük nagysága szerint ma már skálába lehet állítani. A fluorescentis mikroszkóp segítségével előadónak is sikerült kórokozó elemi testecskéket láthatóvá tenni.

A fertőzés és immunitás mechanizmusának kérdését is előbbre vitte a víruskutatás. Előadónak hét évvel ezelőtt, el-sők között sikerült normális lefolyású himlőoltás után a keringő vérből nyúlhe-passage-val szaporítva, a vírus-nyomokat cornealis o'tás révén kimutatni.

A vírus gyors generalizálása egyik oka annak, hogy a vírusbetegségeknél a savók alkalmazásától csak a fertőzés legkezdetibb szakában várható eredmény. Az állatgyógyászatban is legjobban a gyengített, de élő vírusokkal, továbbá a vírus és immunsavó keverékkel végzett megelőző oltások alkalmazása vezetett a legjobb gyakorlati eredményre.

A vir'cid savók hatásmechanizmusát előadó vaccina-virussal végzett kísérleteivel demonstrálta.

A laboratóriumi kísérleti átlatokban — nyúlban, tengeri malacokban — néha lappangó, saprophyta-vírusok felismeré-

sének nagy elvi jelentősége van, egyúttal megvéd a kísérleti eredmények téves értékelésétől.

A víruskutatás fejlődését nagyban elősegítette, hogy száj- és körömfájásnál a tengerimalac, szopornyicánál és inluenzánál a menyét, sárgaláznál és veszettségnél a fehérgeger megfelelő fertőzési kaput választva, a vírus továbboltására és titrálására is felhasználható. A poliomyelitis és trachomakutatást éppen a fogékony kísérleti állat tartásának költégei nehezítik meg. *Gulyás A.* debreceni vizsgálatai nyomán hazánkban is felismert növényi vírusbetegségek tanulmányozása az utóbbi években értékes módszerekkel gazdagította a víruskutatást.

Dobszay L. m. v.: *A terhességi hormonális reakciókról.* A terhességi hormonális reakciók fogalomkörét lényegesen ki kell bővítenünk. A physiological vérzésen kívül — amelyek hormonális eredete *Halban* óta ismeretes, — köztük kell soroznunk vizsgálatai szerint a genitális milieu újszülöttkori physiological változását, az újszülöttkori fluort, a máh evolutiót a méhszáj megnyílásával együtt, továbbá a herék lezárlását és az újszülöttkorban észlelhető átmeneti prostatahypertrophiát is. Experimentális vizsgálataiban — melyek során az említett jelenségeket sikerült előízen emberen mesterségesen reprodukálni, — kimutatta, hogy a milieu-változás, a fluor s a méhszáj megnyílása az aryai tüsző-ormon, a physiological emlőduzzat, ill. a boszorkánytej secretiója pedig *tiszthormon* és a hypophysis lactatós hormonjának együttes hatására vezethető vissza. A herék dechensuát a hypophysis gonadotrop hormonia irányítja, s valószínűleg ennek hatása szerepel az átmeneti prostatahypertrophia kialakulásában is.

vitéz Dózsa J.: Az előadó vizsgálatai elvi jelentőséűek. A következtetések helyességét bizonyítani látszana a vérchemismus és az anyagcsere bizonyos stereotip előfordásai is, melyek az újszülöttnél és a gyermekárvasnál párhuzamosan fejlődnek vissza, valamint az elhúzódo kryptorchismus újabb hypophysis-therapiája, amely bizonyos esetekben gyógyulást hozhat, másokban azt elősegíti.

Bemutatók:

Koczkás Gy.: *Szívhang-készülék.* Bemutat két készüléket, melyek a szív- és kopogtatási hangok, légzési zöreők, a vérvomás auscultációs mérésénél beállt minimális hang visszasaadására alkalmasak, még pedig az egyik akkor, ha a betegről közvetlenül felerősítve demonstráljuk ezeket a hangokat, a másik pedig ezen hangok fotoelektromos visszasaadását célozza.

Szekér J.: *Beszámoló 4307 fül-, orr-, gégeműtétről.* Ismertet néhány érdekes esetet és bemutat néhány (4) gyógyult beteget.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otológiai Szakosztályának november 17-i ülése.

Előadások:

Fleischman L.: *Adatok a kisagyi tályog klinikájához* A kisagyi tályog tünetei részben a labyrinthitis, részben a meningitis tüneteivel esnek össze. Az elküönítő kórismézés szempontjából igen értékesek a *Neumann* által felállított irányelvek a nystagmus viselkedését illetőeg. Ezek szerint a beteg oldalra irányuló nystagmus a labyrinthfunctio teljes kiesése mellett vagy labyrinthmütét után kisagyi tályog góctünetének tekinthető, míg megtartott labyrinthfunctio mellett származhatik circumscripct labyrinthitistól is. Utóbbi esetben a további lefolyás, esetleg csak a labyrinth mütét dönt el a kérdést, mert a mütét után is megmaradó nystagmus kisagyi eredet mellett szól. Megnehezíti a nystagmus értékelését az a körülmény, hogy a labyrinthfunctio teljes kiesése sokszor nehezen állapítható meg és hogy a cerebellaris nystagmus nem igazi kisagyi góctünet, hanem csupán hátsó agyödörbeli tünet, mely egyéb koponyatüri szövődményeknél is felléphet. Ennek illusztrálására két észlelést ismertet.

1. 18 éves férfi chronikus otitishez acut exacerbatio és facialisbénulás társult. Labyrinthfunctio maradványai hol vannak, hol nincsenek. Radikális mütétnél choleteatoma, ép labyrinthfal. Mütét után nystagmus a beteg oldal felé, fejfájás, hányás, szédülés, láz, tarkómerevség, a uszékönység és meningitisre valló liquor találatok, ezért labyrinthmütét a hátsó agyödör feltárásával és a kisagyi punctióával, de negatív lelettel. A következő napokban a meningitis tünete javultak és kialakul a kisagyi tályog képe. meyet a kötésváltásnál megtalálunk és kiürítünk. Ettől kezdve a gyors gyógyulás. Ez esetben tehát a latens labyrinthgyenedés és kis-

agyi tályog felismerését a labyrinthvizgálat bizonytalan adatai, majd a kísérő meningitis nehezítették meg.

2. 25 éves férfi chronikus otitis acut exacerbatiójához nystagmus a beteg oldal felé, hányás, szédülés, adiacochokinésis, elesetség társult, teljes labyrinthkieséssel. A liquorban sok lymphocytá, néhány leukocytá. Labyrinthmütétnél coelesteatoma, ivjáratsipoly; a hátsó agyödör feltárása után a subdurális üregből zavaros liquor aspirálható, a dura bemetszésénél arteriosus vérzés, mely könnyen szüntethető; a kisagyi punctioja és incisioja negatív lelettel. Mütét után pár órával apoplexiás kép, mely extusushoz vezet. A sectio friss vérzést mutatott a kisagyi felületén és az aqvalapon. A kisagyi tályogra jellemző tünetek tehát kezdődő meningitistól származtak és a tályog keresése végzetes kimeneteli agyalapi vérzéshez vezetett. Jelölül annak, hogy az explorációs szokások módszerei nem teljesen veszélytelenek.

Krepuska I.: Kétoldali kisagytályognál sem észlelhető mindig spontan nystagmus, illetve az az észlelés időpontjában már megszűnt. A tályog explorálásánál a vérző durális vagy pialis erek leköteése célszerű, mert mint előadó második bemutatott esetében történt, halálos kimeneteli komplikációk vérzés lehet ez az elmulasztott alakításnak a következménye.

sz. Liebermann T.: Már *Högyes* és az ő idejében mások által végzett vizsgálatok kiderítették, hogy a kisagyi felől a legkülönbözőbb ingerekkel lehet nystagmus előidézeni. A gyakorlatnál a legkülönbözőbb okok állhatnak fenn: toxicosis, hyperaemia, helyzetváltozás stb.

Kepes P.: A kisagyi tályognál jelentkező nystagmus nem a kisagyi állomány sérülésének a következménye, hanem távolhatásnak az eredménye. Ez a távolhatás azonban nemcsak nyomásfokozódás útján jöhet létre, hanem a gyaladásos folyamathoz a tovaterjedése révén is az enkephalitises folyamathoz a kisagytályogból ráterjed a nyultvelőre, a Deitersmagra. Ez a magyarázata annak, hogy a kisagytályog kiürülése után, tehát a nyomás megszűnésével a nystagmus még tovább fennállhat.

Pogány Ö.: Nemcsak lobos, de bármely eredetű labyrinthlaesionál előfordulnak paradox és különböző időkből különböző labyrinthtünetek. Ezek magyarázata többféle, de a positiv magyarázat kevés. A cerebellaris nystagmus oka többféle lehet: nyomás a Deitersmagra, a Deitersmag cerebellaris pályáigalma, vagy laesioja, a megnagyobbodott cerebellum nyomása a corpora quadrigemiára.

Wein Z.: Az ismertetett 2-ik esetben említett üres labyrinth teljes labyrinthkiesés mellett észlelte egy közelmúltban észlelt esetét, amelyben radikális filmmütéthez társult meningitis folytán a működésképte en labyrinthust felárva, azt szintén üresnek találta, pedig a feltételezett helyen labyrinthitis geny jelenlétére engedett következtetni.

Fleischmann L.: Kétségtelen, hogy a cerebellaris nystagmus a Deiters-magból indul ki, akár annak nyomása, akár annak a lobos (oedemás) területbe jutása folytán. Nagy kiterjedésű cerebellaris tályognál is felléphet tovaterjedő nyomás következtében cerebellaris nystagmus. A bemutatott esetek egyike a tünet megbízhatóságát igazolja, másik esetben téves diagnosishoz és végzetes kimenetelhez vezetett. A vérző edény leköteése jelen esetben nem látszott szükségesnek, mert tamponálással könnyen megszüntethető volt.

Kováts I.: *Fülkürt és menstruatio.* A havibaj a nőknél kb. 30%-ban több, kevesebb panaszt okoz. Ezek főként a hasi görcsös fájdalmak, nyomás, teltségi érzések, a kis medencében keresztirányú fájdalmak, szivdobogások, székeési és vizelési ingerek. Ritkább kellemetlenségek közé tartoznak — a főajást kivéve — a szédülések, egyensúlyi zavarok, hányingerek és hányások. Vizsgálatai igazolják, hogy ezek jó részének okát a tuba nyálkahártyájának menstruatios megduzzadása idézi elő. Ilyenkor az Eustach kürt időlegesen teljes vagy részleges elszűkülést szenved, aminek következtében nyomáskülönbség lép fel a dobüregben s ilyenkor jelentkeznek a következő tünetek: a fül eltömődésének érzése, mély jellegű zúgás, autophonia, nyeléskor a fülben ropogás, hallásrosszabodás, mely időnként gyorsan változik. Olykor a vestibularis idegág ingerlése folytán főfájások, szédülések, sőt egyensúlyi zavarok jelentkeznek. Szédüléssel kapcsolatosan vestibularis reflexek révén émelygések és hányások is keletkezhetnek. (*Krepuska*). Vizsgálatai (11 esetben) határozottan kimutatták a tuba nyálkahártyájának menstruatios elváltozását. Ezen az alapon megállapítja, hogy a havibaj alkalmával jelentkező panaszok közül a hányingerek, hányások, szédülések, egyensúlyi zavarok sok esetben a tuba nyálkahártya menstruatios elváltozásának következtében előállott részleges, vagy teljes beszűkülésével magyarázható.

Kerekes Gy.: 41 éves nőbetegén corpus luteum adagóására a menstruációkor jelentkező hallásomlás elmaradt. A beteg fülörvosi vizsgálata catarrhus tubarum kórisméjét mutatta, mely menstruatio alatt súlyosbodott.

Pogány Ö.: Figyelmebe ajánlja a bemutatónak, hogy a jövőben az ilyen eseteket vizsgálja meg labyrinthus laesióra is, mert nemcsak a tuba vérbősége, hanem a menstruációval kapcsolatos labyrinthus anaemia is oka a fülzúgásnak, halláscsökkenések, szédülésnek, stb. A hozzászóló vestibularis és cochlearis kiesést is észlelt menstruatio alatt.

Kovács I.: Azért tartotta szükségesnek ezt a kérdést a fülészeti szakosztályban felvetni, mert igen értékesnek tartotta ezen kérdés megvilágítását nemcsak nőorvosi, hanem fülörvosi szempontból is. Labyrinthus elváltozásra utaló tünetekről már több szerző tesz említést. Hogy milyen anatómiai elváltozások kapcsán jelentkeznek, nem tudjuk. Minden esetre figyelembe veendő Pogány e'nök feltevése. Ebben az irányban fogja vizsgálatait kiegészíteni.

A Szegedi Egyetembarátok Orvosi Szakosztályának november 17-i ülése.

Előadások:

Polgár I.: Adatok a jogtalan vetélések leküzdéséhez. Az ország születési arányszáma évről-évre csökken, ennek következtében a természetes szaporodás az 1931. évi 110/00-ről az 1935. évben 5.90/00-re esett vissza, s az 1931—1935. években átlagban 6.60/00 volt. A szegedi szülészkerületben hasonló a viszonyok, s az 1932—1936. években a születési arányszám átlagban 21.70/00-re csökkent szemben a 22.40/00-es országos átlaggal. Vetélésekről a szülési esetek 13.3%-ában kapnak jelentést, valószínűleg ez csak egyharmada az eseteknek. Igyekeztek a titokban maradó vetélések felderítésére hatósági intézkedésekkel fellépni s kötelezővé tették a vetélések bejelentését az orvosok részére is és a kerület egy részében minden vetelési esetet csendőrségi nyomozás alá vették. Így számos bűnös eset derült ki, de a kivizsgált eseteknek mégis csak a negyed részére lehetett fényt deríteni. A sok bűnösnek látszó vetelés elbáritására a művi vetelés elvégzésének jogát korlátozni kívánja, úgy hogy a törvény ismerje el bizonyos orvosi indikációk jogosultságát, de művi vetéléseket csak nagy szülőintézetekben végezhesse. A bábarendtartás revisióját is szükségesnek tartja, hogy a bábák terhes nőket lakásukon ne fogadhassanak s velük ne foglalkozhassanak. Más közegészségügyi, közgazgatási és socialis intézkedések mellett az új Szülészeti Törvény hivatott rendet teremteni az abortus kérdésében s ezért megalkotását sürgősnek tartja.

Páll G.: Az abortus kérdés már sokszor szerepelt szönyegen, aktualitása a születések számának nagyfokú csökkenése miatt méginkább növekedett. Evente legalább 50.000 ember megszületése marad el jogtalan elvetélések miatt, tehát a kérdés erősen husunkba vág. Az egészségügyi főhatóságnak figyelmét kötelességünk a tapasztaltakra felhívni, a kérdést állandóan napirenden kell tartani. Hivatkozik a Budapesti Kir. Orvosegyesület Gynaekologiai Szakosztályában 1932-ben vitéz *Schultz* előadása kapcsán keletkezett vitaülésre. Találón jegyezte meg akkor boldogult *Tauffer* professor, hogy a nemlő ösztönök tárgyi bizonyítékainak elűntetése épp oly erős törekvés, mint amilyen nehéz ezeket az ösztönöket kínai falakkal körülbástyázni. Ne álltassuk magunkat azzal, hogy e kérdésben valaha is 100%-os eredményt érünk el, de az államhatalomnak kötelessége, — ha kell szigorú rendszabályokkal is — türethető helyzetet teremteni. Hozzászóló az alábbi pontokban foglalja össze a gyulai szülészkerületben tapasztaltak alapján javaslatait: 1. Terhesség megszakítására vonatkozó összes orvosi javallatokat tudományunk haladásának megfelelően időnként kövönalazni szükséges.; 2. Vegye ki az egészségügyi kormányzat a terhesség megszakításának jogát a magánygyakorlat köréből, azt csakis nyilvános gyógyintézetek végezhesse megfelelő szakorvosi észlelés és tanácskozás alapján; 3. Minden elvetelés, mely orvosnak, bábának tudomására jutott, a hatósági orvosoknak bejelentendő, hogy az előidézé ok felderíttessék. Az orvosi titoktartás kötelezettsége ne lehessen palástoló körülmény jogtalan magzatűzések esetében, sem a magánygyakorlatban, sem az intézetben; 5. A büntetések felfüggesztése gyakoroltassék (ha egyéb súlyosbító körülmény nem szerepel) azon teherben volt nővel szemben, ki terhességének megszakítóját megnevezte; 6. A Btk. 285. §-ának szakaszait meg kell változtatni és büntetlenséget biztosítani az intézetben gyógyítási céllal végzett elvetélésekért.

Falta B.: Osztja az előadó nézeteit a vetélések elleni küzdelemben s bár a socialis bajok bajok megoldása nem orvosi feladat, nem lehet elég nyomattékkal s elég gyakran fontosságukra rámutatni. Mivel nagyszámú gyerek ma csak a mezőgazdasági és ipari munkáscsaládokban van, fontos lenne a családi munkabérrendszer bevezetése, munkabérkiegénylítő pénztárak útján.

Strobl F. és Dubrauszky V.: Összehasonlító vizsgálatok a klinikán használatos catgutok felszívódására vonatkozólag. 1933-ban a szegedi szülészeti- és nőgyógyászati klinikán új catgut-ot vezettek be, mely sterilizáló folyadékban, üvegphiolákban leforrasztva, használatra készen került forgalomba. Az említett catgut használatával másfél év leforgása alatt (200 laparotomia kapcsán) 5 Madelung-féle steril hasfal-szétválást észleltek a 6—9. napokon. Miután a Billmann-jódos catgut használatánál kb. 3.000 laparotomia kapcsán ilyen szövödmény nem fordult elő, s mert a Madelung-féle szétválások esetében az új catgut jelentős megvékonyodását és felrostozódását észlelték, vizsgálat tárgyává tették a Billmann-jódos és az új catgut felszívódási viszonyait. Állatkísérleteket patkányokon végeztek. Hogy a két catgut típus felszívódása teljesen azonos körülmények között történjen, mindig egyugyanazon állat jobb lumbalis izomzatába varrták be az új, és bal lumbalis izomzatába a Billmann-jódos catgut-ot. Mindkét catgut típus esetében azonos (2 számú) fonalat alkalmaztak. Vizsgálataik szerint az új catgut felszívódása már az 5. napon megkezdődik és a 30. napon gyakorlatilag már be is fejeződik. Ezzel szemben a Billmann-jódos catgut felszívódása csak a 16. napon veszi kezdetét és még a 140. napon is megtalálható a metzetekben a fonál helye. Ezenkívül az új catgut lényegesen kisebb szöveti reakciót okoz, mint a Billmann-jódos catgut. Vizsgálataik alapján szerzők úgy látják, hogy egyéb körülmények mellett az új catgut gyors felszívódásának valószínűleg szerepe van a Madelung-féle hasfali szétválások létrejöttében. A kísérletek eredménye alapján közel két éve újból a Billmann-jódos catgutot használják és azóta hasfali szétválásuk ismét nem volt.

Balla I.: A Szegedi Városi Fürdő gyógytényezői. Szeged vizellátását a múltban a Tisza folyó szolgáltatta, 1937-ben a közel 1000 m. mélykút adta thermalforrást újabb gyógyviznek minősítették, amely az alkalicus hévizek csoportjába tartozik. Ismertette az ivókúra indikációt, a városi fürdő gyógyintézményeit, amelyek hygieniai és socialis fontosságúak a dévidéken, ahol a legszerényebb viszonyú lakosság részére is lehetővé teszik a balneologiai ellátást.

Sajó L.: A szegedi városi fürdő gyógytényezőiről elhangzott előadással kapcsolatosan ama nézetének ad kifejezést, hogy a városi fürdő alkalmazott gyógytényezői érdekfűzésre számot tarthatnak ugyan, de jelentőségük inkább helyi, mivel ezekhez hasonlókkal hazánkban másutt is bőven rendelkezünk. A fürdő nem lebecsülendő értékek közt ki kell azonban az előadónál jobban emelnem a thermalis fürdőt tápláló forrás, illetve kút vizét, amely összetételénél fogva országos viszonylatban is ivókúra formájában különösen nagy értéket képvisel. E víz összetétele folytán hazánkban egyedül áll, a contingenst is csak a francia Vichy Grand Grille vize versenyezhet vele. Ebben a formában az emésztőszervek hurutos bántalmi esetében kitűnő szolgáltatót tehet és idült vesebántalmak gyógykezelésében is jelentős szerepet játszhat. E víz gyógyhatásának tulajdonképeni értékét majd csak ezek után lesz alkalom megfelelő tudományos kísérletekkel valójában megnézni és ebben kiváló szerep vár az egész szegedi orvosi karra, főleg az egyetemi klinikákra. Nagy és úgy hiszem kellően indokolt optimizmussal nézem a vízzel végzett ivókúrák jövőjét, amelyeket kellő orvosi kimunkálás után alkalmasnak látok arra, hogy Szeged város szípen megindult idegenforgalmi ténverzökből ki kell hangsúlyozni a szorosan vett gyógyító lehetőségekből a város kímáját, az itt nagy mennyiségben termő kiváló gyümölcsök, gyümölcskurákra alkalmas voltát, sok szabad fürdő lehetőségét, egy nagy, kulturális tényezővel, a legmagasabb igényeket is kielégítő egyetemi klinikákkal bíró város kel'ös közén az előbb már említett ivókúrákat és akkor nyilvánvaló, hogy ezek felhasználásával a város lakosságának és ezek között az itt élő orvosok boldogulásának jövője is biztosítva van. A forrás, illetve kút vize gyógyvíz formájában és szénssavval telítve üdítővízként is forgalomba kerül. Ez utóbbit is örömmel kell üdvözölni, mert végre lesz Szegeden egy minden tekintetben kifogástalan, helyi származású asztali víz is forgalomban.

Kühbacher F.: A város fürdőinek gyógyfürdővé történő átalakítását örömmel üdvözöljük, mert er'ítal különösen a szegényebb néposztály olyan gyógytényezőhöz jut, amelyet

éppen az annyira gyakori chr. adnexum megbetegedések kezelésében eddig nélkülözni volt kénytelen. Különösképpen áll ez, ha a kitünő hatású hydro- és balneologiai kezelés komoly javallat alapján és szakszerű ellenőrzés mellett nyer majd alkalmazást.

A Közkórházi Orvostársulat december 8-i ülése.

Előadások:

Spirkó P.: Az epekő és a műtéli indiciói. Sebészek és belgyógyászok között sok vitára ad okot a cholecystektómia. Az epekő gyógyítása csak cholecystektómiával lehet megoldva. A cholecystostomia csak az okozatot szünteti meg s az ok a beteg epehólyag, a kőképződés helye bent marad a szervezetben. A műtét vegrehajtásakor nem mindegy, hogy mikor történik, mert ha hosszú időn keresztül áll fenn, az epekőbetegség maradandó máj parenchyma elváltozást okozhat és ha ezután történik az epehólyag eltávolítása a beteg panaszai sok esetben nem múlnak el, s így az eredmény rosszabb, mintha korán, lehetőleg az első roham után történik a cholecystektómia (*Szölöcssy*), amikor is az eredmény sokkal jobb.

Szerző *Verebely* statistikáját említi, aki 304 epekömütét közül csak 3-at vesztett el. *Finsterer* statistikájában 136 negyven éven aluli egyén szerepel 2 halálessel. *Schönbauer* statistikája 480 eset kapcsán megállapítja, hogy az esetek 80%-a műtét után panaszmentes volt a beta. társ. nélkül is. A Horthy Miklós közkórház I. seosztályán 3½ év alatt 93 epekőves beteget cholecystektomizáltak s mostanig csak 4 beteg jelentkezett újra, közülük kettőnek ulcus duodenale volt, 2 pedig 30—40 év óta tartó epekövét csak 2 év előtt operáltatta meg.

A kövek spontan távozása az esetek 1—2%-ában fordul elő *Büdingen* szerint. Az olajkúrának csak epekiürülést szétető hatása van, s nem gyógyítja és nem hajtja el a követ. Fenti adatok a műtét előnyét mutatják s a conservatív belgyógyászok is kezdik már belátni annak elvitathatatlanságát.

Bézi I.: A kiméletes műtét szükségességére mutat az az észlelés, melyben a beteg negyednapra a műtét után meghalt s boncolása pörkös enteritist derített ki. Az elváltozás főleg a vékonybél felső 1,5 méteres szakaszára terjedt ki. Különleges fertőzést ki lehetett zárni s így keringési zavarra kellett gondolni, mely az említett bélelváltozást megindíthatta.

Hauber L.: *Bézi dr.* esetéhez hasonló észlelt. Egy empyemás beteg záróköve kimozdult helyéről, minek következtében genyes tartalma hirtelen kiürült és a duodenumba jutott. A beteg súlyos enteritis és septikus tünetek között decedált. Műtétkor a felső vékonybél-kacsokba ulcerosus enteritis képe volt észlelhető. — Hasonló eset elkerülése céljából azóta a készülék telt epehólyagot előzőleg mindenkor puncto révén kiüríti; ezzel egyúttal az epehólyag eltávolítását is megkönnyíti. (*Bézi dr.*) Az empyemás epehólyag tartalmának a duodenumba ömlését okozati összefüggésbe lehet hozni a bélgyulladásával, bár az ilyen epehólyag legtöbbször már csak avirulens bakteriumokat szokott tartalmazni. A fertőzéses, fekélyes enteritis kifejlődésére azt a 2—3 napot, amely a műtét és az elhalálozás ideje között eltelt, rövidnek tartja. Az epekő és az epehólyagrak viszonyára az előadó is utalt, említvén, hogy az igen gyakori epekövességhez képest az epehólyagrak aránylag ritka. Boncoláskor a rákos epehólyagban igen gyakran találunk követ, de ebből nem merné azt a döntő következtetést levonni, hogy minden egyes esetben a kő a rák keletkezésének elsődleges okozója.

Csiky-Strauss A.: *Új gyógymód a sebészi tuberculosis kezelésében.* Az Új Szent János közkórház gümös sebészeti osztályán 93 betegen alkalmazta a rubrophen-kezelést injectio, dragée és kenőcs alakjában. Általános hatásként a test-súly nagyobbfokú emelkedését, a vörös vérésejtiek számának és a haemoglobin szaporodását, a lymphocytosis csökkenését, a közérzet javulását, a lázas állapot és a fájdalmak megszűnését észlelte. A sipoly nélküli és sipolyos, gümös nyaki nyirokmirigyek összes 22 esetében a gyógyulás 6 héttől 4 hónapig következett be, recidiva csak egy sipolyos esetben fordult elő, de annak súlyos, cavernás tüdőfolyamata is volt. A csont- és ízületi gümőkór esetei a kezelésre gyorsabban javulást mutattak, azonban a túlzottan előrehaladott, súlyos genyvedéssel, másodlagos fertőzéssel, sok sipollyal járó esetekben eredmény ritkán következik be. Műtétek előtt és után a rubrophen-t a műtét utóeredményeit kiegészítve, több esetben feltünő hatást mutat. Végleges véleményadás: a még további tapasztalatok szükségesek. A gyógyulási idő megrövidítésével a rubrophen nemzetgazdasági célt is szolgál,

mert a sok ezer szegény betegnek hosszú éveken át kórházakban és ambulanciákon kezelése és az állam és közületek részéről történő ellátása súlyos milliókat emészt fel, nem is számítva a hosszas betegség alatt elvesztett munkaidőt. Végül beszámol azon személyes tapasztalatáról is, hogy *Petit* professor klinikáján Párisban és *Witte* professor vezetése alatt álló stoltzalpei sanatóriumban a rubrophen kezeléssel az itthonihoz hasonló eredményeket értek el.

Sailer K.: Az előadó által elmondottak kapcsán utal arra, hogy csont- és ízületi tbc. esetében a kezelésnek megfelelő tartamúnak (6—12 hónap) és intenzitásúnak kell lennie. Számos, kezdetben nem jól reagáló esetben látott nagyobb adagok (napi 6—8 tableta) alkalmazásától gyors javulást, majd gyógyulást.

Hauber L.: Rámutat arra a szomorú tényre, hogy a kórházak sebészi osztályain nem áll elég ágy rendelkezésre a sebészi tbc-s betegek elhelyezésére, úgy hogy ilyen betegek elhelyezése a legnagyobb nehézséggel jár. Indokolt volna a tüdősanatóriumok mintájára külön specialis intézetek és osztályok felállítása, ahol a kórházi kezelésre szoruló sebészi tbc-s betegek elhelyezést nyerhetnének.

Bézy I.: Előadó nem hangsúlyozta, hogy hány eset nem reagált a rubrophenre és hogy mi lehetett ennek az oka. Az új gyógyszer hatását az orvosoknak túlságos óvatossággal kell eleméznie és megítélnie, mert különben a legjobb szándék mellett is a felesleges hírverés házába eshet. A családás, mely esetleg bekövetkezik, nemcsak az illető orvost rendíti meg, hanem különösen alkalmas arra, hogy a nagyközönségben bizalmatlanságot ébresszen az orvostudomány iránt.

Hauber L.: A rubrophen, mióta a nyilvánosság elé bocsátották, nagyfokú elterjedésnek örvend. Nálunk a gyakorló orvosok is, külföldön sok szakorvos rendel. Megállapítható, hogy a gyógyszeres kezelés sok esetben a sebészi tbc-s elváltozásokat előnyösen befolyásolja, azonban az eddig használatos gyógyeljárásokat, sokszor a sebészi beavatkozást sem mellőzhetjük. Hogy ebben a tekintetben mulasztás ne történjék, ajánlatos volna, hogy a sebészi tbc-s esetek kivizsgálását, kezelési programjának megszabását és időnkénti felülvizsgálatát szakember végezze. Az ő kezében a rubrophen hathatós gyógyszeres segítséget jelenthet.

A szerkesztő újrívüdvözte.

Köszöntjük előfizetőinket az új év első napján, 82-ik évfolyamunk hajnalán. Kívánunk nekik erkölcsi és anyagi sikerekben gazdag évet, ami meghozza végre mindnyájunknak rendünk érdeméhez méltó megbecsülését és ami evvel együtt jár: a rend tagjainak humanus hivatásuk gyakorlását lehetővé tevő anyagi függetlenségét. Úgy érezzük, hogy ebben a küzdelemben az Orvosi Hetilap mindig híven teljesítette kötelességét az orvosi renddel szemben úgy is mint a tudomány hirdetője s az önképzés előmozdítója, de úgy is mint a rendi tekintély és érdekek védelmezője. Kell tehát, hogy az érdekközösség erős szála fűzzenek össze bennünket az orvosi renddel és ezt érezzük mi előfizetőink egyre növekvő számából és hűségéből.

Fogadják érte köszönetünket és hálánkat. Igyekezni fogunk azon, hogy az áldozatot, mit ezért az érdekközösségért hoznak, meg szolgáljuk és könnyebbé tegyük lapunk tudományos és gyakorlati értékének növelésével, az orvosi közérdek becsületes és józan szolgálatával. Engedjék remélnünk, hogy látkes munkánk és igyekezetünk előfizetőink körében is lelkes ragaszkodást fog kiváltani lapunkhoz és segítségünkre lesznek annak terjesztésében, új hívek szerzésében. Alkalmat adunk erre 52. számunk dupla megküldésével és reménykedve, előfizetőink jóindulatú pártfogásában bizakodva várjuk az eredményt, melynek első fecskéi máris mutatkoznak.

De viszonzás is akar lenni ez a köszöntés. Viszonzása annak a sok, tanítványi hűségéből és szerkesztői önzetlen fáradozásokért az ország minden részéből, sőt a határokon túlról, messze tengereken túli országokból felém áradó szeretetnek és megbecsülésnek, amivel előfizetőink ünnepi köszöntései elhalmoznak. Boldogan és hálásan olvasom

őket. Így kszem egy-egy hazai levéllel válaszolni rájuk — de ha nem tudnám mind megköszönni, fogadják kedves küldőik ez uton hálás köszönetemet. — Jól esik tudni, hogy életsorsuk rideg kényszerében is van még egy kapcsolás, ami hazájukhoz, életéért küzdő nemzetükhöz és kulturát sugárzó a ma materükhöz fűzi őket és hogy e kapcsolás fenntartásában nekem is részem van, aki hetenként hűségesen küldöm nekik a magyar kultúra üzenetét.

Hála Istennek! — e kultúra forrása elapadhatatlan, az örökké élő magyar geniusból fakad, mit az örök emberi tudásvágy termékenyített meg. És hogy e forrásból merítők mit tudnak teremteni, mit tudnak adni az emberiségnek megmutatta a magyar Nobel-díjas *Szent-Györgyi* és még számosan, kik *Semmelweis*hez, *Högyes*hez hasonlóan jótevői lettek a szenvedő emberiségnek.

Vessünk a Multba egy tekintetet és tekintsünk bizalommal a Jövőbe!

Vámossy.

VEGYES HIREK

† Bogdanovics Milos professor.

A napokban vettük a szomorú hírt, hogy egykori honfitársunk, Nagy Szerbia kialakulása óta a belgrádi egyetemen a szülészet és nőgyógyászat ny. r. tanára hirtelen meghalt. Eppen a kultuszminiszterhez készült új kinikájának építése ügyében, mikor a már két év óta fennálló súlyos szívbetegségnek egy gyilkos rohama vetett véget aránylag fiatal életének. *Bogdanovics* professor a Pázmány Péter Tudományegyetem neveltje volt és *Bársony* p. of. oldala mellett az első tanársági állást töltötte be, midőn a világháború után hazája és nemzete megtisztelő hívásának engedve, Karunk megértő hozzájárulásával, a belgrádi katedrát foglalta el. Ezt a lépését *Bogdanovics*nak, ki bár mindig hű állampolgára volt országunknak, hadi szolgálatot is teljesített, de mindig szerb nemzetiségűnek vallotta magát — hiszen a nagy műveltségű *Bogdanovics* szerb patriarcha öccse volt, — senki sem vehette rossz néven, s még hajthatatlan magyarságú főnöke, *Bársony János* is csak örömet fejezte ki afölött, hogy egyik akkora még ellenséges szomszédunk egyetemének katedrájára egy magyar barát szerb ember kerül, ki ismer és rokonszenvezik velünk.

Bogdanovics professor kitünően képzett szülész volt és több e szakmába vágó dolgozata jelent meg lapunkban, melynek belgrádi professor korában is őszinte barátja és pártfogója maradt. Hirtelen elhunytát nemcsak mi, hanem a magyar uri társaságban és orvosi körökben számos őszinte barátja gyászolja.

† Németh Ödön.

Németh Ödön egyetemi rk. tanár a budapesti és a pestvidéki törvényszékek nagy hírű elmeorvos szakértője karácsony másodnapján hirtelen elhunyt. Harminc évvel ezelőtt lett törvényszéki orvos és hosszú ideig az európai hírű *Ajtay* professor mellett dolgozott, 1897-ben nevezték ki egyetemi magántanárnak és mint a törvényszéki elmekörtan művelőjét, a budapesti törvényszék elmeorvos-szakértőjévé. Kétféle ezt a tisztséget a pestvidéki törvényszéken is elnyerte és több évtizeden keresztül működött szakértői minőségben. Mint az elmeorvosi kar egyik legkimagaslóbb egyénisége, tagja volt az Igazságügyi Orvosi Tanácsnak és igazgatója az Országos Bírósági Megfigyelő Intézetnek, mely utóbbi állásáról egy évvel ezelőtt mondott le, a közelmúltban pedig nyugalomba vonult. Halála nemcsak az orvostudománynak jelent érzékeny veszteséget, hanem a főváros társadalmának is.

Előfizetés megújítása vagy tartozások kiegyenlítése céljából minden lapszámunkhoz ma ismét csekket mellékelünk, ha netán a múlt heti laphoz mellékelte csekk Kartársaink figyelmét elkerülte vagy az elkallódott volna. Kérjük Kartársainkat tartozásaik rendezésére, illetve előfizetésük pontos beiktatására. — Az összeállítások elkészítése végett kérjük T. Előfizetőinket, hogy ügyeljenek arra, hogy a mi 22.968 sz. csekkünkön adják fel előfizetésüket, nem pedig a hasonló hangzású laptársunkén, az Orvosi Hirlapén. Ez úgy nekünk, mint laptársunknak felesleges levelezést és elszámkodást okoz, előfizetőinkre pedig jóhíremű fizetési felszólításokat von maga után.

Adatgyűjtés a daganatos betegségekről. A Budapest Székesfővárosi és az Országos Statisztikai Hivatal 1938. január 1.-én megindítja adatgyűjtését a daganatos betegségekről. Kétféle kérdőív kerül kibocsátásra. Az egyik a gyakorlati orvosoknak, a másik azoknak az intézeteknek szól, amilyen daganatkezeléssel foglalkoznak. A kétféle kérdőívnek első fele azonos. A kérdések az életmódra, előző betegségekre és az öröklékenységre vonatkoznak. Ezekre a kérdésekre a beteg megbízható feleletet nem mindig tud adni. Ezért oly végtelenül fontos a gyakorló orvos bekapcsolódása az adatfelvételbe, melyből a rákkutatás és a rákos betegek sorsára megbízható, döntő fontosságú következtetéseket vár a statistika és tudomány.

A Magyar Országos Rák Elleni Szövetség azzal a kérésrel fordul a magyar orvosokhoz, hogy azt a többleterhelést, amellyel ez az adatfelvétel jár, olyan lelkiismeretességgel és tudományos buzgalommal vállalják, amelyet a feladat megoldása megérdemel. Az adatfelvétel megbízhatóságától függ a statistika értéke.

Frontátvonulások és kísérőjelenségeik 1937. december 14—20 közt. A betegségeken észlelhető klíma hatások mindinkább a közéleti körökbe tolnak. Ezért szükségesnek tartottuk a budapesti frontátvonulásokat rendszeresen közölni és azok táblázatba állítására *Aujesky dr.-t* az Orsz. Meteorológiai Intézet adjunktusát kértük fel. Ezzel is a közérdeket és előfizetőink érdeklődését óhajtottuk szolgálni.

A frontátvonulások száma a jelzett héten a normálshoz képest nagy volt, de a 13 átvonult front túlnyomó része (a hét elején és közepén) csak gyenge, vagy közepes fejlettségűek bizonyult, úgy hogy *frontátvonulások az első öt napon csak olyan egyéneknek feltételezhetők, akik különlegesen erős frontérzékenységet mutatnak.* Altfallos erősebb frontreakciók kiváltására csak az utolsó két nap (dec. 19. és 20.) meteorológiai viszonyai látszanak alkalmasaknak. A számadatok a m. kir. Orsz. Meteorológiai Intézet önrő mészereinek adatai.

Átvonulás ideje Budapestben			A front fajtája	Fejlettsége	Kísérő eseménye
hó	n-p	óra			
	14	21	betőrsi	gyenge	szélbetörés eső nélkül
	15	10	felsiklási	gyenge	keves praefrontális eső, poszfrontális kód
	15	11	felsiklási	gyenge	10—11 óra g. kevés praefrontális eső
	15	13	betőrsi	közepes	szélbetörés eső nélkül, max. szélseb. 8 m/s
	16	4	felsiklási	gyenge	éjeli 1—4 órai gyenge praefrontális eső
	16	6	betőrsi	közepes	poszfrontális záporos, 5 mm csapadék
	16	7	felsiklási	gyenge	22 órakor kevés praefrontális havas eső
	17	13	betőrsi	közepes	nagyon kevés poszfrontális eső
	17	17	betőrsi	közepes	max. szélsebesség 11 m/s
	18	15	betőrsi	közepes	szélbetörés eső nélkül 5—10 m/s
	19	1	betőrsi	gyenge	szélrohamok és északnyugati eszakiakra
	19	18	felsiklási	erős	5 órai: délutáni praefrontális havas eső
	20	6	betőrsi	erős	keves poszfrontális eső

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, melyek időpontjában megváltozik a hőmérséklet, a szél iránya és ereje, a légmozgás turbulenciája, a levegő sugárátbocsátása, szennyezettsége, nyomása, elektromos állapota stb., vagyis a frontátvonulás alkalmával a meteorológiai környezet teljes és hirtelen megváltozása játszódik le.

Tapasztalás szerint a frontátvonulások igen sokfélek és specifikus jellegűek, amennyiben a frontátvonulások egy része csak az ú. n. felsiklási frontok átvonulását megelőző órákban jelentkeznek, más frontátvonulások viszont csak az ú. n. betőrsi frontok átvonulását követő órákban mutatkoznak. Példák: régi műtéti és baleseti sebhelyek sajnálása, bizonyos neuropathák izgalmi állapota a felsiklási frontok átvonulása előtt áll be; az eklampsiás-rohamok a betőrsi frontokon poszfrontálisan jelentkeznek.

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

Aujesky dr.

Kórházak száma a Német Birodalomban. A Német Birodalomban 2132 nyilvános kórház van. Ezekben 614.888 ágy áll a betegek rendelkezésére. Majdnem 5.000.000 beteget ápolnak 175.000.000 ápolási nappal.

Egyetemi városrész Berlinben. Mivel Berlinben a főiskolák szétszórta vannak elhelyezve, az a szándék, hogy ezeket főiskolai városrészben egyesítsük. Ugy a szellemi tudományok mint a természettudományok, az orvosi tudományok és a technikai tudományok főiskoláit. Az építkezést e.öreláthatóan 1939-ben kezdik meg.

Az orvosok száma a Német Birodalomban. A Német Birodalomban 55.000 orvos van. Ezeknek 12%-a (6700 orvos) Berlinben él. Bajor országban 6700, Szász országban 4.000 orvos van. Berlinben 10.000 lakosra 15 orvos esik. Budapest 1.000.000 lakosára 4.500 orvos jut, azaz 10.000 lakosra 45!

A Magyar Orvosnők Országos Egyesülete jubiláris közgyűlést tartott dec. 19-én. Tóth Sára elnöki megnyitójában annak a reményének adott kifejezést, hogy a magyar orvosnők otthona, amelyhez a szülőséges telek már rendelkezésre áll, hamarosan megvalósul. Krepuskáné, Hável Aglaja főtitkári beszámolójában ismertette az elmúlt évek munkásságát. Gémessy Piroška, aki Máté Kiss Máriaival, az edinburghi nemzetközi orvosnő nagygyűlésen a magyar orvosnőket képviselte, bejelentette, hogy a nagygyűlés úgy határozott, hogy az orvosnők legközelebbi nemzetközi nagygyűlését 1940-ben Budapesten rendezik meg.

Orvosdoktorrá avattak a budapesti Tudományegyetemen december 23-án rite jelzéssel: Babos István, Bánhegyi Mátyás Zoltán, Barizs Bálint, Czipri Mátyás, Dürr Mária Franciska, Emödi György, Énekes Endre János, Hegedüs István, Hoffmann Ibolya, Huzella Tivadar, Kring Jenő, Lörcincz Akos, etrekarcsai Lukács Antal Kálmán, Matthes Klára, Mészáros Endre, Nyilas Tibor, Schermann József, Somjai István, Szabó Pál József, Tesarz Erzsébet Margit, Timesák Erzsébet Ildikó. Gyógyyszerészdoktorrá avattattott rite jelzéssel: Sztareczky Kálmán Géza. Üdvözljük az új Kartársakat!

HETIREND

Január 4-én este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kasinó ülése: Flesch Armin: A gyermekgyógyászat haladása 40 év alatt a gyakorló orvos szempontjából.

188—1937. szám. Sopronvármegye Kapuvári Közkórháza.

PÁLYAZATI HIRDETMÉNY!

Sopronvármegye kapuvári közkórházában betöltésre kerülő elme-osztályos főorvosi állásra pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása a 300—1935. évi B. M. számú rendelet szerint a IX. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő illetményekkel kezdődik. Az állás elnyerése a 237.600—1936. B. M. számú rendeletben előírt elme-szakorvosi képesítéshez van kötve. Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy alábbiak szerint felszerelt pályázati kérvényüket simonyi és högyészi Högyész Pál főispánhoz címezve, megfelelően felülbélyegezve, hozzám legkésőbb 1938 év január 15-ig (déli 12 óráig) nyújtásuk be. A később érkező kérvényeket figyelembe nem vehetem.

A pályázati kérvényhez csatolandó: 1. Születési anyakönyvi kivonat; 2. Erkölcsei bizonyítvány (politikai megbízhatóságról); 3. Magyar állampolgárságot igazoló okmány; 4. Magyar orvosi diploma másolata; 5. Szakképzettséget igazoló okmány; 6. Curriculum vitae; 7. Működési bizonyítvány; 8. Egyetemi lecke-könyv, kórházi szolgálati könyvecske, szigorlati bizonyítvány; 9. Testi és szellemi alkalmasságot igazoló újkéletű tiszti orvosi bizonyítvány; 10. Esetleges szakdolgozatok különlenyomatai.

Kapuvár, 1937. december 27.-én. Forin Viktor dr.

kórházigazgató, sebész-főorvos.

Kimutatás az 1937 XII 12-től 18-ig Magyarországon bejelentett heveny fertőző megbetegedésekről (Mb) és halálesetekről (Mt)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abdominalis paratyphosus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Cerebr. e		Poliomyelitis		Törbilli	Influenza	Malaria	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.					
1. Abauj-Torna	93.667	8	2	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	18	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	113.347	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.659	13	4	—	—	9	—	16	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
4. Békés	336.592	3	—	1	—	10	1	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
5. Bihar	181.105	4	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.330	14	2	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	50	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.760	3	—	—	—	6	—	11	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
8. Csongrád	148.200	—	1	1	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9. Fejér	231.483	3	—	1	—	9	—	7	—	—	—	—	—	34	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.820	4	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
11. Hajdu	181.283	9	—	—	—	5	1	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
12. Heves	323.191	9	—	—	—	3	1	3	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	421.741	9	1	1	—	14	1	7	—	—	—	—	—	69	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	182.450	1	—	—	—	9	1	9	—	—	—	—	—	64	—	—	—	—
15. Nograd és Hont	229.215	7	2	—	—	6	—	6	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,454.326	12	—	6	—	40	1	62	—	—	—	—	—	320	5	—	—	—
17. Somogy	390.100	3	1	—	—	6	1	4	—	—	—	—	—	7	1	—	—	—
18. Sopron	142.741	4	1	—	—	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	419.707	17	—	1	—	6	1	3	—	—	—	—	—	29	5	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	158.013	8	2	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
21. Tolna	266.405	4	—	—	—	5	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22. Vas	273.097	4	—	—	—	3	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23. Veszprém	247.787	5	1	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—
24. Zala	368.903	4	—	1	—	2	—	16	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
25. Zemplén	149.524	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	40	—	2	—	—
I. Baja	30.238	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1,043.459	10	1	8	1	33	—	68	—	—	—	—	—	114	2	—	—	—
III. Debrecen	124.128	10	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV. Győr	50.872	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.429	1	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.735	5	—	—	—	6	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
VII. Miskolc	65.825	2	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VIII. Pécs	68.957	1	—	—	—	3	—	11	1	1	—	—	—	3	—	—	—	—
IX. Sopron	35.938	—	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.858	—	—	1	—	2	2	8	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.646	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Osszesen: 8,941.534		83	18	24	2	208	11	75	2	1	—	—	—	759	21	4	—	—
Előző évben:		96	18	16	2	209	11	205	1	—	—	3	—	270	34	1	—	—

Az újjáépített **Rudas gyógyfürdő és gyógyszálló** megnyílt **Juventus rádiumos fürdők (20 kabin)**

Törökfürdő hét különböző hőfokú medencével. Elektrotherapia. Massage. Ivókúrák az Atilla, 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.

Szabolcs és Ung k. e. e. vármegyék Alispánja. 166. eln. II. 1937. szám.
31.359—1937. K. sz.

PÁLYAZATI HIRDETMÉNY!

Nyíregyháza megyei városban elhalálozás folytán megüresedett egy a X. 3. fizetési osztályba sorozott városi orvosi állásra pályázatot hirdetnek.

A pályázati kérvényeket a „Népegészségügy” c. hivatalos lapban történt közzétételtől számított 15 napon belül a m. kir. belügyminiszter úrhoz címezve a 950—1937. B. M. sz. rendelet 7. §-a értelmében hivatalomnál kell benyújtani.

A kérvényhez eredetiben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: a) születési anyakönyvi kivonatot; b) hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítványt; c) magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt; d) az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; e) egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; f) tisztiorvosi képesítést igazoló okmányt; g) polgári közszolgálatban való alkalmazást igazoló okmányt; h) közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt; i) katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; j) az esetleges szakképzettséget igazoló okmányokat; k) az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokat.

Közszolgálatban álló pályázók az előirt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázatban) fel vannak tüntetve, ezzel igazolhatják.

Nyíregyháza, 1937. december 11.

Borbély Sándor dr. alispán.

PÁLYAZATI HIRDETMÉNY!

Baja város közközházában 3 orvosgyakornoki állás kerül betöltésre. A gyakornoki állás havi 80.— P fizetéssel, természetbeni étellemezzel, lakással, fűtéssel és világítással jár. Az alkalmazás érvénye egy évre szól, ideiglenes jellegű, bármiikor, minden jogigény nélkül megszüntethető és végleges alkalmazásra jogigényt nem szolgáltat.

A gyakornoki állást elnyerni óhajtok korsódi és katymári Latinovics János dr. főispán úrhoz címzett kérvényeiket, diploma másolattal és esetleges működési bizonyítványaikkal, 1938. évi január hó 20-ig küldjék el Baja város közközháza igazgatóságához.

Baja, 1937. évi december hó 22.

Róna dr. s. k.
m. kir. el. főtanácsos.
kórházigazgató.

Szakképzett röntgen laboránsnőt, aki egyéb laboratóriumi munkát is vállal, felvesz a makói közközház.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

INFLUENZÁNÁL meghűléses megbetegedéseknél

PANAFLU tabletta CHINOIN

THERAPEUTICUM!
PROPHYLACTICUM!

10 tabl. P 1'10
20 tabl. P 2'30

Tablettánként:

0'15 g Deseptyl,

0'30 g acetylsalicylsav

0'05 g chininhydrochlorid

PIPERAZINE MIDY a leghatékonyabb húgsavoldó - szer.

Arthritismus, köszvény, vesehomok, rheumatismus
vesekő-, epekömegbetegedések.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES 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:

vitéz Gönczy István: Az angina pectoris, mint a coronaria-keringés elégtelensége. (25—29. oldal.)

Szolnoki Ferenc: Az idős többszörzülők szülései. (30—32. o.)

Osinády Jenő és Dirner Zoltán: A β -phenylisopropylamin (aktedron) hatásáról. (32—36. oldal.)

Kliebert Gyula és Zselyonka László: Klimahatások üdülő gyermekekre. (36—38. oldal.)

Dubay Miklós: A Babcock-műtét alkalmazása az alszár vena-tágulatának gyógykezelésére. (38—39. o.dal.)

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

Lapszemle: Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekegyógyászat. — Bőrgyógyászat. (39—41. oldal.)

Könyvismertetés: (41—42. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (42—54. oldal.)

Sz.: Az Igazságügyi Orvosi Tanács évi jelentése. (45—46. o.)

Krepuska István: Pöstyéni levél 1546-ból. (46—47. oldal.)

Vegyes hírek: (47—48. oldal és a borítólapp III—IV. oldalán.)

A Horthy Miklós közpórház III. sz. belosztályának közleménye. (Főorvos: vitéz Gönczy István egyet. magántanár.)

Az angina pectoris, mint a coronaria-keringés elégtelensége.

Klinikai előadás.

Irta: *vitéz Gönczy István dr., egyet. magántanár.*

Az utolsó évtizedek orvosi statistikájának egyik feltűnő jelensége a szívbetegségek számának s halandóságának nagy szaporodása. Németországban például az utolsó 25 évben a szívbetegségek halandósága 70%-al növekedett akkor, amikor a lakosság összes mortalitása 50%-kal csökkent. Nagy amerikai biztosítóintézetek statistikája azt mutatja, hogy szív- és érbetegségben ma több ember hal meg, mint gümőkórban és rákban együttvéve. A másik szembetűnő tény az, hogy egyidejűleg módosult a keringési rendszer betegségeinek formája is. A vizenyővel, légzési nehézséggel szövődött abszolút keringési elégtelenségben szenvedő betegeken kívül mind gyakrabban találkozunk olyanokkal, akik rohamszerű szívfejfájdalmakról panaszkodnak s akik hirtelen halállal végzik életüket. Az ide tartozó betegek együttesen azoknak a csoportjába tartoznak, akiknek esetében az újabb kutatás a pathophysiológiai folyamat lényegét a coronaria keringés (c. k.) elégtelenségére vezeti vissza. A következőkben az angina-pectorissal, mint a coronaria-elégtelenség megnyilvánulásával óhajtók foglalkozni. Fejtegetéseim során röviden be fogok számolni azon újabb kutatások eredményéről, melyek egyrészt általánosságban a coronaria-elégtelenség fogalmának tisztázására szolgálnak, másrészt az angina-pectoris eredetét s klinikai megnyilvánulásait új megvilágításba helyezik.

Az említett kórképnek s ennek alapját tevő kórfolyamatnak, a c. k. elégtelenségének a tárgyalását azonban nem kezdek el anélkül, hogy a c. k. physiologiájára rövid pillantást ne vessék.

A c. k. physiologiájának művelésében többen fejtettek ki alapvető munkásságot. De döntő fontosságú eredményt a keringési rendszer physiologiája ezen részében

csak *Hochrein* és *Keller*, elsősorban pedig *Rein* értek el. *Rein* elődeitől eltérően sértetlen állatokon dolgozott és zárt mellkas- és természetes légzés mellett végezte kísérleteit. Vizsgálataiban két fontos kérdés megoldását tűzte maga elé:

1. mitől függ a c. k. nagysága, 2. miben áll a c. k. szabályozásának a mechanizmusa. *Rein* az első kérdésre vonatkozólag kiderítette azt, hogy a c. k. nagysága nem függ — mint ahogy ezt némelyek hitték — a közepes aorta-nyomástól, hanem csupán a szív működés nagyságától, melyhez a c. k. physiologiás viszonyok között a legpontosabban alkalmazkodik. A szabályozás szempontjából azonban nagyon fontos a szív működés formája, mert nem mindegy az, hogy a szív ugyanazt a keringési sebességet kisebb vagy nagyobb szív-frequenciával éri-e el. A szívizomnak — *Rein* kísérletei szerint — kisebb vérmennyiségre van szüksége akkor, hogyha ugyanazt a keringési sebességet a verőterefogat növelése árán, tehát a frequentia emelése nélkül biztosítja, mint hogyha ilyenkor a szív kisebb verőterefogattal, de nagyobb frequentiaszámmal dolgozik.

A másik főkérdésre vonatkozó vizsgálataival amellel szólnak, hogy a c. k. szabályozásának mikéntje a nervus vagus működésétől függ, melyen keresztül a coronariákhoz állandóan tonus-szabályozó ingerületek futnak. Minden olyan behatás, amely csökkenti a vagus-tonust, fokozza egyúttal a c. k.-t, minek következtében a szívizom az időegység alatt több vért fog kapni. Megfordítva: ha bármilyen okból fokozódik a vagus-tonus, ezzel párhuzamosan csökken a c. k. és így romlik a szívizom vérellátása. A szöveti anyagcseretermékek közül a CO₂, a hormonok közül pedig az adrenalin coronariatágulást és a c. k. fokozódását csak abban az esetben és csak oly mértékben tudnak előidézni, ha és amilyen mértékben tudják csökkenteni a vagusnak coronaria-szűkítő hatását. Adrenalinna tehát azért nem tudunk coronaria-tágulatot létrehozni, mert az adrenalin oly mértékben fokozza a szív-frequentiaát és növeli a systolés nyomást, végeredményben tehát olyan mértékben nagyobbítja a szívre rótt munkát, hogy ehhez képest az adrenalinna coronaria-tágító hatása elenyészik, illetőleg nem juthat érvényre s így azon zavar folytán, amely adrenalin befecs-

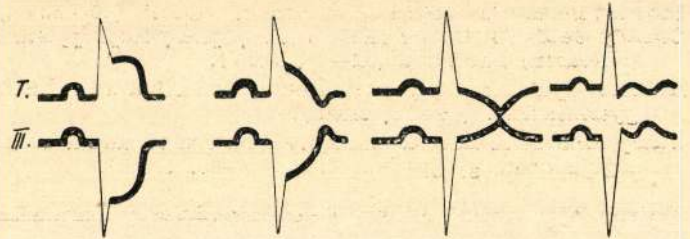
kendezésre a szívizom vérellátásában beáll, kifejlődik a c. k. elégtelensége. Általában pedig c. k. elégtelenségről akkor beszélhetünk - Rein fogalmazása szerint -, ha aránytalanság áll elő a szív működés és a c. k. közt, vagyis ha a c. k. keringési nagysága nincs arányban a szív működés fokozódásával s így a szívizomnak működéséhez képest nem áll elegendő vér, illetőleg oxigén rendelkezésére.

A c. k. elégtelensége kérdésének klinikai értelemben vett megoldása éppen az angina-pectorissal kapcsolatban kínálkozott, amelynek pathogenesise a kórkép első leírója, Heberden óta, — aki sajátmagán kb. 150 évvel ezelőtt volt kénytelen érezni e betegség súlyosságát, — felderítetlen kérdése az orvostudománynak. A kérdés az volt: lehetséges-e és bizonyítható-e, hogy az angina pectoris tüneteit a c. k. elégtelensége idézi elő? Ha igen, akkor várható, hogy az a homály, amely mindezeig az angina pectoris eredetét fedte, eloszlik. Az angina pectoris pathogenesisére vonatkozólag, az idők folyamán, mint ismeretes, igen sok feltevés merült fel. Ezek egy része a fájdalmat a coronariák kóros elváltozásából, másik része az aorta kezdeti részének betegségéből, harmadik része az extrakardialis idegek neuralgiájából, illetőleg neuritiséből származtatja. Mások viszont a fájdalom keletkezésének fészket a szívizomba helyezték s azt a szívizom túlterhelésével, túlnyújtásával, görcsével, illetőleg a szívizom idegeinek a rendellenes anyagcserefermékek okozta izgalommal hozták összefüggésbe. Ezek közül a legrégebb, leginkább elfogadott a coronaria-theoria, melynek valószínűségét a coronaria-sklerosis, coronaria-thrombosis kapcsán keletkező anginás panaszok hathatósan látszottak támogatni. Azonban erre az elméletre is áll az, hogy itt sincs oly kórbontani elváltozás, mely valamennyi esetekben megtalálható volna. Elég nagy számban észleltek boncoláskor jelentékeny coronaria-sklerosist vagy coronaria-thrombosist, anélkül, hogy a betegnek fájdalma lett volna. Viszont több valódi anginás eset boncolásakor a coronariákat tökéletesen épnek találták. Hogy az angina pectoris kórképébe functionális elváltozásoknak is bele kell játszaniok, az már a boncolati leletnek s a klinikai kórképnek jelzett eltéréséből is következik. Ezt bizonyítja különben Gruber és Lanz következő híres esete is. Egy epilepsiás betegnek halála előtt 4 nappal jellemző anginás tünetei kezdődtek. A boncoló a bal kamra elüli falában s a septumban ischaemiás elhalást talált, ugyanakkor a coronariák teljesen épek voltak, sklerosisnak, thrombosisnak nyoma sem volt.

Utoljára hagytam azt az elméletet, melynek újra-éledéséről van szó napjainkban, t. i. a szívizom ischaemiájának az elméletét, mely az anginás rohamot — a claudicatio intermittens analogiájára — a szívizom csökkent vérellátásával hozza okozati kapcsolatba. Ez a fölfogás újabban a nagynevű klinikusban, Bergmann-ban talált hatalmas védelmezőjére s a Bergmann-iskolában kifejlesztőjére. Bergmann az angina pectoris kísérő fájdalmat a szívizom kisebb-nagyobb részének asphyxiájával, fulladásával magyarázza, melyben döntő tényező a c. k. olyan zavara, amilyen az agyi insultusok alkalmával az agyereken, claudicatio esetén pedig a végtag izomereiben fordul elő. Ezen egységesítő teoriához Dietrich és Schwiegk szolgáltatott döntő kísérleti bizonyítékokat. Ugy jártak el, hogy egyidejűleg mérték a c. k.-t a Rein-féle thermostromuhr segítségével és regisztrálták a szív működés nagyságát, ezenkívül párhuzamosan sorozatos ekg. vizsgálatokat végeztek. Elméletük megalapozására felhasználták Büchnernek igen értékes kórbontani és kórszövetani leleteit, továbbá ugyancsak Büchner-nek

Loucadou-val végzett állatkísérleteinek eredményeit. Mi-e-őt tehát Dietrich és Schwiegk kísérleteire tér-nénk át, először röviden ismertetnem kell azokat az ekg. vizsgálatokat, melyeket egyrészt coronaria-rögös-déssel kapcsolatban, másrészt anginás roham alatt végeztek, harmadszor ki kell térnem a Büchner-féle vizsgálatok eredményeire.

1. Eppinger és Rothberger már 1909-ben állatkísérletben coronaria-lekötéssel kapcsolatban jellemző ekg-ot észleltek. A coronaria-elzáródás pontos vizsgálatának az érdeme ekg. szempontból amerikai szerzőknek, Pardee (1920), Smith, Parkinson és Beathford, Willius és Barnes nevéhez fűződik, akik a kamra-complexum RT, illetve ST szakaszának, továbbá a T hullámnak igen jellemző alakulását figyelték meg. Ezeket az ekg. elváltozásokat röviden a következőkben ismertetjük:

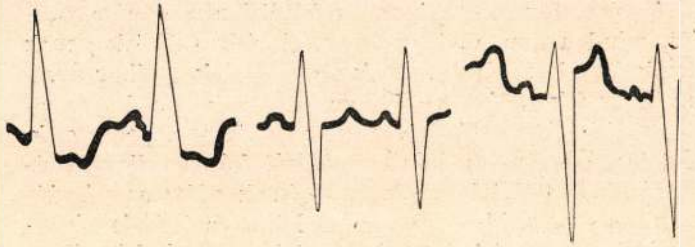


1. ábra. Jellemző ekgm. kialakulása coronaria thrombosis-sal kapcsolatban. (Parkinson és Beathford nyomán.)

Az RT, illetőleg ST összekötő szakasz, mely rendszeren az O. azaz az isoelektromos vonalra fut le, coronaria elzáródás után attól eltávolodik, fölébe emelkedik, illetőleg az alá süllyed s hamarosan közeledik az R, illetőleg S csúcsához. Innen kiindulva jellegzetes plateau-t képez, összeolvad a T hullámmal s domború ívben éri el az isoelektromos vonalat. Egy későbbi időpontban — órák vagy napok múlva — ennek az ellenkezőjét láthatjuk: az RT, illetőleg ST szakasz mindinkább közeledik az isoelektromos vonalhoz, alakja még mindig domború, míg a T hullám hegyes, csúcsos negatív lesz (Pardee-féle coronaria-hullám). Mindezen elváltozások hetek, hónapok múlva részben vagy teljesen visszafejlődhetnek s bizonyos idő múlva esetleg semmi nyomát nem találjuk a kiállott tömületnek (infarctus). Ezenkívül Levine a harmadik elvezetésben még igen mély Q hullámot észlelt tömülettel (infarctus) kapcsolatban, amit azonban a szerzők egy része nem erősített meg. Fontos tudnunk azt, hogy az első és a harmadik elvezetésben látható jellegzetes ekg. elváltozások sokszor pontos tükröképei egymásnak s hogy az ekg. nagyon sokszor fontos támpontokat nyújt a tömület helyére nézve. A bal coronaria leszálló ágának elzáródásakor az ST hullám eltolódása és a negatív T hullám az első elvezetésben, esetleg az első és a második elvezetésben mutatkozik, míg a bal kamra hátsó és a septum hátsó felső részének infarctusakor a kóros elektrokardiogramm a harmadik, esetleg a harmadik és második elvezetésben jelentkezik. Barnes és Wittennek a localisatióra vonatkozó megállapítását Batters és Tallen egy pompás megfigyelése, a kísérlet pontosságával erősítette meg. Egy beteget súlyos sérülés ért: szíven szúrták. Megoperálták s műtét közben le kellett kötni a bal coronaria leszálló ágát. Az ez alkalommal felvett sorozatos ekg-ok pontosan megfelelnek annak a sémának, amelyet Barnes és Witten a bal coronaria leszálló ágának tömületével kapcsolatban leírt.

Az infarctus idősségére vonatkozólag a vizsgálatokból az derült ki, hogy tovább marad meg az ST hullám (RT hullám) eltávolodása az isoelektromos vonaltól, mint

a T hullám inversiója. Pl. infarctus után hónapokkal később felvett ekg. még mindig mutatja az ST hullám depressióját akkor, amikor a T hullám inversioja, már megszűnt. Végül meg kell említenünk azt, hogy coronariarögösödésnek több, klinikailag biztos esetében kóros ekg. nem volt kimutatható.



2. ábra. Bal coronaria-ág thrombosisa.



3. ábra. Jobb coronaria-ág thrombosisa.

2. A szív-infarctus esetekben felvett görbékben kívül igen nagy, szinte döntő jelentőségűek az angina pectoris pathogenesisének tisztázása szempontjából azon ekg.-ok, amelyeket elsősorban *Feilnek* és *Siegelnek* sikerült fölvenni anginás roham alatt s amelynek segítségével először sikerült feltüntetni azon elektropathologiai jelenségeket, melyek anginás roham alatt a szívizomban lejátszodnak. Négy anginás esetük közül három esetben látták roham alatt az ST szakasznak a süllyedését, ami roham után megszűnt. Ezen fontos ekg. jelenség, melyet utánuk sokan megerősítettek, igen hasonlít a coronaria-thrombosis ekg. ábrázolására, ennél fogva jogos volt az a feltevés, hogy mindkét kórképet kísérő kóros tüneteket, elsősorban a fájdalmat, ugyanazon kóros jelenség, t. i. a szívizom ischaemiája okozza. Ez a vértelenség származhatik a coronaria rögösödésből, lehet anginás roham előidézője, azonban támadhat a legkülönbözőbb körülmények között, melyek a szívizom vér-, illetőleg oxygen-ellátását megnehezítik, vagy lehetetlenné teszik. Így sikerült Egedy Elemérnek állatkísérletben egyrészt légemboliával, másrészt az intrakardialis nyomás mesterséges, mechanikus növelésével a coronariáknak a szívüregek felől való összenyomását és a szívizom következményes vérellátási zavarát előidézni. A szívizom anoxaemiájának jeleképpen Egedy kísérleteiben nagyon szépen létrejött az ST hullám jellegzetes eltolódása.

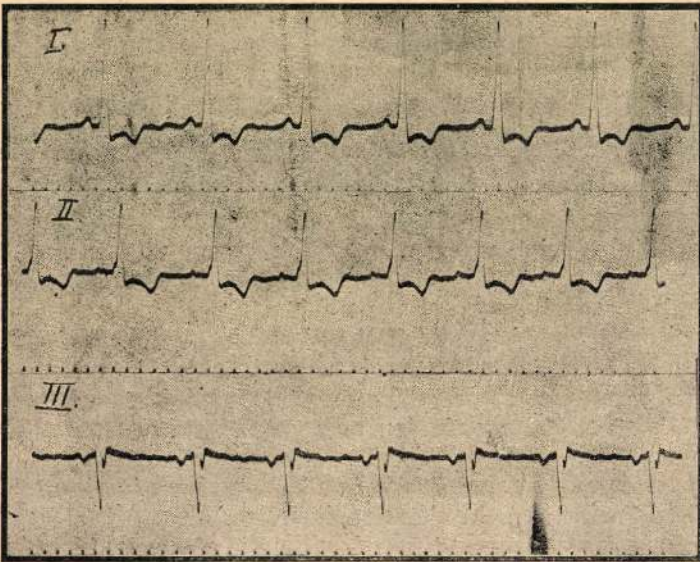
3. *Bergmannék* azon elmélete, mely az angina pectoris a c. k. elégtelenségével s a szívizom oxygen ellátásának zavarával hozza kapcsolatba, értékes támaszt kapott pathologusok részéről is. *Büchner* azon anginás betegek szívizomzatában, akik roham után nem rögtön, hanem egy-két órával később haltak meg, elszórva necrotikus gócot talált. Ezek kedvelt helye a balkamra belső rétege, továbbá a papillaris izmok voltak, tehát a szív azon része, mely physikai munkában a legnagyobb munkát fejt ki. A további bizonyítékok a Bergmann-féle fölfogás mellett azon állatkísérletek voltak, amelyeket *Büchner Loucadouval* együtt végzett. Ezeket a kísérleteket úgy végezték, hogy állatokat véreztetéssel súlyosan anaemiássá tették, majd szaladó dobban végkimerülésig futtatták s végül leölték. Boncoláskor aztán azon érdekes megfigyelést tették, hogy a bal kamrában elhalt gócot találtak s ugyanott székeltek, ahol anginás roham után elhalt betegek szívében voltak találhatóak. Még feltűnőbb volt az, hogy az így vérszegénnyé tett és súlyosan megterhelt állatok elektrokardiogrammja pontosan egyezett azon

ekg.-al, amelyet heveny coronaria elégtelenségben szenvedő betegről vettek fel.

Hátra volt még annak a kérdésnek eldöntése, vajjon az anginát okozó vértelenség a koszorúerek görcse, vagy azok csökkent alkalmazkodása következtében jön-e létre.

Erre a kérdésre igyekeztek pontos választ adni *Dietrich* és *Schwieglk*: a Rein-féle eljárással egyidejűleg regisztrálták a szív működését és mérték a c. k. nagyságát s a kettőnek a viszonyából iparkodtak megállapítani a c. k. elégséges, illetőleg elégtelen voltát. Ezzel kapcsolatban sorozatos ekg. vizsgálatokat is végeztek. Pitressin kísérleteikben, melyek kapcsán coronaria-görcs következtében kimutathatóan kisfokú aránytalanság mutatkozott a szív működés és a szívizom vérellátása között, ekg. vizsgálattal a T hullámnak ellapulását vagy negatívvá válását észlelték, a coronaria-görcs fokozódásakor a c. k. mélyrehatóbb zavara következtében a T hullám magas pozitív és hegyes lett. Ha most, a Rein-féle thermstromuhr-ral vizsgálva a c. k. és a szív működéshez viszonyítva, annak az értéknek az egyharmadára csökkent, amely rendszeren a c. k. és a szív működés között lenni szokott, akkor bekövetkezik a c. k. absolut zavara, amit oly ekg. kísért, mint amilyent koszorúér thrombosisban s a coronariák kísérleti lekötések szoktunk észlelni. Kísérleteik egy másik csoportjában a c. k. egyensúlyát az ellenkező oldalról, t. i. a szív felől igyekeztek megbontani a következőképpen: adrenalin infusioval fokozták a szív működését, ezzel szemben érintetlenül hagyták a c. k.-t. Minthogy pedig a c. k. így nem emelkedett a fokozott szív működés által megkívánt magasságra, beállt az aránytalanság a szív működés és a c. k. között s így ismét bekövetkezett a c. k. elégtelensége. Ezen coronaria-elégtelenséget azonban most nem úgy, mint a pitressin kísérletben a c. k. görcsösjellegű zavara idézte elő, hanem a szív működésnek a vérellátáshoz viszonyított aránytalan emelkedése az adrenalin infusio következtében. Ezen coronaria-elégtelenség jeleképpen most is ugyanolyan kóros ekg.-t kaptak, mint előbb, amikor a szív működés és a coronaria működés közti összhangot az ellenkező oldalról igyekeztek megzavarni. Így tehát állatkísérletben *Dietrichéknek* sikerült igazolniok azt, hogy alkalmas körülmények között előidézhető a coronariaelégtelenség mindenféle fokozata s hogy ezen coronaria-elégtelenség legérzékenyebb mutatója az ekg. vizsgálat. Az volt most már a kérdés, hogy az állatkísérletek eredményei átvihetők-e minden további nélkül emberre, vagy sem? — Erre a kérdésre igyekeztek választ adni *Dietrich* és *Schwieglk* egyrészt munkakísérleteikkel, másrészt azon vizsgálataikkal, amelyekben koszorúér-görcs előidézése helyett a tüdő alveolaris oxygen tensioja csökkentésének a hatását vizsgálták az emberi szív működésére. Anginás betegeiket az előző szerzőkhöz hasonlóan könnyű physikai megterhelésnek vetették alá. Ezzel kapcsolatban betegeiken enyhébb fájdalom jelentkezett és jellemző coronariás elektrokardiogramm volt észlelhető. Ugyanezen jelenségeket tapasztalták betegeiken akkor is, ha velük oxygenszegény levegőt lélegeztettek be, illetőleg alacsony barometernyomáson lélegeztették őket. Anginás betegeiken ezen megterhelés folyamán azt látták, hogy a T hullám mind laposabb és laposabb lett, szemben az egészségesekkel, kiknél a physikai megterhelés a T hullám emelkedését idézte elő. A kísérlet eredményének értelmezésekor természetesen coronaria-görcsre is lehetne gondolni, ami mindkét esetben oka lehetne annak, hogy a c. k. fokozódása physikai munka, vagy oxygenszegény légzés esetén nem jön kellőképpen létre s így coronaria-elégtelenség támad. Ezt a feltevést megdönteni látszanak *Dietrichéknek* nitro-

glycerin kísérletei, Oxygenszegény légzéses kísérlet előtt nitroglycerint adtak anginás betegeknek. Ekkor az volt várható, hogy a nitroglycerin megszünteti az oxygenszegénylégzés által előidézett és feltételezett koszorúér-görcsöt és sem fájdalom nem jön létre, sem kóros elektrokardiogramm. E helyett Dietrichék megfigyelései szerint a helyzet változatlan volt, t. i. oxygenszegény-légzéssel betegeknek nitroglycerinnek előzetes adása dacára fájdalmat tudtak kiváltani s egyidejűleg kóros elektrokardiogramot kaptak. Mindez továbbra is megmaradt, ha az oxygenszegény légzést folytatták. A kóros tüneteket csak egyféléképpen tudták megszüntetni, akkor t. i., hogyha a beteggel a rosszullett jelentkezésekor levegőt lélegeztettek be.



4. ábra. Anginás betegünk ekg-ja.

Am angina pectorisban a süllyedt ST hullámnak, továbbá a negatív T hullámnak a jelenlétét, vagy hiányát sem szabad tulbecsülnünk. Nem egyszer volt alkalmunk észlelni olyan, biztosan anginás beteget, akinek ekg-ja szabályszerű volt. Kahn 330 anginás esetben végzett ekg. vizsgálatokat, ezek közül 16%-ban kapott teljesen szabályszerű elektrokardiogramot, köztük több olyan esetben is, melyekben a halál jellegzetes anginás roham alatt következett be. Másrésztől tudnunk kell azt, hogy anginás ekgm. nem anginás esetben is előfordul, így pl. digitalis, chinidin kezeléssel, súlyos insulin hypoglykaemiával kapcsolatban. Mindez óvatossá kell tenni bennünket az ekgm. értelmezésében.

Összefoglalva az eddigi kísérletek eredményét, a következőket mondhatjuk. A Bergmann iskola az angina pectoris kórereditének központjába a c. k. elégtelenségét állítja, ami éppugy létrejöhet a c. k. gátlása következtében változatlan szív működés mellett, mint a szív működés fokozódásával kapcsolatban a c. k. hiányos alkalmazkodása következtében. Többben azok közül, akik az angina pectoris fájdalmat a szívizom vértelenségével hozták kapcsolatba, coronaria-görcsre gondoltak. Ezt a feltevést Dietrichék azon kísérletekkel iparkodtak megdönteni, ahol anginás betegekkel oxygenszegény levegőt lélegeztettek be, majd ezt a kísérletet nitroglycerin adásával módosították. Eredményeik a mellett látszanak szólani, hogy az angina pectorissal járó fájdalmat tényleg a szívizom viszonylagos ischaemiája okozza, melynek létrejöttében a coronaria-görcs felvételezését a kísérleti eredmények értelmében mellőzhetjük. Így coronaria-görcsöt a Heberden-féle mozgási angina esetében sem kell szükségképpen fel-

tenni. Ezen betegek legtöbbszörének coronaria-sclerosisa van, ami a szívizom oxygennel ellátását nyugalomban nem gátolja meg. Azonban lehetetlenné teszi akkor, ha a szívnek mozgásban lévő szervezete keringési szükségletéről kell gondoskodnia. Nyugalmi angina pectorisban a coronariák súlyosabb természetű sklerosisát kell feltételezni, minek következtében a szívizom vérellátása már nyugalomban is elégtelen. Így coronaria-görcs feltételezése mind a mozgási, mind a nyugalmi angina pectorisban fölöslegesnek látszik. Ezzel szemben vannak olyan esetek, amikor a vagus-tonus fokozódása s a koszorúereknek ezzel kapcsolatos reflektorikus szűkülete viszi a döntő szerepet a c. k. elégtelenségének előidézésében. Tehát kóros reflex keletkezését kell feltételeznünk, melyeknek afferens pályája a nervus vagus. Ezen az alapon könnyen tudjuk értelmezni pl. azon eseteket, ahol a systolés nyomás bármilyen okból hirtelen növekszik amivel kapcsolatban fájdalom jelentkezik.

Az aorta elégtelenségekor észlelt anginával kapcsolatban közismert a pathologiai vizsgálatnak azon eredménye, mely a coronariákat, távolabbi lefutásuk mentén épnek, azonban a coronariák szájadékait szűknek mutatja, ami a szívizomnak a szív működésével kapcsolatban változó vérellátását lehetetlenné teszi. A bajt súlyosítja az, hogy az aorta kezdeti részének szélkázászerű működése a specifikus folyamat következtében tökéletlen lesz, ami miatt a coronaria-véráram még inkább meglassabbodik s így a szívizom vérellátása minduntalan hiányt fog szenvedni. Mindez megmagyarázza azt, hogy aorta-insufficienciás betegeknek, akik anginás fájdalmakban szenvednek, miért tudunk a legmondosabb kezelés ellenére is csak átmeneti javulást elérni.

Ide tartozik továbbá a telt gyomor esetén jelentkező angina, amelyet Roemheld gastrocardialis complexumnak nevezett. Ezen anginás panaszok okaként azt tehetjük fel, hogy az emésztési folyamattal kapcsolatban a splanchnicusok területe bővérű, a coronariáké pedig e miatt anemiás lesz a szív működéséhez viszonyítva, ami anginás fájdalmakat fog előidézni főleg akkor, ha a beteg ez idő alatt még mozog is. Ehhez hasonló mechanizmust tételezhetünk fel azon anginában, amelyet az ú. n. hiatus herniával kapcsolatban mind nagyobb számban észlelnek, főleg idősebb egyéneken és amelyre először Bergmann hívta fel a figyelmet. Klinikai észlelését több röntgenológus, így Akerlund megerősítette pozitív leleteivel. A rekeszsérven át, fölfelé toluó, a mellüregbe jutó gyomor rész nyomja a vagust s a vagus tonus fokozódása a c. k. gátlását és jellemző fájdalmat vált ki. Kísérletileg is lehet igazolni és utánozni Bergmann klinikai észlelését a hiatus herniával kapcsolatos anginát illetőleg. Dietrichék a kísérleti állat bázisjának alsó részébe gummiballont vezettek be, s ezt felfújták. Amikor azután kellő nyomást értek el, akkor a c. k. keringési kifejezett romlását sikerült megállapítaniuk. Meg kell azonban jegyeznünk azt, hogy a hiatus herniás angina kór mechanizmusára vonatkozólag más magyarázat is van. Így Eppinger esetében a fájdalmat a keringésnek közvetlen gátlásából származtatja, amit a hiatus hernia okoz, nem pedig a vagus-tonusnak fokozódásából s a c. k. reflektorikus gátlásából.

Az újabb vizsgálatok és megfigyelések azonban a c. k.-nak nemesak a gyomor-vagus, hanem a tüdő-vagus felől való befolyásolását is igazolják. Scherf és Schönbrunner olyan tüdőembolia esetekről számol be, ahol az embolia után felvett ekgm. határozott coronaria elváltozást tüntetett fel s ahol a boncolás alkalmával sem a szívizomzatban, sem a coronariákon semminemű kóros elváltozás nem látszott. Radnai és Mosonyi nyulakban ke-

ményítő suspensio érbe adásával sokszoros arteriás tüdőemboliát idéztek elő, amit az állatok alig 5—6 percel éltek tul. Ekgm. a koszorúér-elzáródás képét mutatta. A boncolás ezzel szemben sem a szivizomzaton, sem a coronariákon kóros elváltozást nem talált, a koszorúerek emboliától tökéletesen mentesek voltak. Feltűnő leletüket Radnaiék úgy magyarázták, hogy a tüdőarteriákban létrehozott érdugulás a vagus tonus fokozásával reflektorikus uton idézte elő a c. k. súlyos leromlását, ami rövid idő alatt elpusztította a kísérleti állatot. S hogy itt tényleg a vagus tonus kísérleti kóros fokozásáé a döntő szerep a coronaria-elégtelenség létrehozásában, mutatja az a megfigyelésük, hogyha mindkétoldali vagust átmetszették, akkor az állatok jóval később pusztultak el s ekgm-juk végig rendes volt.

Végül egyesek, mint *Zimmermann*, a súlyos anaemiával kapcsolatos angina létrejöttében is szerepet tulajdonítanak a vagus-működésének. Az anginának ez a formája, főleg az, amely vészes vérszegénységhez csatlakozik, egyesek szerint nem mondható gyakorinak. Így *Willius* és *Griffin* szerint 2.7%-ban, *Smith* szerint 8.4%-ban, ezzel szemben *Lewis* szerint igen gyakran figyelhető meg angina pectoris anaemia perniciosaival kapcsolatban. Osztályomon az elmúlt 15 hónap alatt 4 beteget kezeltünk anaemia perniciosa ellen. E 4 beteg közül kettőnek jellegzetes angina pectoris rohama volt. Coronarias ekgm-t azonban egy esetben sem tudtunk regisztrálni. *Pickering* és *Wayne*, *Reid*, *Willius* és *Griffin* is kiemelik, hogy az ST szakasznak depressióját perniciosaival kapcsolatban sohasem észlelték. Pedig tekintettel a vérkép súlyosságára, főleg azon esetekben, amelyekben anaemia perniciosaival kapcsolatban érelmeszesedés és esetleg hypertonia is van, épp az ellenkezője lenne várható. *Kisch* (Eppinger klinikáról) ezt úgy magyarázza, hogy perniciosaiban az egész szervezet adynamiás s így a szív-működés is az. Minthogy pedig a szív is kisebb erővel dolgozik, ennél fogva a gyöngébb teljesítményhez viszonyítva a szivizomnak aránylag elegendő oxv-haemoglobin jut, azért látunk ritkábban perniciosaiban anginát és coronariás ekgm-ot. Talán közelebb férközünk az igazsághoz, ha a következőket tartjuk szemelőtt. A szivizom hypo-, vagy anoxaemiája kétféle okból állhat elő: keringési zavar folytán, a coronaria-keringés elégtelensége következtében, vagy a vér összetételének kóros megváltozása, az oxvhaemoglobin nagyfokú csökkenése miatt. Oxvhaemoglobin-csökkenés beállhat megint a haemoglobin súlyos megfogása miatt, mint pl. anaemiában, vagy pedig a vér oxvgenkötő képességének zavara folytán, így pl. CO mérgezéskor. Ha most csak az anaemiánál maradunk, akkor az anaemia okozta oxvhaemoglobin szegénységet a szervezetnek módjában van mindenekelőtt a keringési sebesség fokozásával kiegyenlíteni. Ez a compensatio azonban csak akkor eredményes, ha a keringés szervei ének, s ha a coronariák működése, alkalmazkodási képessége tökéletes. Ha akár a szívnek, akár a koszorúereknek működése tökéletlen s az anaemia súlyos, akkor előáll a vérszegénységet kísérő angina pectoris kórképe. Így az angina pectorisnak ez a fajtája szabályozási zavar következtében jön létre, e zavar felidézésében a vérképző és keringési szervek egyaránt résztvesznek. Mint látható, az anaemiás angina kérdése igen szerteágazó, de nagyfontosságú, ezért érdemes vele behatóan foglalkozni.

Különleges helyet foglal el az anginának az az alakja, amelyet mitrális stenosisal kapcsolatban szoktunk észlelni, s amelynek pathogenesise még nem telje-

sen tisztázott. A klinikai jelek a mellett szólanak, hogy az anginának ez a formája pangással kapcsolatos és hogy az angina oka a coronariáknak a tágult szivréz (balpitvar) okozta összenyomatásában keresendő.

Végül még egy kérdést kell röviden érintenem, s ez az mi az oka annak, hogy anginás beteg, ha elégtelenné válik a keringése, megszabadul kínzó anginás fájdalmaitól; ezért *Wenckebach* szerint angina esetében kívánatos a szív-elégtelenség beállta. Itt mindenekelőtt egy haemodynamikai okra hivatkozhatunk s ez a következő. Határozott decompensatióban a szív teljesítménye csökken, kisebbedik a keringés sebessége, a percvolumen is, amelyhez képest a szivizom aránylag elegendő oxygent kap. Így a decompensatio a c. k. elégtelenségét oly módon szünteti meg, hogy a szív teljesítőképességét a szivizom csökkent oxigenellátásának a mértékére engedi leszállni, ezzel a szivizom oxvgen-szükséglete és oxvgenellátása közötti aránytalanságot kiküszöböli s így a c. k. elégtelenségén is a szivizom oxvgen-szükségletének leszállításával javít. A másik ok, amelyet az előbbihez csatolnánk a magunk részéről, biochemiai természetű. A decompensatio okozta pangás a szivizomban CO₂ felszaporodással jár, a CO₂ pedig mint chemiai inger a szivizomban capillaris és praecapillaris tágulatot idéz elő, ami azzal a következménnyel fog járni, hogy a szivizom a tágult capillarison keresztül több oxvhaemoglobinhoz fog jutni, mint annak előtte. Így csökkeni fog a szivizom hypoxaemiája, s ugyanakkor megszűnik a coronaria elégtelensége is.

Az eddig elmondottakat röviden a következőkben foglalhatjuk össze. Azon vizsgálatok, amelyeknek edeményéről csak hézagosan volt alkalmam beszámolni, hathatósan támogatják *Bergmann* és iskolája által felvetett azon elméletet, mely az angina pectoris kórképét a c. k. elégtelenségével s a szivizom oxvgenellátásának ebből eredő zavarával hozza összefüggésbe. Az angina pectoris okának még mélyebbre ható felderítése további élettani, kísérleti-kórtani és főképp ekgm. vizsgálatok megejtésétől remélhető. Éppen az ekgm. vizsgálatoktól s az ekgm-nak további finomabb elemzésétől remélhetjük azt, hogy az anginával kapcsolatos szivizom anyagcsere zavarokhoz még közelebb tudunk férközni, ami talán már az anginás tünetek végső s esetleg egyetlen okának felderítéséhez fog segíteni.

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 III. bővített kiadás — — —	5.— P helyett 4.— P
Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230. old., 110 ábra és 16 old. műmelléklettel	5.— P
Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal — — — Vászonba kötve (8 P. h. 7 P.)	6.50 P helyett 5.50 P
Rigler Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve — —	25.— P helyett 5.70 P
Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal — — —	2.50 P helyett 2.— P
Issekutz Béla: Gyógyszerrendelés	8.— P helyett 6.— P
Krepuska István: A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana ára	4.— P

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

ERÉDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. női klinikájának közleménye. (Igazgató: Burger Károly ny. r. tanár.)

Az idős többszörszülők szülései.

Írta: Szolnoki Ferenc dr. egyetemi tanársegéd.

A többszörszülők szüléseire vonatkozó irodalmi közlések igen kisszámúak. A megjelent közlemények közül pedig csak néhány foglalkozik a többszörszülők korával, valamint a kornak és a szülések számának hatásával a szülés lefolyására és a szövödményekre. *Zweifel* (Arch. Gynäk. 101.) 1914-ben a müncheni női klinika anyagából 10.000 szülés tapasztalatait ismertette. Ő tekintet nélkül az előrement szülések számára, életkor szerint osztályozza a szülönőket és megállapítja, hogy néhány rendellenesség (harántfekvés, placenta praevia, lepény és lepényrész visszamaradás, atonia) a kor előrehaladtával gyakrabban fordul elő és ezzel kapcsolatban szülészeti műtétekre is gyakrabban kerül sor. *Leyland Robinson* (Brit. Med. Journ. 1930.) közleményében az idős először szülők mintájára „idős többszörszülők”-ről beszél és ezzel kapcsolatban felhívja a figyelmet az ilyen értelemben vett szülészeti öregkorra, amelyet a szülőnő kora, a physiologiai kopás, a pathológiás jelenségek és a túlsók szülés nyoma jellemez. Megállapítja, hogy az előrehaladott kor a szülés számára való tekintet nélkül fokozott veszéllyel jár és hogy a szülési kockázat a szülések számával a negyedik szülésig fordított arányban van, innen pedig azok számával egyenes arányban növekszik. Az öreg többszörszülőknel a kisebb, fiataloknál számba se jövő szövödmények súlyos zavarokat okozhatnak. Talán túloz azonban, amidőn azt mondja, hogy eljön az az idő, mikor minden nyolcadszor szülő, vagy 40 év. n felüli asszony császármetszéssel fog szülni. *Robinson* közleménye óta *Nokaga* (Jap. J. Obstetr. 15.), *Solomons* (Lancet 1934) ugyancsak hasonló észlelésekről tesznek említést. *Peckham* (Bull. Hopkins Hosp. 52.) a nyolcszor és annál többször szülő nők magzatainak halálózását nagyobbak találta, mint az először szülőket. *Wachenfeldt* (Acta obstetr. scand. 15.) az ötödik szüléstől a szülésszám növekedésével a fogóműtétek számának emelkedését látta. *Burger* a „Sokára másodszor szülők szülései”-ről írt értekezésében megállapítja, hogy a másodszor szülőknél a szülési rendellenességek száma az életkor előrehaladtával nő, bár feldolgozott anyaga alapján ez az élet szempontjából fokozott veszélyt nem jelent. Ezen dolgozat alapján kezdtünk a Bábaképző Intézetben a többszörszülők szüléseinek tanulmányozásával foglalkozni. Anyagunkat ezért részben a *Bábaképző Intézetnek*, részben a II. sz. Női Klinikának szülészeti eseteiből állítottuk össze. Öt év anyagából közel 14.000 szülőnő fejlejtését néztük át, külön-külön, osztályozva a II—III—IV—V—VI—VII és annál többször szülőkre (XVI) vonatkozó adatokat. Egy-egy csoportba 200 egymásután következő szülőnőt soroltunk. Azonkívül külön csoportosítottuk anyagunkat a szülőnők kora szerint is. Az adatokat egymással összehasonlítva alkottuk meg véleményünket e kérdéssel kapcsolatban.

Először azt vizsgáltuk, hogy mennyi a szülések átlagos időtartama az egyes csoportokban. A mellékelt táblázatból kitűnik, hogy lényeges eltérés a szülés idejét illetően nincsen. A másodszor és ötödször szülők szülési idejének átlaga azért kevesebb, mert e csoportokban elhúzódó szülést (50—60 óra) mint a többi csoport mind-egyikében, egyet sem találtunk. Feltűnik azonban, hogy

a hetedszer és annál többször szülők szülési idejének átlaga a legmagasabb.

I. táblázat.

A szülések időtartama:

200 másodszor szülő szülési idejének átlaga	8 óra 50 perc
200 harmadszor „ „ „ „	10 „ 30 „
200 negyedszer „ „ „ „	11 „ 30 „
200 ötödször „ „ „ „	9 „ 23 „
200 hatodszor „ „ „ „	10 „ 23 „
200 hét és többször „ „ „ „	11 „ 57 „

A terhességi toxicosisokat illetően azt tapasztaljuk, hogy nincs számbavehető különbség a szülések számának változásával, de amint később látni fogjuk az előrehaladott kor a rendellenesség előfordulására már igen nagy jelentőséggel bír. Ha külön csoportba foglaljuk a II—IV és az V—XVI szülőknél előforduló toxicosisokat, a mérleg az utóbbiak javára még valamivel kedvezőbb képet — 3.16%-kal szemben csak 2.83% előfordulást mutat.

II. táblázat.

Terhességi toxicosisok:

200 másodszor	} szülő közl	5 = 2.5%	} 3.16%
200 harmadszor		7 = 3.5	
200 negyedszer		7 = 3.5	
200 ötödször		8 = 4.0	
200 hatodszor		4 = 2.0	
200 hetedszer és többször	5 = 2.5	2.83%	

Másképpen áll a helyzet a lepényi időszak rendellenességeivel. Amint a táblázatból kitűnik a szülési szám növekedésével, ha nem is arányosan, de nő a lepény és lepényrészek visszamaradásának előfordulása. Amíg a II—IV-szer szülők csoportjában csak 2%-ban fordult elő, addig a másik csoportban 4.16%-ban jelentkezett a szövödmény.

III. táblázat.

Lepény és lepényrész visszamaradás ill. leválasztás:

200 másodszor	} szülő közl	6 = 3.0%	} 2.9%
200 harmadszor		3 = 1.5	
200 negyedszer		3 = 1.5	
200 ötödször		10 = 5.0	
200 hatodszor		7 = 3.5	
200 hetedszer és többször	8 = 4.0	4.16%	

Az atoniás vérzéseket illetően az egyes csoportokba tartozókön nincs lényeges eltérés, de végeredményben a szülések számának előrehaladtával az atoniás vérzéseknek kifestő szaporodását látjuk.

IV. táblázat.

Atoniás vérzés:

200 másodszor	} szülő közl	4 = 2.0%	} 3.83%
200 harmadszor		8 = 4.0	
200 negyedszer		11 = 5.5	
200 ötödször		7 = 3.5	
200 hatodszor		11 = 5.5	
200 hetedszer és többször	8 = 4.0	4.33%	

A következő táblázatban a placenta praevia eseteket soroltuk fel. Itt azt látjuk, hogy a szülések számának növekedésével a placenta praevia előfordulása is gyakoribb. A 200 másodszor szülő közül egyen sem fordult elő, míg az ötször és annál többször szülőknél 1.5—3.5%-ban találjuk. Ha ismét különválasztjuk a II—IV és V—XVI szülőket, úgy a különbség még szembetűnőbb.

V. táblázat.

Placenta praevia:

200 másodszor	} szülő közl	0 = 0.0%	} 0.66%
200 harmadszor		3 = 1.5	
200 negyedszer		1 = 0.5	
200 ötödször		3 = 1.5	
200 hatodszor		7 = 3.5	
200 hetedszer és többször	4 = 2.0	2.33%	

Még lényegesebb az eltérés a *harántfekvést* illetőleg. A VI. táblázatból kitűnik, hogy a harántfekvés előfordulása a szülések számának növekedésével majdnem arányosan növekedik. A másodszor szülők között csak 0 5%-ban, a VII—XVI szülők között pedig 6%-ban fordult elő. Természetesen ezzel magyarázható ezen esetekben a fordítás és extractio, valamint a császármetszések számának emelkedése is, amint az a műtétes szülések táblázatában látható.

VI. táblázat.
Harántfekvés:

200 másodszor	} szülő közül	1= 0 5 ⁰ / ₀	} 1'33 ⁰ / ₀
200 harmadszor		3= 1 5 ⁰ / ₀	
200 negyedszer		4= 2 0 ⁰ / ₀	
200 ötödször		5= 2 5 ⁰ / ₀	
200 hatodszor		11= 5 5 ⁰ / ₀	
200 hetedszer és többször		12= 6 0 ⁰ / ₀	

A VII. táblázat az *időelőtti burokrepedés* előfordulását tünteti fel. Lényeges eltérést e téren nem találunk.

VII. táblázat.
Időelőtti burokrepedés:

200 másodszor	} szülő közül	24= 12 0 ⁰ / ₀	} 11'33 ⁰ / ₀
200 harmadszor		21= 10 5 ⁰ / ₀	
200 negyedszer		23= 11 5 ⁰ / ₀	
200 ötödször		25= 12 5 ⁰ / ₀	
200 hatodszor		6= 13 0 ⁰ / ₀	
200 hetedszer és többször		30= 15 0 ⁰ / ₀	

A *műtétes szülések* az egyes csoportokban különféle-képen alakulnak. A placenta praevia és a harántfekvés valamint az atonia előfordulásának megfelelően — amint már említettük — fordítást és extractiot, lényegesen-, illetőleg Dührssen tamponádot valamivel nagyobb számban végeztünk a többszörszülőkön. Meg kell még említenünk a császármetszések gyakoribb előfordulását a hatszor és annál többször szülőknél azon esetekben, amidőn harántfekvés, valamint köldökzsinór előesés miatt végeztük el a műtétet.

VIII. táblázat.
Műtétes szülések.

	II. P	III. P	IV. P	V. P	VI. P	VII. P—
császármetszés	szükmedence	3=1'5 ⁰ / ₀	6=3 ⁰ / ₀	2=1 ⁰ / ₀	2=1 ⁰ / ₀	3=1'5 ⁰ / ₀ 3=1'5 ⁰ / ₀
	plac. praevia	—	2=1 ⁰ / ₀	—	2=1 ⁰ / ₀	3=1'5 ⁰ / ₀ 1=0'5 ⁰ / ₀
	egyéb	—	—	2=1 ⁰ / ₀	2=1 ⁰ / ₀	4=2 ⁰ / ₀ 6=3 ⁰ / ₀
fogóműtét	—	2=1 ⁰ / ₀	3=1'5 ⁰ / ₀	2=1 ⁰ / ₀	2=1 ⁰ / ₀	1=0'5 ⁰ / ₀
extractio	4=2 ⁰ / ₀	4=2 ⁰ / ₀	6=3 ⁰ / ₀	7=3 5 ⁰ / ₀	9=4 5 ⁰ / ₀	6=3 ⁰ / ₀
fordítás, extractio	—	4=2 ⁰ / ₀	2=1 ⁰ / ₀	6=3 ⁰ / ₀	8=4 ⁰ / ₀	7=3 5 ⁰ / ₀
decapitatio	—	1=0'5 ⁰ / ₀	2=1 ⁰ / ₀	—	1=0'5 ⁰ / ₀	2=1 ⁰ / ₀
perforatio	—	—	2=1 ⁰ / ₀	2=1 ⁰ / ₀	2=1 ⁰ / ₀	2=1 ⁰ / ₀
Dührssen tamp.	1=0'5 ⁰ / ₀	2=1 ⁰ / ₀	2=1 ⁰ / ₀	1=0'5 ⁰ / ₀	3=1'5 ⁰ / ₀	2=1 ⁰ / ₀

A szülési kockázat megítélése, illetőleg a szülési eredmények elbírálása szempontjából fontos ismernünk az anyai megbetegedéseket és halálozást, valamint a magzati halálozást is.

A *gyermekági megbetegedések* tekintetében az egyes csoportok között alig van különbség. Lázas gyermekagy az esetek 2—4%-ában fordult elő.

Az *anyai halálozásban* lényegesen rosszabb eredményeket látunk a szülésszám emelkedésével. A másodszor és harmadszor szülők közül egy anyát sem veszítettünk el. A negyedszer szülők közötti 2 halálesetnek eclampsia

volt az oka. Az elhalt ötödször szülőnőnek a gyermekágy VI. napján fellépő cath. appendicitis miatt végzett műtét után beálló influenzás tüdőgyulladás okozta halálát. A hatodszor szülők közül elhaltak egyikének sepsise volt, melyet közvetlenül a szülés előtti közösiüléssel magyarázhatunk. A másik asszony intézeten kívül történt méhrepedés miatt végzett hasmetszés után a VI. napon has-hártyagyulladás következtében halt el. A hetedszer és annál többször szülők csoportjában egy emboliás és egy eclampsias haláleset fordult elő. Ezen haláleseteket összegezve látjuk, hogy a II—IV. szülők közül a halálozás 0.33%-ot, az V—XVI. szülők közül 0.83%-ot tett ki.

IX. táblázat.
Lázas gyermekágy:

200 másodszor	} szülő közül	egyszer lázas 2	} 2= 8= 4 ⁰ / ₀	
200 harmadszor		kétszer „ 2		} 4= 2 „ 2'66 ⁰ / ₀
		többször „ 4		
200 negyedszer		egyszer „ 0		} 2= 4= 2 „
		kétszer „ 2		
200 ötödször		többször „ 2		} 3= 6= 3 „
	egyszer „ 1			
200 hatodszor	kétszer „ 2	} 2= 8= 4 „ 3 ⁰ / ₀		
	többször „ 4			
200 hetedszer és többször	egyszer „ 0	} 1= 4= 2 „		
	kétszer „ 1			
		többször „ 3		

A *magzati halálozást* feltüntető táblázatból kitűnik, hogy a szülési szám emelkedésével, majdnem parallel halad a magzati mortalitás emelkedése is, — amit az előzőleg ismertett, ezen szülőnőknél gyakoribban előforduló szülési rendellenességek magyaráznak. Így a legtöbb magzati végzett műtétes szüléseink alkalmával veszítettük el. A másodszor szülő anyák magzatai közül 1%, a hetedszer és annál többször szülők közül pedig 6.5% halt el a szülés alatt.

X. táblázat.

Anyai halálozás:		Magzati halálozás:	
200 másodszor	} szülő közül	—	2= 1 ⁰ / ₀
200 harmadszor		—	4= 2 ⁰ / ₀
200 negyedszer		2= 1 ⁰ / ₀	7= 3 5 ⁰ / ₀
200 ötödször		1= 0 5 ⁰ / ₀	4= 2 0 ⁰ / ₀
200 hatodszor		2= 1 0 ⁰ / ₀	8= 4 0 ⁰ / ₀
200 hetedszer és többször		2= 1 0 ⁰ / ₀	13= 6 5 ⁰ / ₀

Az eddigiekben az előrement szülések száma szerint osztályoztuk a szülőnőket és ismertettük az eredményeket. Annak a kérdésnek eldöntésére, hogy a szülési számtól függetlenül a *kornak* milyen szerepe van a szülési szövdmények létrejöttében, felosztottuk anyagunkat az asszonyok életkora szerint is.

Az 1.200 szülőnő között négyet találtunk olyant, akinek életkora 20 éven alul volt. Ezen négy asszonynak semmiféle szülési rendellenessége nem volt. 498 asszonyt találtunk, akinek életkora 21—30 év között volt. 604-t, aki 31—40 éves volt. 41 éven felül 94 asszony szült.

A XI. táblázat összesítve tartalmazza a rájuk vonatkozó adatokat. Elsősorban feltűnik, hogy az életkor emelkedésével a szülési idő átlaga is nagyobb. A továbbiakból látjuk, hogy a szülési rendellenességek közül legtöbbnek száma az életkor előrehaladtával növekedik. Így toxicosis, atonia, placenta praevia, harántfekvés az idősebb korban lényegesen nagyobb százalékban fordul elő, mint fiatal korban. Ebből természetszerűleg következik, hogy az idősebb asszonyoknál a szülészeti műtétek száma

XI. táblázat.

Életkor	—20	21—30	31—40	41—
Esetek száma	4	498	604	94
A szülések időtartama	10h 30'	9h 21'	10h 49'	12h 12'
		Százalékokban		
toxicosis	—	11=2'2	21=3'48	4=4'25
lepény éo cotyledó ret.	—	11=2'2	23=3'81	3=3'19
atonia	—	16=3'26	29=4'8	4=4'25
plac. praevia	—	4=0'8	12=1'99	2=2'12
narántfekvés	—	9=1'8	22=3'81	5=5'31
idő előtti burok rep.	—	58=11'64	78=12'93	13=13'82
cészárméltetés	szűk med.	—	8=1'6	10=1'6
	praevia	—	3=0'6	3=0'49
	egyéb	—	4=0'8	6=0'99
fogóműtét	—	3=0'6	6=0'99	1=1'06
extractio	—	11=2'2	17=2'8	8=8'5
ordítás és extractio	—	9=1'8	16=2'6	2=2'12
decapitatio	—	1=0'2	5=0'82	—
perforatio	—	3=0'6	4=0'66	1=1'06
Dührssen	—	7=1'2	4=0'66	—
anyai halálozás	—	1=0'2	5=0'82	1=1'06
magzati halálozás	—	8=1'6	27=4'47	3=3'19
lázás gyermekágy	—	16=3'21	15=2'43	3=3'19

is lényegesen nagyobb volt. Feltűnik a 40 éven felülieknél a medencevégü fekvés, illetőleg az ezzel járó extractio számának ugrásszerű emelkedése. Ennek jelentősége azonban — amint már *Burger*, (O. H. 1935. 46), valamint *Végh* (Gyógyászat 1936. 38—39.) is kiemelte, utabban lényegesen csökkent, mert klinikánkon minden medencevégü fekvést már a terhesség 32—38 hetében fejrefordítási igyekeztünk, ami az esetek 70 %-ban sikerül is. Az anyai mortalitást illetőleg, szintén emelkedést találunk az idősebbeknél, ugyanis a 40 éven felüliek halálozási százaléka ötször olyan nagy, mint a 20—30 éveseké. A magzati halálozást illetőleg is kedvezőbbek az eredmények a fiatalabb asszonyoknál, mint az időseknél. A 21—30 éves anyák magzatainak halálozási százaléka 1,6, míg a 31—40 éveseké 4,47%-ot, a 40 éven felülieké 3,19%-ot tesz ki.

Eredményeinket áttekintve kétségtelenül megállapíthatjuk, hogy a szülési szám növekedésével bizonyos számon túl és ettől függetlenül az életkor előrehaladtával nemcsak a szülés alatti szövödmények száma, hanem az anyai, de főleg a magzati halálozás lényegesen növekedik. Így anyagunkon nyert tapasztalatunk alapján úgy véljük, hogy a 30 esetleg 35 éves korig lefolyó 3—4 szülés a legkedvezőbb az anyára és a magzatra egyaránt. Fejlesztésünk tanúsága szerint a sokszor szülő asszonyok főleg a rosszabb anyagi körülmények között élő, rosszul, vagy helytelenül táplálkozó munkás és földmives asszonyok közül kerültek ki. — Az idős többszörszülők szüléseinek

aránylag rosszabb eredménye tehát véleményünk szerint a sok szülés és rossz hygienikus viszonyok következtében megviselt szervezetben, továbbá az előrehaladó évekkel inkább előforduló rejtett elváltozásokban illetve betegségekben keresendők. Nem kevésbé fontos az a körülmény sem, hogy ezen sokszor szülő asszonyok legnagyobb része nem állt terhessége idején orvosi ellenőrzés alatt, márpedig az ismertetett és súlyos bajt okozó szövödmények egyrésze olyan természetű volt, ami rendszeres terhességellenőrzéssel idejekorán felismerhető és így a baj megelőzhető lett volna.

Idős sokszor szülő asszonyok szülési kockázatának javítására tehát elsősorban nagy fontosságu volna egyrészt a *terhesek anyagi helyzetének javítása, másrészt felvilágosításuk azon irányban, hogy terhességük alatt vegyék igénybe orvosaik tanácsát, illetőleg keressék fel a már majdnem mindenütt működő terhesrendeléseket.* A terhesség alatti vizsgálatokkal, megfelelő praeventív gyógykezeléssel, tanácsadással, illetőleg a beteg terhes asszonynak idejekorán intézetbe szállításával reméljük elérhető lesz, hogy az idős sokszörszülő asszonyok szülése sem lesz veszélyesebb, mint a fiataloké.

Anyagunk tanulsága alapján az elmondottakon kívül még megemlítenénk azt a körülményt is, hogy a többszörszülők szüléseinek kockázata azáltal is csökkenthető, ha a szülések legnagyobb része fiatal korban, lehetőleg a 3. évtizedben folyik le. Itt természetesen megint gazdasági okok szerepelnek, (késői házasság, a házasság első éveiben védekezés, stb.) amelyeknek kiküszöbölése már nem a szülészre tartozik. Kötelességünk azonban erre a körülményre szülészeti szempontból is felhívni a figyelmet.

A szülési kockázat csökkentését szolgálja még azon törekvésünk is, amellyel a „szülészeti öregkor” határát igyekeztünk kítolni azáltal, hogy a szülés következtében létrejövő hibákat korrigáljuk és főleg toxicosisok után az életfontos szervek állapotát a szülés után hat héttel végzett, szükségesetén még később is megismételt utóvizsgálattal ellenőrizzük.

A Ferenc József Tudomány Egyetem élettani intézetének (Igazgató: Veress Elemér ny. r. tanár) és gyógyszerintézetének (Igazgató: Issekutz Béla ny. r. tanár.) közleménye.

A β -phenylisopropylamin (aktedron) hatásáról.*

Irták: *Csinády Jenő dr.* egyetemi magántanár, adjunctus és *Dirner Zoltán dr.* egyetemi tanársegéd.

A kísérleti orvostudomány rohamos fejlődése arra a különös eredményre vezetett, hogy a kutatók érdeklődésének homlokterébe a vegetatív funktiók és ezzel együtt az állatkísérletek kerültek. Az ember és vele a magasabbrendű szellemi funktiók iránti érdeklődés az orvosok körében megcsappant és a munkaphysiológusokon kívül, kiknél a vizsgálat főtárgya mindig az ember volt és marad, psychophysiologiai vizsgálatokkal, képességvizsgálattal főképpen a psychologusok foglalkoztak — kik ritkán orvosok. Pedig ez a munkaterület igen sok kiaknázatlan kincset rejt magában mind az elméleti kutató physiologus, mind a gyakorló orvos számára. Ezzel nem monduk újat, hiszen szerencsére utabban külföldön épen a

*) Előadva a M. E. T. 1937. V. 28—29-én Szegeden tartott ülésén. Referatum megjelent O. H. 1937. szeptember 4-i, 36. számában; németül Ber. ges. Physiol. 101. K. 7/8. f. A dolgozat a Rockefeller-alap támogatásával készült.

munkaphysiológia és munkahigiene szolgálatában egyre nagyobb tért hódítanak a psychophysiologiai vizsgálatok. Mint minden experimentális vizsgálatnál itt is a *működés-változások* azok, amik elsősorban érdeklődésre tarthatnak számot. Mivel azonban a lelkiélet páratlanul sokoldalú, a psychophysiologiai vizsgálatok szinte határtalanul nagy munkafelületet nyújtanak, melyek közül a kutatónak a célravezetőt kiválasztani nem könnyű feladat, sőt megfelelő előtanulmány nélkül egyenesen lehetetlen. Gondoljunk csak a képességvizsgálatok pontosan körülírt feladataira, vagy a tehetségkutatás eszközeire, melyek oly gyakran bizonyítják egészen egyoldalú tehetségek létezését. Az ilyen irányú kísérletek lényegében fáradásvizsgálatok, melyeket psychotechnikai módszerekkel tudunk legjobban megközelíteni.

1933 óta tudjuk, hogy a β -phenylisopropylaminnak amely nálunk aktedron (Chinoin), külföldön benzedrin néven van forgalomban, a központi idegrendszer bizonyos területeire erőlyes izgató hatása van. Erre vonatkozó adatokat közöltek *Alles*, *Prinzmetal* és *Bloomberg*, kik szerint ez a hatás háromszor erősebb, mint az epnedrin hasonló hatása. Leírták már álmatlanságot előidéző hatását, valamint azt a sajátságos euphoriát is, ami a szer bevétele után rendszeren fel szokott lépni. Kísérleteink főcélja a szer központi idegrendszeri hatásának megközelítése volt, legalább annyira, amennyire a rendelkezésre álló eszközök engedték.

Mivel e téren kitaposott út nem állott rendelkezésünkre, kísérleteinket tájékoztató alapkísérletekkel vezettük be, melyeket lehetőleg széles alapokra helyeztünk. Így végeztünk ergometriai, electrocardiographiai, perimetriás, tremometriás és más munkaphysiológiai vizsgálatokat is, melyek magukban igen érdekes eredményekkel jártak, azonban a kísérleti időt annyira elnyújtották, hogy kénytelenek voltunk a munkatervet redukálni és az egész feladatkomplexumból egy kérdést emeltünk ki, hogy t. i. milyen módon befolyásolja e szer a *magasabrendű szellemi műveleteket*. Így az említett kísérleteken kívül a fenti cél érdekében egyelőre mellőztük a rendkívül érdekes eredménnyel kecsegtető egyszerű és kombinált reactio-idő vizsgálatokat is, mert ezeket nem tartottuk a magasabrendű szellemi műveletek keretébe tartozó feladatoknak. Ezekre a vizsgálatokra azonban kénytelenek leszünk más alkalommal visszatérni.

Mielőtt részletekbe bocsátkoznánk, nem lesz érdektelen megjegyezni, hogy önkísérletekben magunk is többször vettünk be 1—3 ctg. phenylisopropylamint és ilyenkor a következőket észleltük: $\frac{3}{4}$ —1 óra múlva a hangulat derüssé válik. Valami könnyűség érzése és valóságos europia következik be. A beszélőkészség rendkívüli mértékben fokozódik és jellemző módon ellenállhatatlan munkavágy ömlik el az emberen. Valóságos kényszerűt érzünk a munkára. A fáradtság érzése teljesen eltűnik még megerőltető, hosszú ideig tartó munka esetén is. Egyikünk egy ízben 10 órán át dolgozott egyfolytában megszakítás nélkül ($\frac{1}{2}$ órai vacsoraszünetet leszámítva), s akkor a hajnali órákban nyugovóra térve, még csak későre tudott elaludni. Ennek ellenére pár órai (5) alvás után, a megszokott, rendes időben egészen frissen ébredt. Vagy más alkalommal influenza miatt már napok óta zavart közérzet tünt el teljesen és adott helyet az előbb felsorolt kellemes tüneteknek.

Guttman és *Peoples* is azt találták, hogy a benzedrin a magasabb szellemi funkciókra kedvező hatást gyakorol, a gondolkodást, és ítéletalkotást megkönnyíti. Ezeket az adatokat azonban mi objectiv psychophysiologiai kísérletekkel óhajtottuk alátámasztani. Kísérleti fel-

adatunk rendkívül közeli rokonságot mutatott azzal a kísérletsorozattal, melyet a múlt iskolai évben végeztünk az iskolai torna óra hatására vonatkozólag egyik szegedi gimnázium tanulóin.*) Kísérleti methodikánk összeállításában ott szerzett tapasztalatainkat is felhasználtuk. Egyébként a feladatokat *Kraepelin*, *Durig*, *Bourdon*, *Jaensch*, *Ranschburg*, *Giese*, *Stern*, *Wiegmann* és *Moede* adatait felhasználva állítottuk össze. A kísérleti technika alapelveit az említett közleményben részletesen kifejtettük. Itt röviden csak annyit említünk meg, hogy a vizsgálatok gerincét *idegen nyelvű, német szótanulás alkotta*. Ezt a módszert mások túlságosan könnyű feladatnak tekintik. Mi ezt nem tapasztaltuk egyik kísérletünkben sem, sőt azt mondhatjuk, hogy az általunk alkalmazott formájában igen nehéz feladat. Lényege az, hogy a kísérleti egyének elé vetítő készülékkel és *Ranschburg*-féle mnemometerrel egymásután 2 másodperces időközökben 2 másodperces exponálási idővel 20 német tőszót vetítettünk magyar jelentésével együtt. Tehát minden szót 2 másodpercig látnak és az azt követő 2 másodperces szünetben hangosan kimondják. (Hogy a visualis behatást acustikus behatással támogassuk). 2 másodperc elteltével következik a másik szó. 20 szó exponálása után 40 másodperc szünet jön. A kísérleti szavak olyan, mind a két nyelvben rövid (1—2 szótagos) és alig használatos szavak, melyeket a németül jól beszélő egyének sem ismernek (mezőgazdasági és más szakkifejezések.). Mikor már mind a 20 szót kétszer egymásután végigexponáltuk, következik az első kikérdezés, amikor diktáljuk a szavakat németül (ez könnyítés! ismétlés) és a kísérleti egyének írják magyarul, majd diktáljuk magyarul és írják németül. Természetesen az első kikérdezés alkalmával (I. kik.) rengeteg hibát csináltak. Ismét kétszer végigexponáltuk, mint az előbb, újabb kikérdezés jön, majd újabb exponálás. Így folytatjuk a 100 százalékos tudásig. E kísérleteinkben négyszeri exponálás és négyszeri kikérdezéssel dolgoztunk, amivel azonban nem mindig sikerült elérnünk a 100 százalékos tudást, de az eredmények így még szembetűnőbbek. Más feladatok egészítették ki a vizsgálatokat, melyekről alább lesz szó.

Kísérleteinket négy egymásutáni napon végeztük, mindig azonos kísérleti feltételek mellett. Vigyáztunk arra, hogy azonos kísérleti egyének azonos napszakban és azonos munka elvégzése (orvostanhallgatók előadások hallgatása) után kerüljenek vizsgálatra. Valamint arra is vigyáztunk az eredmények tárgyilagos elbírálása érdekében, hogy a kísérleti egyének ne legyenek tisztában azzal, hogy mi voltaképpen mit vizsgálunk. A feladatok természetesen naponta változtak, de azonos nehézségűek és azonos elveken nyugvóak voltak. Mindennap bevettek a kísérlet előtt egy órával 1—1 capsula amylocéat, amiben első nap nem volt hatékony gyógyszer (bism. subnit.), második nap coffeinum natr. benzoicum (0.20 g.); harmadik nap β -phenylisopropylamin-phosphat (0.20 g.); negyedik nap semmi hatékony gyógyszer. Ilyen beosztás mellett a gyakorlásból eredő esetleges hibának jelentkeznie kellett volna.

A szótanulási kísérleteket *figyelempróba* egészítette ki, melyben a feladat az volt, hogy a *Bourdon*-féle teszt figuráiból hármát, melyeket egyszerre és 10 másodpercen át exponáltunk, húzzanak át a szöveg első 10 sorában a szótanulás előtt, majd a második 10 sorban másik három figurát a kísérlet végén.

*) *Csinády—Veress*: Az iskolai tanóra hatása a szellemi teljesítőképességre. Előadva a szegedi sportorvosi congressuson 1936. V. I. Megjelent a *Testnevelés* 1937. évf. 9. sz. Sportorvos-ban.

Ezt az eljárást tekintik legtöbbször, így *Moede* és *Giese* is, a figyelemconcentráció-képesség legtárgyilagossabb mértékének. Mi is alkalmaztuk, mert gyors- és objectív eredményt ad.

További feladat az *alakemlékezés* vizsgálata volt, melyben két dimenziójú rajzokat és a *számemlékezés*, melyben exponált hat számjegyből álló számsorokat kellett emlékeztetből reprodukálni. Úgy a rajzokban, mint a számokban aprólékos nehézségek lappangtak, melyek próbára tették a megfigyelőt, vagyis elárulták a figyelmetlent. Így voltak a számsorokban heterolog számsorokon kívül olyanok is, melyekben ismétlődő szám is előfordult, amit tudvalévőleg nehezebb feladat megjegyezni a homolog ingerek egybeolvadási tendenciája miatt (*Ranschburg*).

Az alakemlékezést és számjegylemékezést pontozással bíráltuk el, 6 jó pontot jelentett minden egyes feladat hibátlan megoldása.

Mathematikai műveletek egészítették ki a kísérleti programot, melyek nehézségük szerint csoportosítva I., II., III.-al jelölték. I/a és I/b jelent két összevonást (+ és - jelű számok algebrai összeadása fejben); II/a szorzás: egyszámjegyű szám szorozva kétszámjegyűvel; II/b szorzás: egyszámjegyű szám szorozva kétszámjegyűvel és utána az összegből kivonás, vagy hozzáadás; III/a szorzás: kétszámjegyű szám szorozva kétszámjegyűvel; III/b szorzás: kétszámjegyű szám szorozva kétszámjegyűvel és az összegből kivonás, vagy hozzáadás.

Mindezeket a műveleteket fejben kellett elvégezniük és az eredményt leírták. Ez volt a leegyszerűsített program, melyet a kísérleti egyének tervszerűen végrehajtottunk. Tudjuk, hogy itt hégagok vannak, ez a munka nem teljes, csak mozaik, de eredményeinek egyöntetűsége és érdekessége mégis indokolja közlését.

Az itt közölt kísérletsorozatban 5 egyén, mind az öt

	F e l a d a t	B. Ákos		Cs. János		B. Borbála		H. Ilona		A. János		Összesítés	
I. n a p hatékony gyógyszer	Bourdon összegezve	1'75		1		9'25		1'5		1'25		Bourdon hiba %	
	Bourdon hiba %	0'0	3'5	1'5	0'5	9	9'5	2'5	0'5	1	1'5	K. é. 2.95	
	Alakemlékezés	4	18:16	5	18:17	0	18:12	0	18:12	5	18:17	Középért. 18:14'8	
	Számemlékezés	6+6		6+6		6+6		6+6		6+6			
	Math. műveletek I.	6 6		6 6		6 6		6 6		6 6			
	II.	6 6		6 4		6 6		6 6		5 6			
	III.	6 0		0 3		6 2		6 0		6 6			
	Összesítve pontokban	36:30		36:25		36:32		36:30		36:35		Középért. 36:30'4	
	Szótanulás I. kik.	20	10	15	10	30	25	30	25	20	10	23	16
	II. "	45	30	40	30	70	72'5	65	42'5	45	30	53	41
III. "	50	45	70	50	99	80	75	72'5	50	45	68'8	58'5	
IV. "	75	50	80	70	100	100	97'5	90	75	50	85'5	72	
II. n a p 0'20 coffeinum natr. benz.	Bourdon összegezve	8'25		6'75		10'25		8'5		8'25		Bourdon hiba %	
	Bourdon hiba %	5	11'5	6'5	7	10'5	10	9'5	7'5	10	6'5	K. é. 8'1	
	Alakemlékezés	5	18:15	5	18:16	4	18:15	5	18:15	5	18:16	Középért. 18:15'4	
	Számemlékezés	4+6		5+6		5+6		4+6		5+6			
	Math. műveletek I.	6 6		6 6		6 6		6 6		6 6			
	II.	5 6		5 6		6 3		6 6		1 6			
	III.	6 1		6 0		5 3		5 5		6 5			
	Összesítve pontokban	36:30		36:29		36:29		36:34		36:30		Középért. 36:30'4	
	Szótanulás I. kik.	45	35	20	12'5	50	40	50	40	30	25	39	30'5
	II. "	70	57'5	50	35	90	75	85	70	65	40	72	55'5
III. "	90	70	75	60	95	95	95	97'5	90	60	89	76'5	
IV. "	100	95	95	75	100	95	100	95	95	85	98	89	
III. n a p 0'02 β phenylisopropilamin (Aktecton)	Bourdon összegezve	7'75		11'75		10'5		10'5		5'75		Bourdon hiba %	
	Bourdon hiba %	3'5	12	4	19'5	4'5	16'5	6	15	5	6'5	K. é. 9'25	
	Alakemlékezés	6	18:18	6	18:9	6	18:18	4	18:16	5	18:17	Középért. 18:15'6	
	Számemlékezés	6+6		2+1		6+6		6+6		6+6			
	Math. műveletek I.	6 6		5 2		6 6		6 6		6 6			
	II.	6 5		0 2		6 6		6 6		5 6			
	III.	3 1		0 0		2 1		4 3		0 0			
	Összesítve pontokban	36:27		36:9		36:27		36:31		36:23		Középért. 36:23'4	
	Szótanulás I. kik.	40	35	40	10	70	55	60	45	25	20	47	33
	II. "	85	75	85	65	95	80	97'5	80	75	55	87'5	72
III. "	100	95	100	95	100	95	100	99	90	75	98	91'8	
IV. "	100	95	100	95	95	95	100	100	90	80	97	93	
IV. n a p hatékony gyógyszer	Bourdon összegezve	0'25		4		1'5		0'5		1		Bourdon hiba %	
	Bourdon hiba %	0'5	0'0	1	7	2	1	0'0	1	1	1	K. é. 1.45	
	Alakemlékezés	4	18:16	5	18:17	4	18:16	4	18:16	5	18:17	Középért. 18:16'4	
	Számemlékezés	6+6		6+6		6+6		6+6		6+6			
	Math. műveletek I.	6 6		6 6		6 6		6 6		6 6			
	II.	6 6		6 5		6 6		6 6		6 5			
	III.	1 6		6 6		5 0		5 0		6 5			
	Összesítve pontokban	36:31		36:35		36:29		36:29		36:34		Középért. 36:31'6	
	Szótanulás I. kik.	30	12'5	10	15	20	15	25	22'5	10	10	19	15
	II. "	65	50	50	15	60	45	65	60	52'5	30	58'5	40
III. "	100	75	75	60	100	75	95	85	50	60	84	71	
IV. "	100	95	90	90	100	95	100	95	85	70	95	89	

III. éves orvosnövendék vett részt. Három férfi, kettő nő volt és németül egyik sem beszélt. Az eredmények számszerűen az alábbi táblázatban állítottak össze.

A szótanulás eredményei az egyes kikérdezések idejére tökéletesen elsajátított szavakat százalékokban feltüntetve jelzik. A baloldali oszlopban a németről magyarra kérdezés, a jobboldaliban a magyarról németre kérdezés eredményei vannak. Matematikai műveletek teljesen hibátlan megoldása 36 jó pontot jelentett volna. Az összeállítás rovatában jelezzük, hogy e helyett az illető hány pontot ért el. P. o. 36:30 jelenti, hogy vagy egy helyen nagyobb hibát csinált, vagy több aprót, összesen 6 pont értékben.

Alakemlékezés és számemlékezés értékelésekor az elv ugyanaz, a feladatok hibátlan megoldása itt 18 pontot jelentett volna.

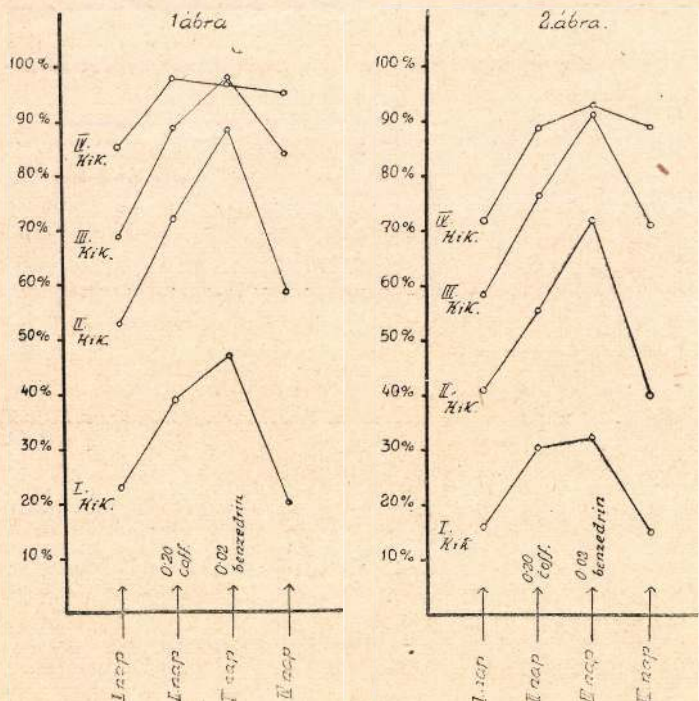
A Bourdon-kísérlet eredményeiben a hiba százalékokban van feltüntetve külön-külön az óra elején és végén nyert értékek, majd összesítve középértékben.

A táblázat utolsó oszlopa az 5 kísérleti egyén egyéni eredményeinek összesítése középértékek alakjában.

A táblázat alaposabb tanulmányozásakor azonnal szembeötlök, hogy a negyedik napon, amikor semmi gyógyszer nem kaptak, az eredmény igen rossz. Talán még rosszabb, mint az első napon. Tehát a második és harmadik nap jobb eredményeit elfogadhatjuk gyógyszerhatáson alapulóknak, abban a gyakorlásnak semmi szerepe nem volt.

De nézzük az egyes részleteredményeket külön-külön.

A szótanulás statistikájának összesített középértékeit a négy kísérleti napon diagrammok alakjában rajzoltuk meg. Az I. ábra a németről magyarra kérdezés statistikája után készült külön-külön feltüntetve az I., II., III. és IV. kikérdezés értékeit.



A diagrammból jól láthatjuk, miképpen hatott a koffein és a β -phenylisopropylamin, különösen, ha egybevetjük az első és utolsó nap (IV. nap) eredményeit. Látjuk, hogy míg az első és utolsó nap eredményei között lényeges eltérés nem mutatkozik, csupán annyival jobb a IV. nap minden értéke, amennyit a gyakorlás megmagyaráz, addig koffein hatására már az I. kik. alkalmával jóval magasabb értékeket láthatunk, ami a II. kikérdezés al-

kalmával még tovább növekedett. A III. és IV. kikérdezéskor ez a nagy különbség elmosódik, mert itt már élettani körülmények között is igen magas százalékszám jelenik meg, amit a gyógyszer nem javíthat jelentős mértékben tovább. A III. napon ugyanazon viszonyokat látjuk β -phenylisopropylamin hatására, mint a coffeinnél, csak hogy az értékek jóval nagyobb százalékos arányban nőttek. Itt is a II. kikérdezés eredményei mutatják az ugrászerű növekedést és ez a különbség a III. és IV. kikérdezés eredményében kissé elmosódik. I. kik. eredményei az I. napon 23%, a II. napon 39%, a III. napon 47%, a IV. napon 19%, ami azt mutatja, hogy az aktedron hatására az alapkísérlethez viszonyítva több, mint 100% a javulás az eredményben. Igen lényeges a különbség a II. kik. alkalmával is, amikor 53%-ról ez az érték 87.5%-ra ugrott fel, hasonlóképpen jobbak az eredmények az aktedronos napon a coffeines (II. nap) adataihoz viszonyítva. Nyugodtan állapíthatjuk meg, hogy a coffeinnek a szellemi központokra gyakorolt izgató hatását 1/10-résznymi adagban is 20—30%-al felülmúlja a β -phenylisopropylamin. Az elmondottakat még jobban kiemeli, ha egybevetjük az 1. és 2. ábrákat. A 2. ábra hasonló elvek alapján magyarról németre kérdezés középértékeit foglalja magában.

Nyelvtanulás esetében, mint tudjuk, sokkal nehezebb feladat úgy elsajátítani egy-egy új szót, hogy azt anyanyelvünkön kérdezve is tudjuk. Ez jelenti voltaképpen az igazi nyelvtudást. Ezért érdemel figyelmet a 2. ábra, ami az előbb elmondottakat még inkább megerősíti, a gyógyszerhatásra visszavezethető különbségeket még inkább kiemeli. Itt látjuk, hogy a I. kik. 16%-os értékéről koffeinre 30.5%, β -phenylisopropylaminra 33%-ra emelkedik a szó tudás, hogy a IV. napon ismét 15%-ra eszen vissza. A II. kik. értékei még szembetűnőbb különbségeket árulnak el.

II. kikérdezés:

- I. nap 41.0% hatékony gyógyszer nélkül;
- II. „ 55.5 „ koffeinre;
- III. „ 72.0 „ β -henylisopropylaminra;
- IV. „ 40.0 „ hatékony gyógyszer nélkül

De nem részletezzük tovább az eredményeket, elég beszédes bizonyítékai a β -phenylisopropylamin ilyen irányú kedvező hatásának a mellékelt táblázat és az ábrák.

A kiegészítő kísérletek eredményei hasonlóképpen érdekesek, bár nem mindenben állanak összhangban a szótanulási eredményekkel.

A matematikai műveletek a fenti pontozási rendszerrel az alábbi eredményeket adták:

- I. 36:30.4
- II. 36:30.4 (coffein)
- III. 36:23.4 (aktedron)
- IV. 36:31.6

Ebből azt látjuk, hogy a koffein a matematikai műveletek fejben végrehajtását nem befolyásolta semmilyen irányban, ellenben a β -phenylisopropylamin azt meglehetősen csökkentette.

Az alakemlékezés arányszámai:

- I. nap 18:14.8
- II. „ 18:15.4
- III. „ 18:15.6
- IV. „ 18:16.4

amiből arra gondolhatunk, hogy a különleges gyógyszerhatás e téren nem jelentkezett, a látható változás a gyakorlás javára írható.

Végül a Bourdon-vizsgálat adatairól kell megemlékeznünk, amiben ismét nagyon szépen érvényre jut a gyógyszerhatás.

A próba értékelése hibaszázalékokban történik.

I. nap hiba %-a középértékben	2.95%
II. " " " " (coffein)	8.10 "
III. " " " " β -phenylisopropylamin	9.25 "
IV. " " " " (gyógyszer nélkül)	1.45 "

Ezek alapján azt mondhatjuk, hogy amíg az első és negyedik nap középértékei az élettaninak ismert hibaszázalék közül mozognak (1–3%), addig a Bourdon-hibaszázalék nagyfokú növekedést jelez coffein és még nagyobb β -phenylisopropylamin hatására. Ezek szerint a β -phenylisopropylamin a szótanulásra vonatkozólag igen jelentős kedvező hatást gyakorol s e téren messze felülmúlta a coffein hatását. Az alak- és számemlékezésre mindkét szer egyaránt hatástalan maradt. Kedvezőtlenül hatott a β -phenylisopropylamin a matematikai műveletekre (ellentétben a coffeinnel, ami itt is hatástalannak bizonyult.). Végül a Bourdon-féle koncentrációs próba hibaszázaléka ugrásszerűen az eredeti érték többszörösére emelkedett mindkét szer hatására. E téren is erősebb hatást a β -phenylisopropylamin fejtett ki.

Ezen eredményekben ellentmondás van, azonban ez csak látszólagos. A szer hatására, mint azt az önkisérletek is igazolták, rendkívül élénk, tömeges és változatos associációk jelentkeznek. (Ezért van a jellegzetes beszélkészség is). Mivel új szavak tanulása csak associációk révén lehetséges, természetes, hogy az eredmény a szótanulásra vonatkozólag kedvező lesz, annál kedvezőbb, minél tömegesebb associációk támadnak. A matematikai műveletek fejben elvégzése ellenben figyelemconcentrációt igényel. Ezt a koncentráló folyamatot zavarják a tömeges és minduntalan a tudatba törekvő associációk és ezért romlik az eredmény. Mivel a β -phenylisopropylamin hatékonyabb, mint a coffein, azért ott látunk nagyobb eltérést.

Ugyanezen okból kifolyólag a figyelemconcentráció próba alkalmával, (Bourdon), mindkét szer hatására ugrásszerűen nő a hibaszázalék, itt is hatékonyabb a β -phenylisopropylamin.

Tehát vizsgálatainkat azzal zárhatjuk le, hogy az eredmény változik, aszerint, hogy a magasabb rendű szellemi műveleteket milyen irányban vizsgáljuk. Az eredmény semmi esetre sem általános hatás, hanem a szer egyes működésekre serkentőleg és ezzel egyidejűleg más működésekre kedvezőtlenül hat.

Önként vetődik fel a kérdés, ha a szer, a szótanulásra oly nagymértvű kedvező hatást fejt ki, vajjon ez a hatás csupán a megjegyző emlékezés fokozásában merült ki, vagy pedig kihatása volt-e a megtartó emlékezésre is.

Valamennyi kísérleti egyénre vonatkozólag adatokat gyűjtöttünk ilyen irányban is. Két hét elteltével ismét kikérdeztük a kísérlet folyamán tanult szavakat. Ekkor azt láttuk, hogy a kísérleti egyének a legkönnyebben elevenítették fel a természetes viszonyok között (bár nagyobb nehézségek árán) megtanult szavakat, míg a nagy könnyűséggel, de coffein, vagy β -phenylisopropylamin hatásában tanult szavak felelevenítése valamivel rosszabb eredménnyel, több hibával járt. Ez arra mutat, hogy a központi idegrendszer magasabbrendű működését lehető ugyan ad hoc fokozni, de a teljesítmény végső értéke nem lépheti túl azt a határt, melyet a szervezet adottságai szabnak meg.

A Pázmány Péter Tudományegyetem Általános Kórtani és Bakteriologiai Intézetének közlemények. (Igazgató: Belák Sándor ny. r. tanár.).

Klímahatások üdülő gyermekekre.

(Vizsgálatok különböző klímák vegetatív tonust szabályozó hatására vonatkozólag.).

Irták: Kliebert Gyula dr. és Zselyonka László dr.

Belák és tanítványai több ízben rámutattak már a kozmikus (milieu) hatások fontosságára. Szerintük e hatásoknak a vegetatív idegrendszer útján kell lebonyolódniuk. A milieu-hatások megismeréséhez tehát a vegetatív idegrendszer állapotában történő változásokon keresztül jutunk el.

Erre vonatkozó vizsgálatokat 1931-ben Belák és Holik Farkasgyepűn végeztek. Vizsgálataik végeredménye: üdülés hatására a vegetatív tonusban létrejövő változás megítélhető a pulusszám változásából. E vizsgálatok alapján — tudatában annak, hogy a pulusszám változás csak az ott körülírt megszorítások szemmel tartásával használható fel (oculocardialis reflex-pulusszám változás paralelitása alapján), mint a vegetatív tonusváltozás kifejezője, — a vegetatív tonus állapotának megítélésére mi is a pulusszámolást választottuk. A pulusszámot zavaró külső tényezők kiküszöbölésére a vizsgálatot reggel 5 és 7 óra között, felkelés előtt, éhgyomorral végeztük és az esetleges pszichikai behatások elkerülése végett a minden esetben ugyanúgy végzett és a 30 sek. után megállapított, 3 egymásután végzett pulusszámolás értékeinek arithmetikai átlagát vettük tekintetbe. A vizsgálatok az üdülés hegyre érkezés után az első 2 napon és az elutazás előtti utolsó 2 napon történtek.

Megfigyeléseinket az Orsz. Társadalombiztosító Intézet népegészségvédelmi szolgálatában ellátott fiatalkorú biztosítottakon végeztük, Balatonkenesén fiúkra, Hűvösvölgyben pedig leányokra vonatkozóan. A fiatalkorú üdülők közül a fiúk túlnyomóan 16–17, a leányok pedig 15–16 éves, javarészből budapesti lakosú tanoncok voltak. A fiúk üdültetése Balatonkenesén, a Balaton partjától légvonalban kb. 200 méterre, erősen napsütött, sík területen lévő OTI. üdülőtelepen történt. Az üdülő mögött a Balaton partjával párhuzamosan egy kb. 40–60 méter magas fás dombvonulat van. A leányok a Zsófia Gyermekszanatórium Egyesület hűvösvölgyi telepén üdültek. Az üdülőtér a tengerszín felett 190 m. magasan elterülő, erdős, magas hegyektől körülzárt völgykatlanban, fás, árnyékos helyen épült.

Az üdültetés mindkét helyen felváltva 2–3 hetes csoportokban történt. Megfigyeléseinket 1936. július 6-tól szeptember 16-ig végeztük.

A fiúk és leányok megegyező napirend szerint üdültek, de a leányok a reggeli tornán nem végezték rendszeresen és szabad fürdésre sem volt alkalmuk. A napi ellátás mindkét helyen bőséges, kb. 3500–4000 kal. fejenként és naponként.

A vizsgálat alkalmával a következő adatokat vettük fel: név, foglalkozás, lakhely, születés helye és ideje, kor, súly, magasság, ülőhossz, mellkaskerület, dermatographismus, szín-typus, arckifejezés, tápláltság és a rendestől való nagyobb eltérés. Számított értékek: pulusstartam, Pirquet-index, %-ban kifejezett hízás, relativ ülőmagasság, stb.

A vizsgálatok eredményei közül a pulusszám viselkedését az 1. és 2. számú táblázat tünteti fel.

Az első és második táblázat szerint a tanoncok pulusszámának arithmetikai átlaga Balatonkenesén nyaralás előtt 69.04, nyaralás után 69.50, Hűvösvölgyben pe-

dig 60.19, ill. 59.19 volt. Az arithmetikai átlagértékek alapján tehát azt lehet mondani, hogy változás a nyaralás hatására a pulszszámban nem történt. Ha azonban a tanoncokat egyénileg vizsgáljuk végig, azt találjuk, hogy a nyaralás hatására igenis van változás a pulszszámban, még pedig *Belák* és *Holik* vizsgálataival egybehangzóan az a jelenség, hogy az üdültetettek pulszszám tekintetében 3 csoportba oszthatók: süllyedő, emelkedő és változatlan pulszszámúak csoportjába. A nyaralás hatása a vegetatív tonus állapotát (pulszszám) véve tekintetbe, más-más egyénekre más-más irányú lehet. A táblázatokból az is kivilághat, hogy nyaralás előtt a süllyedő pulszszámúak pulszszáma kb. ugyanannyi (74.02, ill. 64.27) volt, mint a nyaralás végén az emelkedő pulszszámúak pulszszáma (74.23, ill. 63.08).

I. táblázat.

Balatonkenese	Süllyedő	Emelkedő	Változatl.	Összesen	
	P u l z s				
Esetek száma	143	135	21	299	
%	47.8	45.2	7.0	100.0	
Pulzszám	Nyaralás előtt	74.02	65.78	67.34	69.04
	Nyaralás után	66.95	74.23	67.32	69.50
	Változás	-7.05	+8.15	-0.02	+0.46
	%	-10.56	+12.92	-	-

II. táblázat.

Hüvösvölgy	Süllyedő	Emelkedő	Változatl.	Összesen	
	P u l z s				
Esetek száma	211	111	17	339	
%	62.2	32.7	5.1	100.0	
Pulzszám	Nyaralás előtt	64.27	57.77	58.53	60.19
	Nyaralás után	57.33	63.08	58.53	59.65
	Változás	-6.94	+5.31	-	-0.54
	%	-10.80	+9.20	-	-

Érdekes biológiai jelenség az értékek ezen keresztződése, amelynek magyarázatát abban találhatjuk meg, hogy az üdülés hatására a vegetatív tonus áthangolódik, a szélsőséges állapotokból egy kiegyensúlyozottnak tekinthető közép felé tolódik el, sőt túlcompensatio folytán az ellenkező irányba is túlteng. Ezt úgy is kifejezhetjük, hogy az üdülőhelyek klímájának vegetatív tonust szabályozó hatása van.

Táblázatainkból az is kitűnik, hogy Balatonkenesén az üdültetettek kb. fele-fele részben süllyedő, ill. emelkedő pulszsúak voltak, Hüvösvölgyben azonban a vegetatív tonus szélsőséges állapotából való áthangolódása az ellenkező állapot felé egészen más százalékos arányban történt: u. i. az üdültetetteknek kb. kétharmad része volt süllyedő és csak egyharmad része emelkedő pulszsú; tehát a hüvösvölgyi klíma erősen negatív dromotrop hatást fejt ki. Meglepő az a kifejezett bradikardia, amit Hüvösvölgyben alkalmunk volt megfigyelni. Ha tekintetbe vesszük azt, hogy az irodalmi adatok szerint a lányok pulszszáma kb. 6-8%-kal nagyobb, mint az ugyanolyan korú fiúké, akkor a Hüvösvölgyben üdülő lányok bradikardiája még jelentékenyebbnek tekinthető.

Ha *Belák* és *Holik* farkasgyepői vizsgálatait is tekintetbe vesszük, akkor azt mondhatjuk, hogy a vegetatív tonus áthangolódásának %-os aránya üdülőhelyenként változik és az illető hely mikroklimatikus tényezőinek eredőjeként fogható fel. Ezt mutatja a 3. sz. összefoglaló táblázat.

Az 1. és 2. sz. táblázat szerint a változatlan pulszsúak pulszszáma középhelet foglal el a süllyedő és az

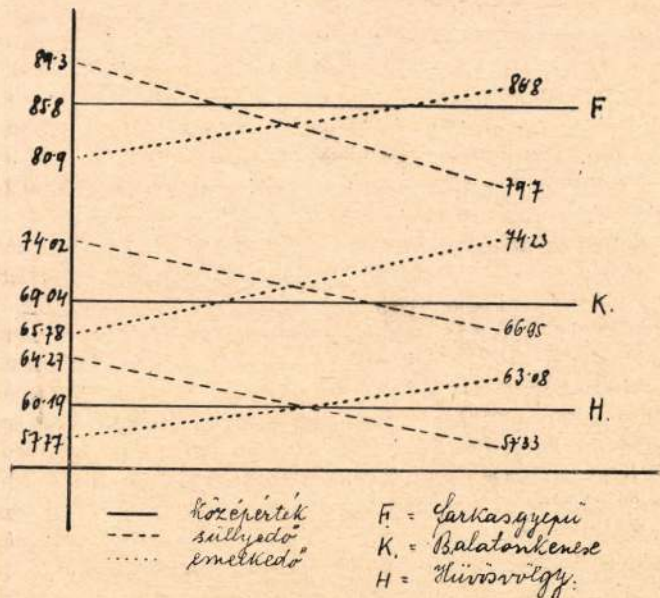
emelkedő pulszsúal biróké között. Továbbá kitűnik az is, hogy klímahatásra az alacsony pulszszámúak pulszszáma nem a szabályos középértékig emelkedik, hanem azon jóval fölül is, vagyis a szervezet, mint annyi más esetben, itt is túlcompensál. Így van a süllyedő pulszszámúak esetében is, amikor a pulszszám szintén a rendszer alá süllyed.

III. táblázat.

Üdülőhely neve	Süllyedő		Emelkedő		Változatlan		Összesen
	P u l z s						
	Esetek sz.	%	Esetek sz.	%	Esetek sz.	%	
Bal. kencse	143	47.8	135	45.2	21	7.0	299
Farkasgyepü	154	53.8	92	31.6	42	14.6	288
Hüvösvölgy	211	62.2	111	32.7	17	5.1	336

Ha előre ism. rnök az egyes üdülőhelyeken lakó, megfelelő korú, nemű, stb. egyének nyári hónapokbeli pulszszámának átlagát és ezt nívómértékül tekintenénk az illető klímára vonatkozóan, akkor a nyaralás előtt végzett pulszszámolásból igen nagy valószínűséggel esetenként előre megmondhatnánk, hogy az egyes egyének klímahatásra milyen változás fog bekövetkezni a vegetatív tonusban. Ugyanis az előbbiekből következik, hogy a nyaralás előtti pulszsú absolut száma már eleve jelezhető a bekövetkező változást.

Az 1. sz. ábra szerint az összes üdültetettek pulszszámának arithmetikai átlaga, amely a csoportosítás (süllyedő, emelkedő, változatlan) mellőzésével adódik, a különböző klímáként más és más és kb. ezen átlag szintjében keresztződik az emelkedő és süllyedő pulszsúak pulszszámváltozását ábrázoló egyenes.



Az ülőmagasság és a pulszstartam viszonya (Ü. P. t.) szerint is megvizsgáltuk az üdülőket. Ezt a viszonyszámot *Pirquet* vezette be és *Belák* és *Holik* fentebb említett vizsgálataikban használták fel először nyaraló gyermekek esetében. A *Pirquet*-féle indexet (ÜPt) úgy számítjuk ki, hogy az ülőmagasságot elosztjuk a pulszstartammal és a hányados 100-szorosát vesszük, $ÜPt = 60/\text{percenkénti pulszszám}$. Megemlítjük, hogy az ÜPt-quotiensekkel való dolgozásnak az az előnye, hogy a különböző korú, nagyságú gyermekek pulszszám tekintetében közös nevezőre hozható és így az egyéni eltérés okozta ingadozások kiküszöbölhetők.

Belák és *Holik* szerint az ÜPt-quotiens alkalmas arra, hogy 75% valószínűséggel előre meg tudjuk mon-

dani, hogy az illető pulszusszáma adott klímabefolyások alatt hogyan viselkedik, ill. vegetatív constitúciója mennyiben változik.

IV. táblázat.

Üdülés helye	Nem	Üdült	Változatl.	Emelkedő	Süllyedő
			P u l z u s		
			H í z á s %		
Balatonkenese	Fiuk	299	42	38	32
Farkasgyepü	Fiuk	128	41	47	38
	Lányok	160	44	45	45
Hüvösvölgy	Lányok	339	43	42	40
Ö s s z e s e n		926	43	43	39

A 4. sz. táblázat azt tünteti fel, hogy az emelkedő pulzusúak többet híztak, mint a süllyedő pulzusúak. Ez a vegetatív tonusra vonatkoztatva azt jelentené, hogy az eredetileg vagotonias (kis pulszusszámú) üdülőknél nagyobb készségük van a hízásra, mint az eredetileg (nagy pulszusszámú) sympaticotoniásoknak. A magyarázat nagyon hihető, de a tétel helytállóságának megerősítésére további vizsgálatok szükségesek, mert az adataink alapján végzett statisztikai számítás az üdülők %-ban kifejezett hízásának igen nagy szóródása folytán nem adott megfelelő támpontot ahhoz, hogy fenti állításunkat minden fenntartás nélkül hagyhatnók.

Összefoglalás. Vizsgálataink eredményét a következőkben foglalhatjuk össze: *Balatonkenesén* és a *Hüvösvölgyben* végzett vizsgálataink azt bizonyítják, hogy az üdülők között 3 csoportot lehet megkülönböztetni: vannak olyanok, akiknek a pulszusa az üdülés hatására süllyed, vannak akiké emelkedik és igen kevesen olyanok, akiknek pulszusszáma változatlan marad; ha az összes üdültetettek pulszusszámának középértékét számítjuk ki nyaralás előtt és után, akkor a pulszusszámban változást nem találunk; az így kapott arithmetikai pulszusszám átlagérték üdülőhelyenként azonban más és más, és az illető üdülőhelyre jellemző. Változatlan pulszusúak pulszusszáma kb. megegyezik a fentebb említett és a megfelelő üdülőhelyre jellemző arithmetikai pulszus átlagértékkel. Nyaralás előtt a süllyedő pulszusúak pulszusszáma kb. ugyanannyi, mint a nyaralás végén az emelkedő pulszusúak pulszusszáma; ennek a jelenségnek a magyarázatát abban találhatjuk meg, hogy az üdülőhely klimatikus tényezőinek hatására a vegetatív tonus a szélsőséges állapotokból egy kiegyensúlyozottnak tekinthető állapot felé tolódik el, illetőleg leng azon túl; más szóval, ha a fentiek alapján a pulszusszám változásából a vegetatív idegrendszer állapotában létrejött változásra következtetünk, klímahatásra a sympaticotonia-parasympaticotonia felé tolódik el és viszont. Ezt úgy is kifejezhetjük, hogy *az üdülőhelyek klímájának vegetatív tonust szabályozó hatása van. A vegetatív tonus áthangolódásának %-os aránya üdülőhelyenként változik és az illető hely mikroklimatikus tényezőinek eredőjeként fogható fel.* — Nagy valószínűséggel állítható az a tény, hogy az emelkedő pulszusúak többet híznak, mint a süllyedő pulszusúak, ami a vegetatív tonusra vonatkoztatva azt jelentené, hogy az eredetileg vagotonias (alacsony pulszusszámú) egyének nagyobb készséggel rendelkeznek a hízásra, mint az eredetileg (magas pulszusszámú) sympaticotoniások.

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

A Szent Erzsébet apácarend női kórházának közleménye.

A Babcock-műtét alkalmazása az alszár venatágulatának gyógykezelésére.

Irta *Dubay Miklós dr. főorvos.*

A vena saphena tágulata gyakori megbetegedése az alsó végtagoknak. A végtag használhatóságát erősen korlátozza s így ezen panaszok gyógykezelésre kényszerítik a beteget.

A venatágulatok megszüntetésére a tágult vénák gyökeres eltávolítására, vagy azok eltorvasztására a legkülönbözőbb műtéti eljárások használatosak. A régebben kizárólag uralkodó műtéti kezelést újabban mindjobban kiszorította a *Linzer* által megkezdett methodus. A tágult vénákba nagyobb műtéti beavatkozás nélkül különböző oldatokat fecskendezünk be. Ezen befecskendezéssel a tágult ereket thrombotizálni s így a venektasiákat megszüntetni igyekezünk. Az injectiós eljárás sok változáson ment keresztül. A vénába fecskendezett oldat majd hypertoniás konyhasó, cukor, salicil stb. oldat volt. Ezen eljárás rendkívül nagy népszerűségre tett szert, de a kezdeti nagy lelkesedés később lelohadt. Ennek oka az volt hogy a gyógyulási eredmény nem volt tartós s az idő folyamán az obliterált vénák ismét átjárhatók lettek. Az injectiós eljárás állítólagos veszélytelensége sem állotta ki a szigorú kritikát, mert a kis beavatkozás sok esetben mégis halálos emboliának volt okozója. Újabban az emboliaveszély csökkentésére az injectiós eljárást kombinálták a venatágulatok legrégebb operatív methodusával a *Trendelenburg-féle saphena ligaturával*. Ez az eljárás lényegében visszatérés volt a sebészeti operatív gyógykezeléshez.

Az operatív beavatkozás nagy előnye az, hogy a műtétkor nagy biztonsággal lehet megtalálni lekötni és eltávolítani a beteg vénát, mely biztonságot az injectiós eljárás megadni soha sem képes. Az operatív eljárásnak a nehézsége tulajdonképpen az anatómiai viszonyokban rejlik, mert az alsó végtag bő venahálózata az egész megbetegedett vena eltávolítását rendkívül megnehezíti. A beteg vénák tökéletlen eltávolítása pedig magában rejti a recidiva veszélyét. A classikus *Trendelenburg-műtét*, ahol csak a vena saphenának leköttése történik a különböző statisztikák adatai szerint 27—70%-ban adott kielégítő eredményt. Sok esetben azonban újabb műtetre szorult a beteg, s a második operatív beavatkozás alkalmával gyakran meg lehetett találni azt a collateralis vénát, mely az alszár meghagyott, tágult vénáit a saphenamardvánnyal újra összekötötte. A vena saphena többszöri leköttése az eredményt lényegesen nem javította, mert a vénák közti gyakori összeköttetés a tágult vénákban a vér áramlását továbbra is lehetővé tette. A radicalis, teljes venakiirtás a nagy bőrmetszés kozmetikai és functionalis kellemetlenségei miatt hátrányos.

Az ideális eljárás kis sebéssel teljes biztonsággal az egész beteg venarendszer eltávolítása volna. Ezen követelménynek legjobban megfelel a *Babcock* műtét, mely a bőr kis sebésével módot ad a tágult vénák gyökeres eltávolítására. A műtét oly módon történik, hogy a vena saphenát kiproeparálva lumenébe egy hosszú, mindkét végén gombbal ellátott, hajlékony sondát vezetünk, s a vena lumenébe lehetőleg messze behatolunk. A bőrön keresztül a vénában levő sondát jól tudjuk tapintani s így még erősen kanyargós vénák esetében is nagy darabon tudunk a vena üregében előrejutni. Ha az előrejutás megakad, akkor a sonda végét egy kis bőrmetszés segítségével könnyen ki is emelhetjük, s az akadályt kiküszöbölve továbbhaladunk. Miután az eltávolítandó érbe sondákat

bevezettük az eret ligaturával a sondára erősítjük. Az ér centralis és peripheriás végét lőkötjük és átvágjuk. Ezután a sonda segítségével meglepő könnyen húzhatjuk ki a bőr alól a beteg venát. Néha egy-két kis metszésből a a combhajlattól a bokáig könnyen tudjuk eltávolítani az egész beteg venahálózatot. Meglepő az, hogy a vena kitépésével a kollaterális erekből csak minimalis vérzést kapunk.

Ezzel a Babcock-féle műtéttel kórházunkban igen sok v. natágulatban szenvedő beteget operáltunk. A műtét egyszerű és gyökeres módja, másrészt annak jó eredményei a műtét eljárás célszerűségét bizonyítja. A műtétet kivétel nélkül lumbal anesthesia-ban végeztük mely érzéstelenítő eljárás ezen műtét elvégzésére a legalkalmasabb. Az érzéstelenítés oly módon történik, hogy „Lumbokain”-ből 0.05 g.-tól 0.10 g.-os adagot oldottunk fel lumbal punctióval nyert 2 cm liquorban és ezt visszafecskendeztük a gerincvelő zsákjának üregébe. Az érzéstelenítés néhány pillanat múlva teljes volt.

A vena eltávolításakor nagyjában a Babcock-féle eredeti eljáráshoz tartottam magam és ez a betegek nagyrészen kifogástalanul keresztülvihető volt. Csak ott kellett a methodustól némileg eltérnem ahol régebbi gyulladásos folyamatok a venákat a környezethez rögzítették. Azonban ez aránylag csekély számú esetben is oly nagy venarészeket sikerült eltávolítani, hogy az biztosította a recidiva-mentességet. Számos esetben azonban a viszonyok annyira kedvezőek voltak, hogy két kis bemetszéssel a combhajlattól a bokáig terjedőleg lehetett a tágult venát egy darabban eltávolítani.

Az 1932. év január 1.-től 1934. év közepéig ilymódon összesen 53 varix-betegét operáltam. E beteganyagot 1936 folyamán utánvizsgáltam, mely vizsgálatnál csak olyan operáltak adatait v. ttem tekintetbe, ahol a műtét óta már legalább két év eltelt. A két évi időt elégségesnek tartottam a műtét ítéletre. Operált betegek olyanok voltak, hogy legtöbbjük gyógyulás után azonnal nehéz testi munkát végzett. Ez a körülmény az eljárás teherbírását és a gyógyulás gyorsaságát világítja meg.

52 beteghez küldtem el kérdőívemet, melyek közül 33 érkezett vissza. E 33 volt betegem közül 26 kitünő állapotáról értesített. E betegeken a lábszáron, sem az erek, sem pedig a hegek nem voltak láthatók és lábuk munkabírása teljes volt. Megerőltetőbb igénybevétel esetében sem panaszkodtak operált lábukra s így e betegeken az operatio a legszigorubb kritikát is kiállotta. Hét betegem a műtét eredmény nem volt minden tekintetben kielégítő, ezek közül kettőt a műtét után még kezeltünk. Három beteg lába nehezebb munka végzése után megdagadt. Egy esetben találtunk tágult ereket a lábszáron, egy esetben pedig az operált lábszár fájdalmas volt.

Összegezve tapasztalatainkat azt mondhatjuk, hogy a Bobcock-műtéttel a megbetegedett saphena csaknem minden esetben egyszerűen, gyorsan és radicalisan távolítható el. A műtét eredménye a betegek nagy részén eléri a betegség előtti állapotot. A teljesen tökéletesnek nem mondható eredmények pedig nem rosszabbak az általában használt gyógykezelések eredményeinél, amelyekben azonban oly tökéletes restitutiót nem látunk, minőt a Babcock-műtét nagy számban eredményez.

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

A IV. Magyar Gyógyszerkönyvre tett észrevételeit a T. Kartársaknak, valamint kívánságaikat, hogy mely szerek maradjanak ki és mely új szerek vétessenek fel: — kéri Vámosy Z. prof., a gyógyszerügyi szaktanács elnöke (VIII., Üllői-út 26.).

LAPSZEMLE

Sebészet.

Többszörös gyomor-duodenum fekélyek, különös tekintettel sebészi jelentőségükre. M. Tomoda és G. Takaura. Japán. (Arch. f. Chir. 190. 1.)

A gyomor- és duodenum-fekély nagyon gyakran többszörös. Szerzők vizsgálataikban 56 operált és 54 boncolt esetre hivatkoznak. — A fekély többszörössége a resecált gyomor részletén 26.4%-ban volt kimutatható. Ezen többszörös fekélyek úgy egymás mellett, mint egymástól távolabb (a pylorusgyűrűtől akár 11 cm-re) fekélyedhetnek. — Klinikai érdekességet ad az egyedülálló fekélyvel történő összehasonlítás. A diagnózis felállítása műtét előtt és közben nagyon nehéz. G. E. A. és a gyomor kis resectiói alkalmával gyakran figyelmen kívül marad a fekély többszörössége. Tüzetes makroszkopos vizsgálat útján resecált gyomor-részleten a felületen kimaródástól egészen a callosus áthatoló fekélyekig minden fokozat megtalálható. Ezért ajánlják szerzők a kiterjedt gyomor-resectiót. Ha ez nem eléggé kiterjedt, különösen G. E. A. esetében, előállhatnak a műtét után halálos szövődmények vagy panaszok, amelyek a benthagyott fekélyek következményei. Sebészi tapasztalásuk alapján a nem resecálható duodenum fekélyek esetében a Billroth II-t a G. E. A.-val szemben előnyben részesítik.

Szell Imre dr.

Spontan keletkező hypoglykaemia érdekes esete. T. Kusunoki és M. Munakata. Tokio. (Arch. f. Klin. Chin. 188. 272.)

Szerzők leírják, hogy egy 40 éves férfibeteg már 10 év óta spontan jelentkező hypoglykaemiás rohamokban szenvedett. E rohamok akkor támadtak, ha a beteg hosszabb ideig nem evett, pl. reggel. Intravenás cukorinjekcióra a roham mindig megszűnt. A vizsgálatok alapján a hasnyálmirigy szigetállományára terelődött a gyanu. Műtétkor a hasnyálmirigyben hüvelykujj mekkoraságú daganatot találtak, mely szövettanilag a szigetállomány adenomáját mutatta. Hatástalanilag ezen daganatkivonatot nyulakba befecskendezve, ugyanesak a szigetállomálynak megfelelő reactiót mutatott. Műtét óta a rohamok megszűntek.

Rosta Lajos dr.

Kísérletes vizsgálatok a csontvelő és csontthártya callusképző hatásáról. T. Ohara. Tokio. (Arch. f. Klin. Chir. 188. 19.)

Szerzők nyulakon végzett kísérleteket csontthártya és csontvelőkivonatokkal, hogy a szövetek és szervek kivonatának befolyását a csont regenerációra és a callusképződésre kimutassa. A csontthártyakivonat a callusképződésre úgy minőségileg, mint mennyiségileg jól hat, előmozdítja a törés gyógyulását. A csontvelőkivonat a korai időszakban előmozdítja a callusképződést, de a csontosodásra nincs különösebb hatással. Az előbbi két kivonat együtt adva, ugyan csak előmozdítja a törés gyógyulását; mennyiségileg ugyan nem hat különösebben, de minőségileg, igen. Az izomkivonatoknak nincs hatása. A csontthártyának van nagyobb jelentősége a csontregenerációra, mint a kísérletekből kitűnik.

Rosta Lajos dr.

Szülészet.

Reformok a szülészeti műtéttanban. A. Döderlein. (Münchener med. Wochenschr. 1937. 16.)

A házi szülések alkalmával felmerülő nehézségek műtét megoldásáról szól. A megbeszélés tárgyát képező esetek megoldása mindig csak a magánház szüléseire vonatkozik.

Harántfekvés esetén gyakran előfordul, hogy el nem tünt méhszáj mellett reped meg a burok. A gyakorló orvos igen nehéz helyzetbe kerül ilyenkor. Ha lehetséges, intézetbe szállítandó a szülő, ahol sikeresen oldható meg a szülés abd. vagy vag. császármetszéssel. Ha ez lehetetlen, úgy Döderlein azonnali fordítást ajánl, ami a magzat szempontjából ugyan veszélyes beavatkozás, de még mindig jobb, mint a várakozó álláspont, ahol a beékelődés után nemcsak a magzat hal el biztosan, de az anya is súlyos életveszedelembe kerül.

Nagyon gyakran fordulnak elő nehézségek a fogóműtét esetében. Ha azt a szabályt a gyakorló orvos betartja, hogy nem alkalmaz fogót a fej rendellenes beilleszkedése esetén, szük medence mellett pedig magasan álló fejre, továbbá elkerül minden erőszakot, különösen a hosszabb ideig tartót, úgy nem fogja az anyát és gyermekét súlyos veszedelembe dönteni.

Ezzel ellentétben a fogó kiterjedtebb alkalmazását ajánlja szerző a far húzására. Ha farfekvés esetén a láb már nem hozható le, újjal történő extractio nem lehetséges, úgy *Döderlein* sikeresen alkalmazza a fogót a farra.

Az utoljára jövő fej kifejtésére is sokkal gyakrabban kellene a fogót alkalmazni, mint azt tenni szokták. Könnyű esetekben elegendő lehet egyszerű húzás a törzsre, esetleg a klasszikus Veit Smellie-féle fejkifejtés, vagy Wiegand Martin-féle fogás. Ha ezen eljárások csődöt mondanak, úgy erőszak alkalmazása helyett inkább tegyünk fogót az utoljára jövő fejre.

A következőkben a daraboló műtétekről szól. Az utoljára jövő fej megrúrása, mivel az leggyakrabban magasan az ívben, vagy a bemenet felett található, nehéz és veszélyes beavatkozás. E helyett minden esetben a nyaki gerincoszlop átvágását ajánlja *Döderlein* a megnyitott mellkason keresztül, amikor az alkalmazott kephalotryptor nyomására az agyvelő az öreglikon keresztül készített nyíláson kiperéselődik. Ha netalán a kephalotryptor bevezetése a feszes lágyrészek vagy téraránytalanság miatt nehézségekbe ütköznék, úgy távolítsuk el a törzset, ami után az üres szülőutakon keresztül a fej, külső rögzítés mellett, könnyen eltávolítható. Ha az előlfekvő és megurult fej kifejtése után a vállak kifejtésével nem boldogulunk, úgy az eddig tanított kleidotomiával ellentétben decapitációt és a karok lehozatalát ajánlja a szerző. Ezen eljárással több alkalommal sikerült még nagy magzatok és szűk-medence esetén is a szülést befejezni.

Az ismertetett eljárások nagyrésze nem új, inkább csak feledésbe ment. Felújításuk, illetve szélesebb körű alkalmazásuk talán megkönnyíti a házi szülések sikeres vezetését.

Fejes József dr.

A terhesség tartama. *L. Speitkamp.* (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 1937. 116. 1.)

15339 kiviselt terhesség átlagos tartama az utolsó tisztulás első napjától a szülésig számítva 282.8 nap volt. Csak a fájáskeltéssel, vagy műtéttel nem befolyásolt spontán szüléssel befejeződött terhességeket vette figyelembe. A fiú- és leány-magzatok kihozási ideje nem különbözött; először terhesek terhessége valamivel hosszabb volt, mint az ismételt terheseké. 28 napos ciklus esetén a várható szülés időpontjának kiszámítására ajánlja, hogy az utolsó tisztulás első napjához adjunk hozzá 10 napot és vonjunk le 3 hónapot. Más ciklus esetén annyi napot kell az így kiszámított időponthoz hozzáadni, illetve levonni, ahány nappal a ciklus tartama a 28 naptól eltér.

ifj. Mauks Károly dr.

A habitualis abortusok kezelése C vitaminnal. *L. Ley.* (Münch. med. Wochenschr. 1937. 46.)

A teherben lévő nőnek magzatát is el kell látnia C vitaminnal. Ebből érthető, hogy a terhes szervezete több C vitamint tartalmaz, mint a nem terhesé. Különösen sok C vitamint tudtak a placentában kimutatni, mely úgynevezik C vitamin-raktárként fogható fel. Az ovariumok működésében is jelentős szerepe kell, hogy legyen a C vitaminnak, hiszen amíg a folliculust nem tartalmazó, tehát nyugvó petefészkekben 11 mg%, a corpus luteum graviditatisban 84 mg% C vitamint tudtak kimutatni. Világos ebből, hogy a petefészkek működése és C vitamin tartalma szoros kapcsolatban van.

Felmerült már most a kérdés, hogy a tisztán habitualis abortusok keletkezéséért, mely mai ismereteink szerint corp. lut. grav. elégtelen működésén alapszik, nem azok C vitaminszegénysége felelős-e? 10 esetben adagolt a szerző az alább ismertetendő módon C vitamint habitualis abortusban szenvedő terheseknek. Ezek közül 7 alkalommal sikerült kiviselt magzatot szülésig eljuttatni; sőt ezen 7 eset közül 2 túlhoradás is volt; a fennmaradó 3 eset mindegyike a közlemény megjelenésekor már túl van azon a kritikus időn, amikor a habitualis abortusok következni szoktak.

A vitamin adagolását illetően hangsúlyozni kell, hogy korán, a terhesség 2—3 hetében kezdjük az adagolást. Elkésettünk már a fenyegető, vagy különösen kezdődő ab. esetén. A szerző 3 napi szünettel 5 mg. ascorbinsavat adagol intramuscularisan összesen 4 alkalommal. Ezután per os naponta háromszor 50 mg. vitamint tartalmazó Redoxon tablettát ír elő. Kéthetenként végzett vizeletvizsgálat dönti el — „melyben a vitamint indátorral mutatjuk ki kvantitatíven” — hogy mennyi Redoxont adagoljunk. 5 mg% C vitamint kívánunk meg a terhes vizeletében, ami 50 mg% napi kiürítésnek felel meg. Ezt az értéket állítjuk be kb. Redoxon adagolással és így folytatjuk a 6—7. hónapig.

A hatás mechanizmusát illetően úgy vélekedik a szerző, hogy a habitualis ab. esetén megcsökkent a corp. lut. grav.-

ból a terhességet védő progestin hormon kiválasztása, amely kiválasztást pedig a C vitamin szabályozza. E felfogás értelmében a C vitamin adagolás „stimulationstherapie” lenne, amint a szerző kifejezi.

A 10 kipróbált és 10 gyógyult eset még nem sok egy új eljárás megítélésére, de mindenesetre alkalmas arra, hogy figyelemre és érdeklődésre tartson számot.

Fejes József dr.

Szemészet.

Égetések és étetések kezelése pellidollal. *Mahlen.* (Acta Opthalm. 15. 4.)

Schmieden 1938-ban vezette be a skarlát-vörös kenőcsöt. Szemészetben először kísérleti célokra használták (*Wessely*), később a szaru hámosítására (*Cords*); a szer hátrányaival az amidoazotoluol is rendelkezett (mérgező, izgató hatás); két acetyl gyök bevezetésével nyerték a diacetylamidazotoluolt, a pellidolt, mely az előbbi testekkel szemben (suspensiók) olajokban és zsirokban oldható. Szerző ismerteti a pellidol kiterjedt alkalmazási területét a sebészetben és bőrgyógyászatban. A szemészeti szerzők (*Hess, Dutoit, Rollet, Schreiber*) 1/2—2%-os töménységben használták a szaru sérüléses és fertőzéses fekélyeiben, valamint görvényes keratoconjunctivitis esetén. Szerző 9 esetet közöl (égések, étetések); a szer igen jó hatásúnak bizonyult; symblepharon csupán egy esetben keletkezett, noha annak veszélye mindegyikben fennállott. A kenőcsöt a betegek jól tűrik; a szaru és kötőhártya hámosodását nagy mértékben elősegíti. Átlag egyszer naponta alkalmazott 2%-os pellidol-vazelines kötést. A behámosodás után sárga kenőcs. A consistentia megjavítására a következő összeállítás szolgál: Pellidol 0.20, Vaseline 9.0, Paraffin liqu. 1.0, vagy utóbbi kettő helyett Ung. melle 10.0. A gyors hámosodás az összenövés kifejlődését jobban képes megakadályozni, mint a szokásos üveprothesisek, vagy pálcás leválasztások és olajok.

Grósz István dr.

Pseudoalbuminuriás retinitis agydagában. *Merkulow.* (Acta. Opthalm. 15. 4.)

Szerző 8 esetben észlelt tipusos „Spitz-figur”-t, melyekben 7 ízben agydagánat és egy ízben agytályog volt a verifikált körjelzés. A pangásos papilla változó fokú és jellegű volt. A vesevizsgálat normalis leletet adott; hypertonia nem volt. A Volhard-féle magyarázat itt nem használható fel. Szerző szerint az ilyen retinitis két tényező összejátszásából keletkezik; a pangással járó érellátási, ill. keringési zavar és a daganattól származó, liquorban is kimutatható toxikus anyagok.

Grósz István dr.

Gyermekegyógyászat.

Dystrophia musculorum progressiva C-vitamin kezelése. *Yoshiho Hirata és Kazuo Suzuki.* (Klinische Wochenschr. 1937. 1019—1022.)

10 gyermeket figyeltek meg, kik között *Erb, Landouzy-Déjérine* és *Duchene-Griesinger* típusú dystrophiák fordultak elő. Naponta 200—500 mg. C-vitamint adtak intravenásan vagy intramuscularisan. 5 beteget 100 napig, ötöt pedig 150 napig figyeltek meg. Megfigyeléseik szerint a dystrophia musculorum progressiva nagy adagú C-vitamin kezelésre olyan mértékben javul, ami semilyen más kezelési móddal sem közelíthető meg.

Kiss Pál dr.

Hogyan vélekedjék a gyakorlóorvos az activ diphtheria-ellenes védőoltásról? *Huber.* (Kinderärztl. Pr. 8. évf. 6, 7, 8 f.) (Körkérdés).

A védőoltás hatékonysága és szükségessége tekintetében ellentmondó vélemények indokoltá teszik a kérdés feltevését s igyekezik a feleletekből egységes véleményt leszűrni a gyakorlóorvos számára.

Brehme veszélytelennek tartja az oltást, a védettséget nem biztos, (amire a szülőket is figyelmeztetni kell), mégis ajánlja, különösen endemiás helyeken. A megbetegedések száma az oltott helyeken határozottan megcsökkent.

de Rudder: A védőoltás hatékonysága bebizonyított tény. A diphtheria kiirtására vonatkozó válaszadás még korai. A szülőknél nem ígér biztos védelmet, csak azt, hogy oltás után a megbetegedés esélye negyedére csökken.

Eckardt: a védekezés tervszerűségének bevezetését tartja szükségesnek.

Kleinschmidt: A védőoltás ajánlatos. Eredménye az oltóanyag hatásosságától függ. Egy oltást kevésnek tart, a diph-

theria-formoltoxid háromszori adagolását tartja megbízhatónak.

Hohlfeld: Vesélytelen az oltás, de a védettség nem biztos, oltott gyermek is kaphat diphtheriát. A megbetegedések száma az oltás következtében csökkent.

Koehn: kevésbé a saját, mint inkább a statisztikai adatok alapján ajánlja.

Bessau: A védettség nem százszázalékos s nem végleges. Mindazonáltal ajánlja, de a kötelezővé tételre nem talál elég okot.

Huber: Bár az oltás még nem ideális, mégis elvégzendő, főleg endémiás helyeken s ott, ahol nincs megfelelő orvosi ellátásra mód. Kivitele vesélytelen. Eredménye az oltóanyag hatásosságától függ. Jelenleg Németországban az Alaun-Formoltoxid a leghasználtabb. Ajánlatos vele az oltást 3-4 hét múlva megismétegni. A szülők figyelmeztendők arra, hogy az oltás nem feltétlenül véd a betegség ellen.

Kovács István dr.

Kórismei tévedések Heine—Medin betegség esetében.
Opitz. (Kinderärztl. Pr. 1937. 8.).

Mint hogy a Heine—Medin esetek főleg nyár vége felé jelentkeznek, ügyelni kell, hogy bizonyos „grippés” tünetekkel mutató kórisemek nem Heine—Medin megbetegedések-e, annál is inkább, mert mint *Park* gondolja, egy típusos Heine—Medin megbetegedésre 8-9 abortív Heine—Medin megbetegedés szokott jelentkezni. Főleg az általános hyperaesthesia, járás és szaladgálás alkalmával jelentkező fájdalmak az alsó végtagban, a patella reflex csökkent volta, illetve kimaradása hívja fel figyelmünket a Heine—Medin megbetegedésre. Még inkább gyanus, ha az agy részéről izgalmi tünetek mutatkoznak, mikor is lumbalpunkció fog útbaigazítani. Heine—Medin megbetegedésben sokszor meningitist, enkephalitist, agytumort, polyneuritist, vagy eklampsiát kórisméltek, sőt 10 esetben nem is gondoltak idegmebetegedésre.

Volni Gyula dr.

Bőrgyógyászat.

Kankósokon A- és D-gonococcus-törzsekkel végzett intradermo-reactiókról. *W. Mauelshagen,* Frankfurt a. M. (Archiv. f. Dermat. u. Syph. 1937. 175. kötet, 6. füzet.)

1935-ben *Neumann* jött rá arra, hogy az aerob módon nem tenyészhető gonococcusok légmentesség mellett kitegyezhetőek. Ezeket C-jelzéssel látta el. Az általa D-törzseknek nevezettek csak akkor indultak növekedésnek, ha mesterségesen szándioxidot adott a C táptalajhoz. Állítása szerint a csak ily módon tenyészhető gonococcusok az esetek kb. 11%-ában szerepelnek. 145 nem gonorrhoeás betegen A- és D-vaccinával végzett 5 millió csíratartalmú és a kar hajlító oldalába adott ojtás 134 negatív és 15 pozitív eredményű reactiót adott. Nem gonorrhoeásokon tehát a negativitás százalékszámja 92,5%, a positivitásé 7,5% volt. Acut gonorrhoeában szenvedőkön A- és D-vaccinával a positivitás százalékszámja 95,8%. Még fennálló kiújulás veszélye esetére a D-vaccinával végzett intradermalis reactio positivitása mutat rá. A-vaccina ilyen célra nem alkalmas. Az A-vaccinával végzett intradermoreactio positivitása a gyógyuláson túl is megmarad, D-vaccinával ugyanilyen esetekben negatív volt. Olyan betegeken, akikről gonococust már nem tudott kimutatni, D-vaccinával 17,8%-ban pozitív eredményt kapott. Az intradermoreactio gonorrhoeás izületgyulladásokban nem ad a klinikai és bakterioskopos vizsgálatokkal egybehangzó eredményt.

Doczy Gedeon dr.

Újabb adatok a varixok kezeléséhez. *G. Rishl,* jun. Wien. (W. Kl. Wschr. 1937. 38. sz.)

Angol kutatók vezették be 1930-ban a Na.-Morrhuat-oidatot a viszerek obliterációjába, Ausztriában azonban csak az utóbbi időben tudott polgárjogot nyerni. A Na.-Morrhuat a csukamájolaj telítetlen zsírsavjainak Na.-sója. Kimutatta, hogy úgy az oleum oliv., az oleum amygdal., mint a chaulmoogra-olaj zsírsavjainak keveréke szintén több-kevesebb obliteráló hatással bír. Megállapította, hogy a Na.-Morrhuat (varicocid Gehe) alkalicitása, amely 9,5, ilyen tekintetben nem játszik szerepet. A Na.-Morrhuat-tal elért eredmények igen kielégítőek, amint azt 300 eset kapcsán észlelhette. Hatása igen intenzív és ezért kis adagban és alacsony koncentrációban kell alkalmaznunk. Csak kivételes esetekben látott angioneurotikus tüneteket, anélkül, hogy azok komolyabb következményekkel jártak volna. A Wander cég által előállított „kainon” hasonló készítmény, de még nincs forgá-

lomban. Az ezzel elért eredmények — már 3%-os koncentrációban is — szintén kielégítőek. Szerző azt az álláspontot képviseli, hogy a ligaturával történő kombinált kezelést az olyan esetek számára kell rezerválni, amelyekben az obliterálás eredménytelen. Recidivákat illetően az egyszerű obliterálás és kombinált eljárás között különbséget nem talált.

Szép Jenő dr.

A férfi elülső húgycsökankója kezelésének új útja. Adat a flavadin terapiához. *Gerhard Strocka,* (Derm. Wschr. 1937. 35. sz.)

Falkenstein 1932-ben ismertette a flavadin kezelést a női kankó ellen, amellyel azóta szerző igen jó eredményeket ért el. Ezen az alapon alkalmazta a flavadint férfiak elülső húgycsökankója eseteiben is a következő eljárás szerint: közvetlenül a vizelés után és amikor a beteg a kezelés napján már egyszer-kétszer 1%-os targesin oldattal saját maga fecskendezett, bevezet az urethrába egy anterior endoszkop csövet. A vezető pálcika kihúzása után koncentrált flavadin oldatba mártott és fémtartó végére helyezett vattapamacsot a cső lassú kihúzása mellett végighúzza a húgycsövön. Eredményei kitűnőek, egy esetben már háromszori ecsetelés meggyógyította a folyamatot.

Nyáry Lenke dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Herzsteckschüsse. *Walter Steffens.* (Georg Thieme Verlag, Leipzig. 33. o. 172 ábrával. Ara: 9.60 RM.)

A munka 109 bennrekedt világháborús szívlovés gondos összeállítására, ezek közül 38-at maga a szerző tartott megfigyelés alatt. Az eseteket időről-időre pontosan ellenőrizték, a lefolyás minden mozzanatáról tájékozódhatunk a sérüléstől fogva vezetett kórtörténetekből. Az eseteket igen szép kymogramok, egyéb röntgenfelvételek, fényképek és vázlatok teszik könnyebben érthetővé. Minden megfigyelés végén szerző az esetek rövid ismertetésével levonja annak tanulságait. A megfigyelések közzlése után fejezetek következnek, a szívlovések eloszlásáról fegyvernemek szerint, lövedék szerint, a sérült szívűhly szerint. Érdekes az elsőleges halálzásról szóló fejezet, ahol szerző abból a tényből, hogy Németországban sok tízezer ember él bennrekedt tüdőövessel, viszont egész Németországra nézve a bennrekedt szívlovések számát 500-ra teszi, arra következtet, hogy az elsőleges halálzás igen nagy, talán több, mint az amerikaiak szerint közölt 60%. Külön bekezdés tárgyalja a szívlovések korai tüneteit, a késői tüneteket, a régi szívlovések prognosist, szakértői értékelésüket, a késői halálzást, esetleges műtéti beavatkozásokat. Az igen részletes feldolgozást tartalmazó munkát nemcsak a sebész és a belgyógyász fogja megfelelő esetben igen nagy haszonnal forgatni, hanem igen értékes olvasmánya lesz szakértői tevékenységét folytató orvosoknak, mert amint erre szerző könyvében részletesen kitér a szívlovések szakértői értékelése túlnyomóan túlméretezett; a bennrekedt régi szívlovések általában véve tünetmentesek és viselőjük életét nem veszélyeztetik. A késői halálzás mindössze 1,8%. 5 beteget operáltak, de a műtét nem járt azzal a haszonnal, ami a jelentős kockázatot megérné. A könyv utolsó fejezetében szerző érdekes következtetéseket von le kymogramok alapján az egyes szívlovések mozgásáról, ahol számára sugárfogó anyagként a lövedék szolgált. Az irodalmi összeállításokból meggyőződhetünk, hogy ennek a tárgykörnek csodálatosképpen még igen szerény irodalma van.

Novák Ernő dr.

Die Therapie an den Berliner Universitätsklinik. Prof. *H. Kalk* (Urban u. Schwärzenberg, Berlin u. Wien.) 1937. Ára kötve 14. RM.)

Egy therapiával foglalkozó könyv megjelenésének jogsultságát a többszöri kiadás lehetősége, az olvasó számára annak hasznos voltát pedig a minél gyakrabban megjelenés biztosítja. Mindkettőt megtaláljuk a fenti könyv esetében, mely 1937-es most már 11. kiadásában több fejezet teljes átdolgozása, a többiben pedig az összes új és komoly kritikát is kiálló gyógykezelési lehetőségek fevlétele által olyan könyvet nyújt, mely úgyis nyilván nélkülözhetetlen annak, ki az orvostudomány gyors fejlődése adta újabb lehetőségeket betegre javára biztosítani kívánja. Az egyes, nem egészen tisztázott értékű eljárásokhoz fűzött és a munkatársak már közmegebecsülésnek örvendő nevei által is garantált kritikái megjegyzés a könyv értékét nagyban növeli.

Binder László dr.

Die Tuberkelbazillämie in ihrer Auswirkung auf die Gesamtmedizin. E. Lœwenstein prof. A. klinikai részt Reitter, Neumann és Kren professorok írták. (Deuticke, Wien. 1936. Ara füzve 20, kötve 22 RM.).

A gümöbaccillus-vérűség az utóbbi évek során a phthisiologiai kutatás egyik legtöbbet vitatott kérdése lett. Nem szabad, de nem is lehet egyszerűen napirendre térni. Elette, hiszen a tétel felállítója, a könyv szerzője 35 éves tapasztalat és 34.000 vizsgálat alapján állítja, hogy a betegségek egy egész sorában, ott ahol azelőtt nem is gondoltak gümöbaccillus eredetre, rendszeresen megtalálható a gümöbaccillus. Ezzel szembeállítható az a megállapítás, hogy a gümöbaccillus jelenlétéből még nem következik adequat módon annak kórokozó sajátossága. Tény az, hogy az utánvizsgálók serege túlnyomó számban egyértelműen negatív eredményre jutott, továbbá, hogy például Schrammek ellenőrző vizsgálataival alkalmával az általa beküldött vízvezetéki vízben, sterilvízben és physiologiai konyhasóoldatban Lœwenstein tetemes százalékban pozitív eredményt kapott. Mindamellett számba veendő, hogy Berger grázi professor beható vizsgálataival bizonyos szempontból megerősíteni látszik Lœwenstein állítását, mint ahogy ezt a felfogást jelen könyv klinikai részének írói is vallják. Ez a 388 oldalas, nagyszabású, de nem nagyhatású munka tulajdonképpen beszámoló kíván lenni, de mindvégig védőértelettel van. A gümöbaccillus-vérűséget érdeklő összes betegséggazdagat részletesen tárgyalja és a vonatkozó feláradó irodalmat bírálólággal ismerteti. Amennyiben nem is bizonyosodnék be a szerzőnek nagy horderejű tétele, amely annak valóága esetén a tudomány területén széles körben éreztetné hatását és hivatott lenne kórtani felfogásunkat alapjában megváltoztatni, — még ebben az esetben is meg lesz a szerzőnek az az el nem vitatható érdeme, hogy a nyomában felrajzolt kutatás a gümöbaccillusnak az emberi pathológiában vitt szerepét behatóbban fogja tisztázni.

Puder Sándor dr.

Die zehn Apparaturen des Menschlichen Organismus. R. Schmidt. (Urban u. Schwarzenberg, Berlin u. Wien. 1937. Ara 10.50 RM.).

A prágai német egyetem igazgatójának és iskolájának klinikai munkában és orvosi oktatásban szerzett évtizedes tapasztalatait használta fel a szerző könyvének megírásakor, melynek irányelve, hogy áttekintést adjon a belbetegségek pathogenesisé, diagnostikájá és kórismézéséről, mint az az előszó „Ohne Übersicht kein Einsicht” mondatából k'tünik. Gyakorlati tapasztalatok és didaktikai szempontok egyaránt hasznosítják a közlendőknek az emberi szervezet tíz funkciógységében rögzítését, valamint azoknak a gyakorlatban is alkalmazását.

Binder László dr.

A Közkórházi Orvostársulat december 15-i ülése.

Bemutatók:

Zágon A.: *Osteomyelitis luetica*. 44 éves nőbeteg, anyja elmebajban halt meg, 26 éves kora óta állott osteomyelitis-sel több ízben kezelt. 14 éves kora óta állott luesellenes-kura alatt (3 Schmier-kurát kapott 1908—1912.). 1937. IX. 17-től X. 26-ig osztályunkon egy combinált kúrát végzett: 12 Bi. + 3.90 gr. Salvarsan. Status praesens: Mindkét szaruhártyán kölesnyi homály, a bal felkaron a hajlító old. kb. 14 cm. hosszú, jelenleg is sipollyal, a feszítő old. kb. 8 cm. hosszú sipolyos, 3 darab kb. pengőnyi per II. gyógyult heg. A jobb comb abducáló old. kb. 14 cm. hosszú, u. o. 4 darab kb. 20 filléres, a jobb tibia felett 2 kb. 4—4 cm. hosszú per II. gyógyult mütéti hegek. A jobb tibia élének közepén egy mütéti heg alatt igen érzékeny pirosan elszíneződött, kb. almanyi terület van. A tibia éle általában göbös felszínű, de fájdalomtalan. Röntgenlelet (Rókus-kórház): Mindkét tibia csontállománya tömörült, a diaphysis deformált, a kp. harmadban erősen megvastagodott. A térdizületi részek szűkebek, az izfeszítékek deformáltak. Mindkét tibia kardhüvely-szerűen meggöbösült. A bal humerus csontállománya ugyanúgy, mint a tibiaké tömörült, a velőüreg sklerosizált, a diaphysis megvastagodott. A kp. harmadban két mogyorónyi eléggé éles határu üregárnnyék látható, a csont hátulós felszínén finom periostalis csont a positió. Wa. r. +++.

Extragenitalis lueses infectio. 1. 20 éves nőbeteg, bejövetele előtt a bal szájjugában levő elváltozását hepesnek vélték. A megejtett spirochaeta-vizsgálat: positiv. Status praesens: a bal szájjugban lencsenyi, kiemelkedő, infiltrált alapú fekély, a bal submand. mirigy diónyira megnagyobbodott, fájdalomtalan. Wa. r.: ++++. Th. 13 Bi. + 4.45 gr. Salvarsan.

2. 26 éves férfibeteg; a köldök alatti elváltozás 2 hete áll fenn. Utolsó coitus 1 hete. Status praesens; a mons pubis felett a középvonaltól kb. 2 cm-re a baloldalon pengőnyi sonkapiros, infiltrált fekély. Spirochaeta-vizsgálat: +. Jelenleg antilueses kezelésben részesül.

Előadások:

Brazovsky E.: A gonorrhoea kezelése ulironnal. A gonorrhoea kezelésében, amely eddig részint localis, részint vacína-, protein-, vagy láztherapiából állott, egy új fejezethez érkeztünk. Domagk-nak sikerült a prontosil album et rubrum chemiai képletéből kiindulva egy új készítményt előállítani, amely a staphylococcusra, a diplococcusok közül specialisan a gonococcusra fejt ki jó hatását. Ezen készítményt az I. G. Farbenindustrie „Uliron” néven hozta forgalomba. Először Grütz, majd Felke, azután Fischer próbálták ki gonorrhoeás betegeknek, s mivel annak jó hatásáról meggyőződtek, a go. terapiájában rendszeresen alkalmazni kezdték. Az ulironnak akkor van megfelelő hatása, ha a kezelés megkezdését a fertőzéstől számítva 3—4 hét múlva kezdjük meg, mert a szervezetben már bizonyos ellenanyagok kell termelődnie, hogy az uliron megfelelőképpen kifejthesse a hatását. Felke ezt a körülményt „Heilungsbereitschaftnak” nevezte el. Az uliron chemotherapiás anyag, amely a bektériumokat az organismussal együtt működve képes elpusztítani. Az ulironnal történő kezelésben a következő eljárást ajánlom: a fertőzéstől számítva 3—4 hét múlva kezdődjön, ha a beteg a gonorrhoeás tünetek megjelenése folytán már előbb jelentkez az orvosnál, úgy csak enyhe desiniciens szer alkalmazásával, borogatásokkal, nyugalommal húzzuk az időt az előbb említett 3—4 hétig, azután napi 3 gr. uliront, tehát 3-szor 2 tablettát adunk 3—5 napon át, mely után 6 napos pausát rendelünk el. Ezen idő alatt figyeljük az általános tüneteket, a vizelet és a go-k viselkedését. Ha az első kezelési turnus után, amit Felke „Stoss”-nak nevez, még go. található a váladékban, vagy a gonorrhoeás tünetek nem múltak el, úgy ismét adhatunk az előbbiek megfelelő elv alapján 1 turnust. Tapasztalatom szerint 2—3, esetleg 4 ily kezelési turnusra a go. tünetei megszűnnek, a sűrű gnyes váladék savós hig váladékká válik, majd teljesen megszűnik, a vizelet feltisztul és a go-k a készítményben nem láthatók s azok provocatióra sem találhatók.

Az osztályom női anyagán alkalmaztam, mert ezeken sokkal jobban megfigyelhettem a hatást, ellenőrizhettem a készítmény gyógyító lehetőségeit. Eddig 18 nőt és 3 férfit kezeltem, akiknél a fertőzés 2—20 héttel elzött történt. Általában azt tapasztaltuk, hogy a betegek az uliront jól tűrték, kellemetlen mellékhatást (erythema, exanth., angioneuritis tüneteket), amint azt mások észlelték, nem tapasztaltunk; gyomorpanaszok, láz, fejfájás nem jelentkezett. Az egyes eseteket figyelve, a go-k már a 2-ik nap után is eltűntek, a váladék genyesejtjei csökkentek, majd később teljesen eltűntek. A go-s folyás általában 2—3 nap alatt csökkent, nyákos lett, 5—8 nap múlva teljesen eltűnt. A go-s eseteinkben általában 5—14 nap alatt gyógyulást értünk el.

Ezek alapján azon megállapodásra jutottam, hogy az uliron mint chemotherapiás anyag a go. kezelésében igen jó gyógyhatást fejt ki és ezt a véráram útján fejt ki.

Kluge E.: A latens, de bakteriologiailag positiv gonorrhoeák nagy száma, melyről osztályomról Varvasovszky tett közlést és amely az intézeti infectio lehetősége miatt elmesorvosilag is fontos, arra látszik mutatni, hogy a negatív bakt. leletet hamarosan előidéző chemotherapia nem ideális, mert hiába tűnik el a baktérium napok alatt, ha megmarad a latens gonorrhoea.

Mansfeld O.: A női gonorrhoea gyógyulásának kimondása igen nagy felelősséggel jár. Előfordul, hogy 5—6 meses utáni controle már negativ. Aztán megint positivvá lesz. Legjobban eddig a helyi kezelés combinálása teinjectióval vált be. Fontos, hogy a kigyógyultnak látszó nőbeteg még 1 évig oculin pessariumot hordjon, nehogy a fertőzést tovább adja.

Szöllősy L.: Bélsipolyok készítése és zárása. Vastagbél-daganatos betegek kb. 30—39%-ban ileus tüneteivel kerülnek sebészhez. Ilyen esetben, ha Mikulicz-féle daganatelőfektetés nem vihető keresztül, mivel a súlyos állapotban levő betegek nem bírnak ki nagy beavatkozást, legjobban ha a tumortól oráisan (leginkább a coecumon) sipolyt készítünk, melyen át kibocsájtva a béltartalmat, megszűnnek a bélgörcsök. Megszűnik a meteorismus, hánnyás, csökken a bomlási termékek felszívódása és a baktériumok bélfalon keresztül történő vándorlása. A bél óriási kitágulása és falának lobos beszűrődése is megszűnik, ami a későbbi radicalis mütét szempontjából

fontos. Néha hasi operáltak kaphatnak bélletapadások miatt ileust, ilyenkor ha más nem segít, ileostomiát végezhetünk. Végeznek egyesek súlyos peritonitisek esetén primaer ileotomiát a vékonybelek mechanikus tehermentesítésére. Ha a gyomron át nem táplálhatjuk betegünket (gyomor egész falát elpusztító cc., nagy duodenumsipoly), jejunostomia segít. Ha bélsipolyra már nincs szükség, az összehúzódik, esetleg magától elzáródik. — A sebüreg sarjszövettel kitöltődését nagyon gyorsíthatjuk a Pólya-féle csukamájolajdermaforin keverékkel. — Ha a bél nyálkahártyája összenőtt a bőrrel, — ha ajakos sipoly keletkezik, — az csak műtéttel gyógyítható meg. *Pólya-Hacker* eljárását nagyban módosítva — ezt úgy végzi, hogy a szabad hasüreget megnyitása nélkül a sipolyt kimetszi, a bélfalat összevarrja. A hárfalat olyan módon zárja, hogy a sebszáltól kb. 2 cm-nyire átölti a bőrt, s a tüt a bélegyesítés helye fölött szúrja ki, majd ezzel a tüvel a másik oldalon az aponeurosis alatt félkör alakban körülölti a bélvarratot és a beszúrás oldalán kiölt. Ugyanezt tette a másik oldalról kezdődőleg is a varratokat gaze henger fölött csomózza. A linearissá tett sebet lehetőleg nyitva hagyják. A Szent István kórház *Pólya* tanár vezetésénél álló I. sebészeti osztályán az utóbbi 15 évben végzett 1 jejunostomia, 9 ileostomia, 24 cecostomia, 12 sigmstomia, 2 Mikulicz-féle előhelyezés, azonkívül 5 vékonybélisipoly, 21 vakbélisipoly és 13 vastagbélisipoly műtéti zárásának adatait ismerteti.

Mansfeld O.: *A nőgyógyászati hormonkezelés mai állása.* (Kézirat nem érkezett.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Elme- és Idegkórtani Szakosztályának november 22-i ülése.

Benedek L. és Kulcsár F.: *Arachnoidalis cysta az enkephalogrammban.* — (Operált eset). — A Verebély-klinikáról ideggyógyászati kivizsgálásra áttett 45 férfitbeteg kórelőzményében az 1914. évben elszenvedett harctéri koponya-lövési sérülés szerepel, amely csak néhány pernyi eszméletvesztést idézett elő és csak több órai menetelés után részesült orvosi kezelésben. — A betegnek kórházi ápolása idején műtétet nem végeztek. A seb gyógyulása után ismét harctéri szolgálatot teljesített és 1937 június 1-ig fejsérülésével kapcsolatban bántalmja nem volt. Az utóbb említett időpontban, valamint 3 és fél hónappal később, két eszméletvesztéssel járó focalis megindulást nélkülöző, egész testre kiterjedő tonusos-görcsroham jelentkezett prostratióval és ½ óráig tartó ködös állapottal. Egyéb panaza a betegnek nem volt. Az ideggyógyászati belvizsgálat minden vonatkozásban negatív eredményű volt. A lövésű sérülés helyén a jobb felsőoldalon a középvonaltól 1 cm-re tapintható, kissé ferde lefutású, 2,5 cm. hosszú, kb. 3 mm-nyi mélységű impressio, kopogtatásra sem fájdalmas. A röntgenfelvételen az impressiónak megfelelő helyen kb. 2–3 mm-nyi, a koponyáir felé bedomborodó szilványi meszes árnyék látható. A lumbalis enkephalographián a levegőárnyék subarachnoidealis, az anterior posterior képen 5 mm-nyi vastagságú, az oldalirányú felvételen pedig szilvamagnyi kiterjedésű. A jobb oldalkamra a pars centralis részen minimalisan a cysta irányában elhúzott, egyébként a kamararendszer normalis alakú és helyzetű. Sem hyperventillációval, sem 0.20 gr. cardalal görcsrohamot kiváltani nem sikerült. Az I. sz. sebészeti klinikán *Matolay prof.* által végzett műtét a sulcus centralis felső harmadában, úgy az elülső, mint a hátsó központi tekervényt benyomó mogorónyi cystát távolított el, a duraheggyel együtt. A sima sebgyógyulás után 8 nap múlva a beteg panasz- és tünetmentes. Ismertetik a subarachnoidealis ür megnagyobbodásával járó folyamatokkal kapcsolatos elkülönítő körjelzés szempontjából értékes enkephalographiás különbségeket. Az ismertetett esetében az enkephalographiás lelet alapján volt egyedül lehetséges a körisme biztos megilapítása. Úgy körjelzési, mint gyógyítói, nemkülönben véleményezési szempontból is az enkephalographiás vizsgálat nem nélkülözhető.

Schuster Gy.: Törvényszéki orvostani szempontból bal eseteknél, olyan esetekben, hol nincs koponyacsonttörés, az enkephalographia sokszor mutat elváltozásokat az agyban. Egy eset kapcsán arra mutat rá a hozzászóló, hogy az arachnoidealis cysta előfordulhat olyan esetekben is, ahol térszűkítő folyamatok szerepelnek.

Zádor Gy.: Az előadó által demonstrált röntgenképen a cysta árnyéka nem látható, a levegő által betöltött terület

jóval felülmúlja a mogorónyi nagyságúnak jellemzett cystát és hasonlít olyan képekhez, amelyeket a meningitis serosa circumscripta esetén látunk.

Benedek L., Kulcsár F.: *Schuster Gy.* hozzászólásával kapkapcsolatban hangsúlyozzák, hogy a subarachnoidealis levegőtöltés elbírálása általánosságban nagy óvatosságot igényel, a gyakori technikai hibára visszavezethető telődési különbségek miatt. *Zádor Gy.* hozzászólására kiemelik, hogy a bemutatott a. p. és a d. s. felvétel alapján a subarachnoidealis levegőárnyék kiterjedése és mélysége a különböző felvételeken más és más aszerint, hogy milyen vastag a levegőréteg. A subarachnoidealis cysta levegőárnyéka figyelmes megtekintéskor a diapositiveken is, különösen azonban az eredeti filmfelvételeken intenzitásánál fogva jól elkülönül a környező subarachnoidealis levegőárnyéktól. Subarachnoidealis cysta esetében a direct befecskendezett lipiodol a cysta alakját tökéletesebben jelenítette volna meg, ez azonban a jelen esetben teljesen felesleges volt.

Lehoczky T.: *Abortív polyoenkephalitis inferior botulinus következtében.* 26 é. leány, akin hideg felvágott élvezése után botulinusra jellemző tünetesoport alakult ki. A neurológiai körkép előterében úgyszólván teljesen az egyoldali abducens és trochlearis bénulás áll, míg az oculomotorius és vagus csak kisközban sérült. Különösen feltűnő a szemizmoknak, nevezetesen a b. o. külső egyenes és a felső ferde szemizomnak kifejezetten egyoldali bénulása, amely irodalmi ritkaság, bár kisebb-nagyobb fokú aszimetriára csaknem minden esetben találni utalást. Az elkülönítő körisme szempontjából bemutatott kizárja a toxikus ophthalmoplegiák csoportját, a paratyphust és Gärtner-csoport cerebriális alakjait; az ú. n. ptomaloparalízist és mycetismus cerebriális, azután az acut bulbaris paralízist, a Gradénigo-tünetesoportot és végül az enkephalitis epidemica szórványos alakját. — A kezelés 2-szer 20 cm. antitoxin-, másodnaponként urotropin-calciven injectióból, a bal szem nyelhe faradozásából, majd később az agybasis röntgenbesugárzásából állott. Az összes tünetek visszafejlődtek két hét alatt, kivéve a bal külső és a felső ferde szemizom bénulását, amely azonban szintén lassú javulást mutat (irodalmi adatok szerint a teljes restitutio több hónapig eltarthat).

Angyal L.: *Tartós bulbaris syndroma myasthenia gravis pseudoparalytica esetében.* 37 é. földműves, kin másfél év előtt átmenetileg beszédzavar jelentkezett. 4 hónap óta a beteg beszédzavara ismét visszatért, ugyanezen idő óta távoibanézsekor kétféle lát, rágás közben hamar kifárad, nyelése megnehezült; előfordul, hogy a folyadék az orron át kicsorog; a beteg arról is panaszkodik, hogy munka közben hamar kifárad, hogy vállalai gyengék, feje gyakran előreesik. Panaszai általában reggel enyhébbek, estefelé súlyosbodnak. Neurológiai lelet: m. o. ptosis, amely b. o. nagyobbokú; praes's associativa musc. rect. sup., amely nagymértékben függ a kifáradástól. Mindkét szájfél fáradékony, praetikus, különösen a bal, beszédnél a bal szájzug lecsüng, füttyülni a beteg képtelen. A nyelv kissé balra térül, kiöltése korlátozott. Lágyszájpad részaránytalán, j. o. mérsékeltlen lelapult, lágyszájpad-reflex csökkent. Beszéd dünnögő, halk. Izomzat alakilag ép, sem atrophia, sem fibrillatio nem észlelhető. Elfaulási reactio nincs. Az érzőköri ép. Vér és liquor lelet negatív. Az összes physiologiás reflexek kiválthatók, a felső végtagok proximalis részének nagyfokú fáradékonyága, illetve az u. n. „kifáradásos bénáság” (apocamnosis jeleléte: az előrenyújtott karok 2–3 perc alatt teljesen lecsúnyednek, a karok ismételt előrelendítésénél a 2–3 perc alatt teljes kifáradásos bénáság jelentkezik. A Jolly féle myastheniás reactio úgy az arc izmaiban, mint a b. o. deltaizomban kifejezetten pozitív. Előadó az apocamnosis tünetét, továbbá a myastheniás reactiót filmen demonstrálja, majd a myasthenia modern irodalmát és időszeri kérdéseit ismerteti. A bemutatott esetben a thymus részéről kóros elváltozás nem volt kimutatható, a vizelet keratinin tartalma pedig kisközbű, az élettani határon mozgó emelkedést mutatott.

Bak R.: *Élmény-pszichológiai elemzés a „Facensyndrom”-nál.* Schizophreniás betegen észlelt „parakinetikuss Manier” (*Kleist*) melynek látszólag badar, értelemetlen jellege mögött a tartalmi meghatározottság friss kiváltó élmények és gyermekkorai lelki behatások kimutathatók voltak. Az észlelt katonai jelenségek (stereotypiák, echo-tünetek) „magzábavetítés”-i (introjectio) és „azonosítás”-i (identificatio) munkamódok által jöttek létre. Keletkezésük a tartalmi meghatározottságon túl „öngyógyítási törekvés” („Restitutionsversuch”, *Freud*) eredménye, melyben a beteg egyrészt a saját én-re visszavont lelki energiáktól igyekszik szabadulni, másrészt

megkísérli külvilági kapcsolatait az azonosításon keresztül felépíteni. A sch.-s folyamat következtében leépült En és a sch.-s gondolkodászavar teremtették meg a lehetőséget az élményeknek stereotyp ceremoniakban történő feldolgozására.

Goldberger M.: utal *Moravcsik* egy esetére, melynél hasonló „euthymopraxiás” jellegű tünetek léptek fel epilepsziás betegnél. A jelenségek létrejöttéhez a sch. folyamatot nem tartja feltétlenül szükségesnek.

Bak R.: epilepsiánál sem zárható ki az En leépülésének oly foka, melynél hasonló munkamódok jelentkeznek. A különbség inkább betegségtani (nosológiai), mint körlelektan.

Kulesár F. és Juba A.: *Generalisált Recklinghausen-eset hangsúlyozottan multiformis jelleggel.* Bemutatók 33 éves nőbetegéről számolnak be, kinek a testbőrén 10 éves kora óta számos változó nagyságú csomócska képződött, amit már 1924-ben neurofibromatosisnak kórismáztak. Bal fülére 15 év óta nagyot hall. Érzékeny, ingerlékeny, paranoid beállítású egyén. A beteg kiltakaróján, különösen a törzsnek megfelelően a legváltozatosabb nagyságú (lencse, mogyorónyi) bőralatti csomócska látható és részben tapintható, a képet még pigmentanomaliák változatos megjelenése teszi tarkává. Az egyik hónalj alatt kb. gyermektenyényi területen lebenyezten előremelkedő növedék foglal helyet; feltűnő, hogy a háton a bőrdaganatok látszólag a dermatomák lefutásának megfelelően kissé szabályosabb sorokban helyezkednek el. A próbakímetszéssel nyert anyag szövettani vizsgálata sejtgazdag, dus kötőszövetes alapvázal rendelkező fibroma képét mutatja. Az eset kapcsán bemutatók különösen a Recklinghausen-féle betegségnél a központi idegrendszer területére localisálódott elváltozásaival, azoknak újabb nézőpontszerinti csoportosításával foglalkoznak és hivatkoznak azokra a jelekre, melyek arra utalnak, hogy ilyenek a jelen esetben is szóba jöhetnek.

Magyar Phonetikai Társaság november 23-i ülése.

Előadás:

Molnár I.: *Beszéd- és énektanítási problémák.* Előadó a bevezető részben rámutat arra, hogy a különbségek az emberi hanggal foglalkozó egyes tudományok eredményei közt nem mindig téves megfigyelések és következtetések következményei, hanem sokszor a szempontok különbözőséből erednek. E tudományok egy része a hangszerv normális működésével foglalkozik, a másik a normális alattival, a harmadik meg a normálison túl emelkedő széppel. Szép lesz az a hang, mely alapszínét minden fekvésében, minden dinamikai árnyalatában és minden hangzó ejtésekor megtartja. Az ilyen hangnak a hagképződési folyamat minden szakaszán megvannak a föltételei. A sok probléma közül, mely e folyamat közben fölmerülhet, előadó hármat választ ki. Elsőben magyarázatát adja a hivatásos énekeseknél gyakran észlelhető két modoros mozdulatnak, a lábujhegyre állásnak és a karok fölemelésének: mindkettő pótmozdulat a rekeszizom munkájának megkönnyítésére. Külön megemlékezik egy igen általános túlmunkáról, a mellkas felső részének külön föl-emeléséről, mit sok énekes végez teljes belégzés alkalmával, s a mi a szabad kilégzést gátolja. A következőkben ismerteti a regiszter kérdés historikumát, majd rámutat arra a két tévedésre, mely a megoldást késleltette. Többet megállapították már, hogy összetévesztődött a regiszter a rezonanciával, de rejtve maradt a másik zavart keltő ok: nem tetek különbséget a kétféle piano közt, melyek egyikéből kifejleszthető a messa di voce, a másikkól nem. A sima átmenetre képes piano mechanikai működés szempontjából különbözik a fortétól, mert pianonál csak a hangszálag élek rezegnek, forténál pedig az egész hangszálag-test, mindkét esetben a hangszálag teljes hosszúságában. Regiszterek kiegyenlítése tehát, a dinamika problémája, nem pedig a hangterjedelem. A hang terjedelem szinkülönbségei rezonancia esetek. A falzett névnek vissza kell állítani eredeti jelentését, mely az állhangot jelzi a természetessel szemben. Ezé lesz a harmadik gégetülküri kép hangrés állása: a kétharmad részben zárt és csak egy harmadrészben rezgő hangszálag-pár. Ez a hang azonban nem szerepel a szép ének gyakorlatában s csak mint kuriozum, vagy egyéb hiszán használt póthang jön számításba. A harmadik probléma: kísérlet a hangzók deduktív rendszerezésére. Lényege, hogy megállapítja az összes mechanikai alapelveket, amelyek szerint hangzó képezhető s ez elveket összevetve az összes helyekkel ahol hangzó képződhet, mechanikusan kiadódik nem csak az összes ismert, hanem az összes lehetséges hangzók sora. A magánhangzó lehetőségeket

három, a mássalhangzó lehetőségeket ugyancsak három mechanikai elv és azok kombinációi mutatják ki. Teljesen új eredményt ad a harmadik mechanikai alapelv a magánhangzóknál. Ez a csoport fogja magában a diftongus lehetőségeket. Pontosan kimutatható, hogy a diftongus sem egy, sem két hangzó, hanem egy zöngéfolyamat, mely egy határozott magánhangzó helyzetéből egy másik határozott helyzetébe érkezésig tart. Az írásjel a legjobb esetben az induló és a végső állomást jelzi, legtöbb esetben azt sem, a lényeg éppen azokon a hangzó állomásokon van, amelyek a mozgó nyelv áthalad.

Némái J.: Helytállóan állapítja meg az előadó megjegyzését a piano és a falzett közötti különbségekre vonatkozólag. A mássalhangzók formálása minden nyelvben idomul a következő magánhangzóhoz.

Sulyomi-Schulmann A.: Kiemeli az ujszerű megállapításokat a diftongusokra, a kemény és lágy mássalhangzókra, a foghangokra vonatkozólag, melyek hivatva vannak, hogy a fonetikában bizonyos felgőgás változást idézzenek elő.

Györi P.: A fogászat anomaliák beszéd és ének rendelkezésekkel járnak együtt. Fontosnak tartja, a fogászati anomáliák korai felismerését és kezelésbe vételét.

Előadó megköszöni a hozzászólásokat, a szövegmondási nehézségekre vonatkozóan kijelenti, hogy a tiszta szövegmondást mégis a szép ének mellőzhetetlen követelményének kell tartani, s a megalkuvást, hogy „ugy sem lehet” nem tehető paedagogiai elvvé. A fogak szerepét a gyakorlatból ismeri, hiszen rendellenes helyzetük sokszor beszédhibák alapja lehet. A hangszin rendellenességei különben sokszor elősegítik orr és gégebagok diagnosztikát, ilyen esetben az énekmestert az orvosnak kell felváltania.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Rákbizottságának november 23-i ülése.

Gerlach F. (Wien): *Rösszindulatú daganatokon végzett mikrobiológiai vizsgálatok eredményei.* Emberi és állati rákokban és sarkomákban megfelelő bakteriológiai vizsgálatokkal virustestecskék szabályszerű előfordulása mutatható ki, amelyek előadó értelmezése szerint egy szűrhető mikromyceta fejlődési ciklusából keletkeznek, hasonlóan, mint a szarvasmarhák peripneumoniájának előidézői. Ezt a szűrhető mikroorganizmust megszakítás nélküli passage-okon át sikerült anaerob módon tenyésztetni különböző folyékony és szilárd táptájakon, valamint tyúktojás allantoisán is. A rákókból és sarkomákból kitenyésztett szűrhető mikroorganizmusok tiszta tenyészeivel oltott kísérleti állatok nagy testüregeinek izzadmányában a mikroorganizmusnak különböző fejlődési alakjai voltak láthatók. A mikroorganizmus a véráram útján elterjedve a kísérleti állat szervezetének általános fertőzését okozza, de ez az infectio hosszú ideig klinikai tünetek nélkül lappangó állapotban maradhat. Csak az állatok kis százalékaiban (4%) keletkeztek a művileg fertőzött állatokban rosszindulatú daganatok. E daganatok felszínéről és metszéspapjáról készített kikenet praeparátumban is szabályszerűen sok virustestecske volt látható. Emberi és állati elsődleges és áttételes spontán támadt daganatokon hasonlóan mutatható ki, megtalálható az a nagy testüregek savós hártáin is, még ha nem jött is létre nyákos izzadmány. A virus-testecskék elkülönítése a különböző daganatfelelésegeknek megfelelően eddig nem sikerült. Carcinomákból és sarkomákból származó szűrhető csirrokkal mestersegesen fertőzött anyaállatokban az infectio ártérjed a méhlepényre és a magzatokra is. Fertőzött anyaállatok látszólag egészségesen született ivadéka lappangó fertőzésben szenvednek. Az immunítási viszonyok tanulmányozása nehézségbe ütközik, de activ és passiv immunisálással végzett kísérletek eredményei a közel jövőben közölhetők lesznek. A gyakran lappangva maradó fertőzés arra utal, hogy a tumorkok keletkezéséhez még dispositio és esetleg más tényezők is szükségesek. A kísérletek eredményeinek közlése csak azt a célt szolgálja, hogy a leletek minél kiterjedtebben utánvizsgálhatók legyenek.

Emlékeztető! . .

Felhívjuk az Orvosegyesület és Szakosztályok titkárainak figyelmét, hogy az ülésjegyzőkönyvek kivonátát az ülést követő héten küldjék meg szerkesztőségünknek. A hónapok multával beküldött jegyzőkönyvek actualitásukat veszítették s így ezek közlésére nem vállalkozhatunk.

Vámosy prof.

A Szegedi Egyetembarátok Orvosi Szakosztályának november 24-i ülése.

Előadások:

Ivánovics Gy. és Bruckner Gy.: *A lépfeneelleni savók mes- terséges antigénekkel végzett serológiai analysise.* Az elő- adók előbbi vizsgálataik során megállapították azt, hogy a lépfenebacillustok specifikus anyaga a d (—) glutaminsav polimerjének tekinthető. Ennek alapján feltételezhető volt az, hogy ellenanyagának specificitása a haptén építőkövével, a d (—) glutaminsavval is kifejezésre jut. E feltevés igazolá- sa céljából a következő vegyületeket, úgy mint p-am noben- zoyl-glutaminsav d (—), l (+) és dl izomereket, p-amino- benzoyl dl asparaginsavat, p-aminoglutarsavanilidet és p-ami- noadipin savanilidet elkészítették és azokat diazotálás után fehérjékhez kapcsolták. — Az ilymódon nyert syntheticus antigeneket különböző lépfene-immunisatióval praecipitációs próba alá vetették. A tokanyagot praecipitáló savók a d (—) glutaminsav-azofehérjét jelentékeny hígításig praecipitálták, míg ennek optikai isomerjával csak kis mértékben reagáltak. A reactio specificitása a vizsgált rokonvegyületekre ugyanugy, mint az izomerekre is fennállott. Ezzel szemben a lépfeneba- cillus testanyagát (polysaccharida) praecipitáló savók a syntheticus antigenekkel reactiót nem adtak. A lépfenebacil- lusok ellenanyaga és a d (—) glutaminsav-azofehérje kö- zötti serológiai affinitás nem bizonyult reciproknak; az u. n. glutaminsav-immunsavó a tokanyagot nem kötötte és így nem is praecipitálta.

Korpássy B.: *A Morgagni-syndromáról.* Három idős kö- vér nő boncolásakor oly jelenségeket észlelt, amelyeket *Henschen* Morgagni-syndroma néven foglal össze. A synd- roma részei: hyperostosis frontalis verrucosa interna, adiposita- s és virilismus. Előadó eseteiben főleg a hom'okosontnak belső felszínére korlátozott dudoros megvastagodást talált, amelyet a más okból létrejövő hyperostosisokkal szemben a hármas rétegezetség megmaradása, gyulladáso jelenségek, valamint fiatal esontburjánzás hiánya jellemez. Előadó esetei- ben a virilismus kevésbé volt kifejezett. A belső secretiós mi- rigyek szövettani vizsgálata a megbetegedés pathogenesisét nem tisztázta, s így ezirányban további vizsgálatokra volna szükség. Psychiaterek szerint a hyperostosis frontalis az agy részéről klinikai tüneteket is okozhat.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orthopaediai Szakosztályának nov. 25-i ülése.

Bemutatások:

Strauss H.: *Nyaki borda műtét esete.* Egy nyaki borda operált esetét mutatja be. A nyaki borda okozta plexus tünetek és vérkeringési zavarok romlása miatt indikált műtétnél nem lehetett az egész nyaki bordát eltávolí- tani, ezért csak annak a résznek resectiója történt, amely az idegfonatot nyomta. A műtét eredmény minden tekintet- ben kielégítő volt.

Baron S.: Kiemeli, hogy nagyon óvatosan kell a műtétnél eljárni, mert a műtét igen nehéz és az anatómiai viszonyok sokszor megváltoztak. Legtöbb bajt okoz az, hogy a plexust félre kell húzni és ilyenkor az érzésszavarok fokozódhatnak. A scalenusok átvágása egyedül nem elegendő.

Keller K.: Nyaki borda tüneteket itt-ott más elváltozás is utánozhat. Így egy nőbeteg a fej hátrahajításakor a bal kéz és alkar ulnaris oldalán zsibbadás jelentkezett, mely a fej előreahajításakor azonnal alábbhagyott. Ezt a tünetet nyaki borda erőművi behatása szokta előidézni; esetünkben azon- ban a röntgenvizsgálat nem nyaki bordát, hanem súlyos spondylolist mutatott a III—VI. nyaki csigolyákon.

Kopits J.: *A világhozott csipőizületi ficamodás korai kóriszmérésének biztos jelét demonstrálja röntgenfelvétellel.* Észlelete szerint a vápa és a combcsont proximalis vége egyenes lefutású párhuzamos körvonalának két szélső pont- ját, ha összekötjük egymással, derékszögű parallelogrammot kapunk. Ez az ép csipőizület jele. Ha a fejecs ficamodott, ak- kor az így megszerkesztett parallelogramm nem derékszögű, hanem ferdeszögű romboid. A csipőizület állapotát kifejező e jel különösen olyan csecsemők vizsgálatánál értékelhető, akiknek porcos fejecsében a csontmag még nem jelent meg.

Fischer E.: A bemutatott diagnostikai jel igen hasznos- nak ígérkezik, mert egyszerű és ismert geometriai formákra vezet vissza a csecsemő csipőizülete röntgenképének meg- ítélését.

Előadások:

Kopits J.: *Beszámoló a Német-Orthopaed Társaság ezévi congressusáról.* (Kézirat nem érkezett.)

Niederecker G.: Azon alkalomból, hogy *Kopits* profes- sort a Német Orthopaed Társaság disztagjának választotta meg, a szakosztály szeretetét és ragaszkodását tolmácsolja.

Tardy S.: *Amerikai tanulmányutam tapasztalatai.* (Kéz- irat nem érkezett.)

Az Igazságügyi Orvosi Tanács évi jelentése.

Az Igazságügyi Orvosi Tanács december 28-án tar- totta meg évzáró ülését, mely a Tanácsnak 1937. évi mű- ködéséről szóló jelentését a következőkben terjeszti elő:

A Tanács 1937-ben 48 ülésben 345 ügyet intézett el. Hiányzik ezekből az a 28 ügy, melyek az Igazságügyminisz- ter rendeltére részben kinevezéseknél elnöki felterjesz- tések alakjában ülésen kívül intéztették el, kisebb rész- ben hasonlóképen az Igazságügyminiszter rendeletére vizsgálati eljárások vagy letartóztatási intézetek körül fel- merült kérdésekben voltak hivatottak választ adni.

Az ülésben tárgyalt ügyek száma 103-mal több, mint az 1936-ban tárgyalt ügyeké, ami semmi esetre sem te- kinthető olyan normalis emelkedésnek, mely a Tanács igénybevételeének rendes hullámzása által magyarázható volna, — hiszen az emelkedés 1936-ban az 1935-i számhoz képest csak 24 volt. E feltűnő szám magyarázatát az adja, hogy *még 1936-ban a kártérítési ügyek száma 124 volt, ez 1937-ben már felszökött 200-ra, a 200 kártérítési ügy közül pedig 107-et indítottak orvosi műhiba miatt.*

Míg az 1935. évet megelőzőleg orvosi műhiba kér- dése alig merült fel évenként egy-két es. tnel többször, az is csaknem kivétel nélkül büntető perben, azóta ezek száma gyarapodni kezdett, tért foglalt a polgári perekben, s ez- évben a jelzett rohamos emelkedést mutatta. Jellemző ezeknek a pereknek jóhiszeműségére, hogy a 107 eset kö- zül a Tanács csak egyetlen egy esetben tudta az orvos hibáját elfogadni, s 3 volt olyan eset, melyekben ezt a kérdést fel lehetett vetni s a Tanács véleményével ellen- kező értelemben is mérlegelni. Számosan indítottak pert olyanok, akik az orvos eljárásának köszönhetik életüket, de egészségük helyreállítása nem sikerült oly mértékben és formában (pl. műtétek után), mint várták; olyanok, akiknek munkaképességük nem állott helyre olyan mérték- ben, mint az betegségük előtt volt, — de éppen nem rit- kák az olyan felperesek, akik munkaképességük teljes helyreállítását el nem ismerve, vagy olyanok, kiknek hoz- zártartozója a betegség természete vagy szerencsétlen for- dulata következtében meghalt, s állítólag vagy valóban anyagi támogatójukat veszítették el, kártérítésért perlik az orvost.

A Tanács a legkomolyabb megfontolással és minden elfogultság nélkül mérlegelte ezeket a kérdéseket, de tuda- tával bir annak is, hogy egy jól berendezett klinika vagy kórház milieujében, vagy a maga orvosi szakmájának egyik-másik kivételes képességű képviselőjének kezében eredménnyel, vagy eredményesebben lehetett volna meg- oldani bizonyos feladatokat, mindazonáltal figyelembe vette mindenkor, hogy egy közepes gyakorlatú orvos mit érhet el a gyógyításra minden tekintetben kedvezőtlen és meg nem változtatható környezetben.

Minden arra mutat, hogy az orvosi műhiba alapján kezdeményezett kártérítési perek még szaporodni fognak, ami nemcsak azért sajnálatos, mert igen sokat árt az or-

vosok és az orvosi kar anyagi érdekeinek és erkölcsi tekintélyének, de azért is, mert a kivétel nélkül szegényjogon perlő felperesek, hogy a bíróság, az orvosok és maguk előtt is bizonyíthassák munkakorlátozottságukat vagy képtelenségüket, legalább is perük eldőltségéig semmiféle munkára nem vállalkoznak, s így egyrészt maguk és családjuk teljes anyagi romlását okozzák, másrészt magukba suggerált igazságuk visszaautasítását a mai társadalmi rend büne gyanánt fogván fel, a társadalmi elégtelenség fokozására könnyen felhasználhatók.

A Tanács valószínűnek tartja, hogy egy idő múlva mégis be fogják látni azok, akik hasonló perck elindításából a maguk részére hasznot remélnék, hogy ezek a perek nem jövedelmezők, ami annál valószínűbb, mert a perek legnagyobb részben Budapesten vagy környékén lakó egyének által indítatnak, s így amint itt elterjedt hasonló perek indításának reményét nyújtó lehetősége fogy, reá fognak jönni arra is, hogy ezek a remények az esetek legnagyobb számában irreálisak. A Tanács mégis jónak látta e körülményre — mint a szegényjogos perléssel való visszaélések kirívó eseteire — az Igazságügyminiszter figyelmét felhívni.

Ezekben az orvosi műhiba kérdésekben ismét megsaporodott azoknak a törvényszéki orvosi szempontból rendkívül érdekes eseteknek a száma, melyeknek az orvosi és jogászai körökkel való közlése mindenképp felelt kívánatos volna. A Tanács tagjai részéről újra és újra felmerül azon óhaj, hogy a Tanács munkálatainak régen abban maradt kiadása ismét megindíttassék. A Tanács által a polgári perekben adott felülvélemények fejében az igazságügyi tárca címére befizetett térítmények a kiadás pénzügyi megalapozását is lehetővé tennék. Ezért kéri a Tanács az Igazságügyminisztert e kérdésnek megfontolására.

Az elintéztett ügyek orvosi szakok szerint:

Gyermekgyógyászat	3
Belgyógyászat	50
Elme- és ideggyógyászat	88
Mérgeződések	7
Sebészet	102
Szülészet és nőgyógyászat	21
Szemészet	13
Fülészet	7
Fogászat	5
Bőrgyógyászat	7
Röntgen	12
Kóronbonctan és serológia	30
Összesen:	345

Az elintéztett ügyek jogi megoszlásuk szerint:

I. Büntető ügyek:

Gyilkosság büntette	3
Gyilkosság büntettének kísérlete	1
Szándékos emberölés büntette	4
Szándékos emberölés büntettének kísérlete	1
Halált okozó súlyos testi sértés büntette	1
Súlyos testi sértés büntette	19
Súlyos testi sértés vétsége	7
Könnyű testi sértés vétsége	3
Emberölés vétsége	5
Magzatelhajtás büntette	13
Csalás büntette	7
Hamis tanúzás büntette	1
Sikkasztás büntette	3
Magán- és közokirathamisítás büntette	2
Lopás vétsége	1
Rágalmazás vétsége	1
Közegészség elleni büntett	2
Hatóság elleni erőszak büntette	1
Gyermekölés büntette	2
Fizetési eszközökkel való visszaélés büntette	4

Tiltott áru csempészés büntette	1
Kihágás	1
Fegyelmi vétség	1
Halálok megállapítása	2

II. Polgári ügyek:

Kártérítés	93
Kártérítés „orvosi műhiba” alapján	107
Gondnokság	18
Jogügylet érvénytelenítés	11
Házasság felbontása vagy érvénytelenítése	4
Baleset- vagy életbiztosítás	6
Gyermektartás	10
Nyugdíj-ellátás	4
Szolgálati viszony megállapítása	2
Orvosi honorárium	1
Munkaképesség megállapítása	1
Büntetés végrehajtásának elhalasztása	1
Összesen:	345

Végül a jelentés kegyelettel emlékezik meg *Buday Kálmán*, *Németh Ödön* és *Szabó József* elhunyt tanács tagokról, kik mindhárman széleskörű tudásukat végtelen lelkiismeretességgel érvényesítették a Tanács működésében.

Pöstyéni levél 1546-ból.

Közi: *Krepuska István dr.*

A hazai fürdők történetére érdekes világot vet az alábbi levél, mely családi adatok kutatása közben véletlen került *Szenterzsébethy dr. Petrikovits Aladár* nagytapolcsányi ügyvédrokonom kezébe (Levéltári közlemények IV. évf. 1927. 110—111. oldal). Az ő szívességéből közölhetem az alábbi levelet mai helyesírással, mert az eredetiből nehezen betűzhető ki az értelem.

Ebből a levélből kiderül, hogy már 1546-ban, a mohácsi vész után 20 évvel, számosan ismerik Pöstyén vizének gyógyhatását és sokan keresik fel „beteges”, „köszvényes”, „túrós lábakkal” a gyógyító vizet, így többek között *Mesterházi András*, gróf *Nadasdy Tamás* birtokainak kezelője is, aki *nagy elragadtatással ír a pöstyéni víz és iszap kitűnő gyógyhatásáról*. Azt írja, hogy a fürdők neki is, meg beteg társainak is nagyon használnak. Méltán is nevezik „szentviz”-nek, ő maga is sok köszvényes embert látott egészségesen eltávozni.

Mai helyesírással körülbelül következőképen hangzik az eredeti levél, melynek zárlatán a barna viaszpecsét nyomai még ma is láthatók:

Szolgálatomat irom kegyelmednek, mint kegyelmes uramnak továbbá azt irhatom kegyelmednek, hogy a fürdő igen használa mindnyájunknak rövid való napon még vigyázunk meg az atlamas (ártalmas?) és a motzi (mozgás?) vagyon nehezen, de én és a többi jobban vagyunk, de azért még egy hétig leszek itt, hogy jól meg vigyázzanak mindnyájam, továbbá azt irhatom *Kegyelmednek hogy az víz számtalan beteg embernek használ mind fájdalmas embernek, mind túrós lábakkal, mind köszvényes embernek kit sokat láttam szememmel is, ahogy bele vittek meg gyógyult és egészségben haza ment*. Ujságot semmit nem irhatok, ha nem az *Báthory András* ezen ment el mind *Thurzóné* asszonnyal egyetemben és Semtére megyen. Az szolgálai (ban?) kik fürödnek velünk az vízben azt mondják, hogy addig el nem megyen míg a menyegző nem leszen. Továbbá kérem kegyelmedet, mint kegyelmes uramat az pénzért, kit kegyelmed mondott vala, mert még sonki nem hozott semmit minékünk, és itt igen szűk helyen lakunk. Azt jól láttam hogy *méltán szent viznek mondhatják*, Isten tartsa meg kegyelmedet nagy egész-

ségben. Ez levél kelt Pöstyénben Szent Zsófia aszszony napján (május 15.) 1546.

Mesterházi András
az kegyelmed szolgája.

Kivül: Ez levél adassék az nagyságos Nádasdy Tamásnak
n. kem kegyelmes uramnak.

VEGYES HIREK

† Paunz Márk

egyetemi rk. tanár, a Stefánia gyermekkórház és a Poliklinika rendelő főorvosa január 1-én hirtelen elhunyt. *Paunz Márk* az elismert tekintélyű magyar orvostanárak közé tartozott. Mint szemész-szakorvos *Grósz Emil* klinikáján kezdte meg működését, később azonban gége-specialista lett és különösen a diphtheria kezelésében alkalmazott újításai váltak ismeretké. Nemcsak gyakorlati téren volt kiváló specialista, hanem elméleti képzettsége is nagy volt. Huszonöt évvel ezelőtt avatták az egyetem magántanárává, öt évvel ezelőtt nevezték ki rendkívüli tanárrá és egészségügyi főtanácsossá. 67 éves kora ellenére fáradhatatlan szorgalommal dolgozott és nyoma sem volt rajta semmi betegségnek. Hirtelen halálát szívszélhűdés okozta.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága az Országos Közegészségügyi Egyesületnek a vakság megelőzésére alakult szakosztályával karöltve január 8-án, szombaton este 6 órakor a Budapesti Kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében előadásokat rendez: *Petres József*; A szem védelme az iparban; *Lénárt Imre*; Védekezés a ragályos zsembajok ellen; *Bartók Imre*; A csökkent látásúak iskolái.

Az Országos Balneologiai Egyesület 1938. évi congressusát április 29-én, 30-án és május 1-én rendezi Pécsen. A congressussal kapcsolatban Harkány és Sikonda gyógyfürdők megtekintése is programba van véve. A congressusi előadásokat március 31-ig lehet bejelenteni. Minden felvilágosítással készséggel szolgál: *Frank Miklós dr.* főtitkár, I., Attila krt. 19.

Frontátvonulások és fontosabb meteorológiai kísérőjelenségek 1937 dec. 21—27. közt. A dec. 21—27. közti héten Budapest felett 10 időjárás front vonult át, de ezek közül erős fejlettségű csak az a felsiklási front volt, amely karácsony éjjelén a havazást okozta. A frontérzékeny egyének tünetei — a meteorológiai adatokból következő — dec. 24-én délelőtt kezdődhetnek és éjjel után kellett véget érniök. A hét elején és végén egy-egy mérsékelt fejlettségű front érkezett, a többi frontátvonulások gyenge voltak miatt, csak nagymértékben érzékeny egyének válhattak ki némi reakciót.

A frontátvonulások részletes adatai a következő táblázatban találhatóak.

Átvonulás ideje Budapesten	A front lejtése	Fejlettsége	Kísérő eseménye		
				hó	nap
D E C E M B E R	21	12	felsiklási	mérsék.	8—12 óra praefrontalis havazás.
	21	13	betörési	gyenge	Szélbetör. csap. nélkül. Max. szélség. 5 mm.
	23	18	felsiklási	gyenge	Szélford. K-ról Ny-ra, csak gyeng. csap. nélkül.
	24	11	felsiklási	gyenge	Hegyeken enyh. 10 ⁰ —0 ⁰ -ig. Lent beködösödés.
	25	1	felsiklási	erős	Praefront, hav. dec. 24 déli 12 ó-tól, össz. 7mm
	25	5	betörési	gyenge	Gyenge poszfront. havazás a reggeli órákban.
	25	21	betörési	gyenge	Szélfordulás Dny-ról Dk-re.
	26	10	betörési	gyenge	Szél. Ény-ről Ék-re, kév. p ír hav. ut. györs der.
	27	6	betörési	mérsék.	Kev. praefront. hav. a D-nánt. szélv., hófuv.
	27	12	betörési	gyenge	Röv p sfront. hav. (hószállingózás)

*) A számadatok a M. Kir. Országos Meteorológiai Intézet önrő műszereinek adatai. Részletes magyarázatot l. 1938. évi 1. számban.

A Szent Gellért gyógyfürdő vizgyógyintézetének át-helyezése. A Székesfehérváros a Szent Gellért gyógyfürdő vizgyógyintézetét kisebb átépítésekkel a nagy közös termál-fürdők helyiségeibe helyezi át. Ebben az átalakításban a fürdővendégek kényelme mellett elsősorban az orvosi szempont érvényesült, mert ilymódon tökéletesebben megoldható a kombinált fürdőkúrák keresztülvitele. A férfiosztály át-helyezése már megtörtént; a női osztály áthelyezése február közepére befejeződik.

A tabáni gyógyfürdő tervpályázata. A tabáni gyógyfürdő tervpályázata január 10-én lejár. A hírek szerint több mint száz magyar építész kérte ki a részletes pályázati feltevéleket. és legalább 30—40 komoly pályázat várható ezen kényes, nehéz és „Budapest-Fürdőváros” szempontjából olyan fontos problema megoldására. A magyar orvosi kar és főként azok az orvosok és szakemberek, akik „Budapest-Fürdőváros” jövődjében hisznek, nagy édeklődéssel és várakozással tekintenek a bírálóbizottság döntése elé.

Orvoskari Naptárunkban a 60. és 61-ik oldalon nyomdahiha folytán kétszer szerepel *Kolosváry Sándor*, *Molnár Andor* és *Mozsonyi Sándor* neve. Kérjük a 60. oldalon a miniszteriumi címek rovatából e neveket törölni s helyette a következő adatokat pótolni: Allamtitkár *Szily Kálmán* 82. mell. áll. Egyet. főoszt. főnöke; *Fülei Szántó Endre* min. tan. 47 mell. áll.

HETIREND

Január 12-én d. u. 6 órakor: a Közkórházi Orvostársulat közgyűlése; (Kir. Orvosegyesület, Semmelweis-terem.) 1. Elnöki megnyitó; 2. Titkári jelentés; 3. A pénztáros és számvizsgáló bizottság jelentése, felmentvény megadása; 4. Jutalmak kiosztása; 5. Tisztikar kiegészítése. Ünnepi *Semmelweis*-előadás: *Torday Árpád*; Egyes kérdések a vesebetegségek köréből; uraemia, insufficentia, acidosis.

Január 13-án este 7 órakor: a Magyar Röntgen Társaság ülése. (Poliklinika üléstermében, Szövetség u. 14—16). Bemutatás: *Fogel Mária*; Tuberculozikus mirigy-tályog a mediastinumban; *Haus Lajos*; a) Cysta pericardii; b) Spontan pneumothorax lefolyása képeken. Előadás; *s. Kováts Ferenc*; A röntgenvizsgálat szerepe és jelentősége a tüdőgümőkór alakjainak elkülönítésében.

Január 14-én d. u. 6 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése. — Bemutatás: *Polgár Ferenc*; Terminalis ileitis esete. — Előadások: *Várvedy János*; 1. Adatok a pentastomiasis körbonctanához. 2. *Ehrenfeld Hugó*; Orrszépitő műtét prof. *Joseph — Ehrenfeld dr.* eljárása szerint. — Ez a napirend változást szenvedhet.

2820—1937 kig. sz.

PÁLYAZATI HIRDETME NY!

A 257.400—1937 B. M. sz. rendelettel a Nógrádvármegyei Mária Valéria kórházhoz engedélyezett két kiségitő orvosi állás 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 új betöltésre. Javalmazása a két kiségitő orvosnak együttes természetbeni lakás, fűtés, világítás és tisztai élelmezés, havi 80 P. díjazás.

A szabályszerint felszerelt pályázati kérvények 1938. január hó 31-én déli 12 óráig Soldos Béla dr. főispánhoz intézve a kórház igazgatóságához 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, 1937. december 31-én.

Kenessey Albert dr.
kórházigazgató-főorvos.

Oriza szárított rizsnyák. A rizsből sok fáradsággal, több óras főzéssel előállítható rizsnyákok, egyszeri felforrálás által nyerhetjük a Krompecher-féle *Orizából*. Az Oriza pár perc alatt kellemes ízű, finomabb eloszlású és oldott tápanyagokban gazdagabb nyákok szolgáltat, mint a rizs, vagy rizsörlemények órákig tartó főzéssel. Mesterségesen és vegyesen táplált csecsemőknek a standard higitások készítésére, továbbá nagy tápértéke és nehezen erjedő szénhidrát tartalma folytán nagyobb koncentrációban csecsemők hasmenéses megbetegedéseinek diéta kezelésére alkalmazzák.

Az ujjáépített Rudas gyógyfürdő és gyógyszálló megnyílt
Juventus rádiumos fürdők (20 kabin)
 Törökfürdő hét különböző hőfokú medencével. Elektrotherapia. Massage. Ivókúrák az Atila, Hungária és Juventus gyógyforrások vizeivel. A legtökéletesebb kényelemmel berendezett gyógyszálló. Diatás konyha. Napi ellátási rendszer.
 Felvilágosítást nyújt a gyógyfürdő vezetősége, Budapest, I., Döbrentei-tér 9.

SEDYLETTA
 tableta

Szabadon rendelhető:

O.T.I. – M.A.B.I. – M.Á.V.
PODMANITZKY GYÓGYSZERTÁR
 Budapest, VI., Podmanitzky-u. 69

2624—1937. Ikt. sz.

PÁLYAZATI HIRDETMÉNY!

Fejérvármegye vezetésém alatt álló székesfehérvári Szent György közpórházában betöltésre kerülő két *segédorvosi állásra* pályázatot hirdetek. A segédorvosi állás javadalma az állami rendszerű XI. fizetési osztály III. fokozatának megfelelő illetmény, egy bútorozott szobából álló lakás fűtés és világítással, valamint intézeti ételmezés az önköltségi ár 50%-ának megtérítése mellett.

Pályázók szabályszeríen felbelyegzett folyamodványukat gróf Széchenyi Viktor Fejérmegye és Székesfehérvár sz. kir. város főispánjához címezve 1938. évi január hó 31-ig hozzám nyujtsák be, mert később érkező kérvényeket nem vehetek figyelembe.

A kinevezendő segédorvosok csak nőtlenek lehetnek és a kórházban bent kell lakniok.

A kinevezés egy évre szól, amelynek hatálya lejárat után a kórházigazgató főorvos előterjesztésére 3 ízben meghosszabbítható.

Magánygyakorlatot a kinevezett segédorvos nem folytathat.

A kérvényhez csatolni kell: a) születési anyakönyvi kivonat; b) hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítvány; c) a magyar honosságot igazoló bizonyítvány; d) az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; e) egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; f) curriculum vitæ; g) közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épiséget igazoló újkeletű tiszti orvosi bizonyítvány; h) katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; i) az esetleges szakképzettséget igazoló okmányokat; j) az orvoskamaraí tagság igazolását.

Az állás a kinevezés megtörténtével azonnal elfoglalandó, a távozás 30 nappal előbb előzőleg bejelentendő.

Közszolgálatban állók pályázati kérvényüket felettes hatóságuk útján nyujtsák be.

Székesfehérvári 1937. december 23.

Berzsenyi Zoltán dr.
 kórházigazgató főorvos.
 m. kir. eu. főtanácsos.



források gyógyvizei

1843

óta vani. ak forgalomban.

Gyomorégés, savtúltengés, gyomorfekély, étvágytalanság emésztési zavarok eseteiben
Cigélka – Stephanus
 sóskarbonátos - jód - brómos - gyógyviz kiváló gyógyhatású.

Érelmeszesedés, vérhaj, skrofulózis, gylladásos természetű női bajok és a légzőszervek hurutos bántalmái ellen pedig a

Cigélka – Ludovicus
 jód-brómos forrás gyógyvizét ajánljuk.

4286—1937. sz.

A sárospataki járás főszolgabírájától.

PÁLYAZATI HIRDETMÉNY!

Zemplérvármegye sárospataki járásához tartozó *Tiszakarád* községben lemondás folytán megüresedett *községi orvosi állásra* a 950—1936. sz. B. M. r. 3. §-a alapján pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma a 62.000—1926. sz. B. M. rendeletben megállapított és az azt módosító kormányrendeletek által csökkentett illetmények, valamint a vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási és rendelési díjak, természetbeni 3 szobás, fürdőszobás, rendelővel, váróval ellátott modern lakás.

Az állásra pályázók kérvényüket a m. kir. Belügyminiszter úrhoz címetten a Hirdetménynek a „Népegészségügy” című hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül kötelesek benyutani s azt a fenti 950—1936. B. M. sz. rendelet 6. §-ában előírt módon, az alábbi okmányokkal felszerelni:

a) születési anyakönyvi kivonat; b) hatósági erkölcsi és családi állapotot igazoló bizonyítvány; c) magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítvány; d) az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél; e) egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; f) tiszti orvosi, vagy községi orvosi képesítést igazoló okmány; g) polgári közszolgálatban alkalmazást igazoló okmány; h) közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épiséget igazoló újkeletű tiszti orvosi bizonyítvány; i) katonai szolgálatra vonatkozó okmányok; j) esetleges szakképzettséget igazoló okmányok; k) az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatok, végül a 920—1937. sz. B. M. rendelet 1. §-a értelmében; 1. Nyilatkozat arról, hogy közhivatalban, közintézményben, közintézetekben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betölt-e? Igenlő esetben az alkalmazó szerv és a járandóság összege is megnevezendő. E nyilatkozat nélkül a pályázat nem vesztő figyelembe. A közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon, (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, a törzskönyvi lapjukkal igazolhajták.

Az 1936. évi IX. tc. 12. §-ának 1. bekezdése szerint az állásra még olyan orvost is ki lehet nevezni, aki az 1936. évi IX tc. 1. §-ának 4. pontjában megkivánt, a jelen hirdetmény f) pontja alatt felsorolt képesítéssel nem bír. Az ilyen orvos azonban az előírt képesítést a kinevezés napjától számított 3 éven belül megszerezni köteles, különben állását veszti. A pályázati kérvényeket a 900—1936. sz. B. M. r. 16. §-ának 2. bekezdése értelmében hozzám kell benyujtani

Sárospatak, 1937. december 27.

Olvashatatlan aláírás.
 h. főszolgabíró.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Rubrophen *Chinoïn*

Sebészi, bőr- és szembetegségeknél
kiváló hatású!
Injectio, tableta, kenőcs

Kimutatás az 1937 XII 19-től 25-ig Magyarországon bejelentett heveny fertőző megbetegedésekről (Mb) és halálesetekről (Mt)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphtheria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.667	2	1	—	—	2	1	5	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	113.347	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.659	12	1	—	—	8	1	15	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—
4. Békés	336.592	2	—	1	—	7	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
5. Bihar	181.105	9	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.330	4	—	1	1	5	—	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.760	—	—	—	—	5	—	14	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
8. Csongrád	148.200	3	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9. Fejér	231.483	—	1	2	—	2	1	7	—	—	—	—	—	20	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.820	2	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—
11. Hajdu	181.283	—	—	—	—	9	—	3	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
12. Heves	323.191	7	—	1	—	2	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	421.741	5	1	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	26	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	182.450	4	—	—	—	5	—	4	—	—	—	—	—	69	—	—	—	—
15. Nograd és Hont	229.215	4	—	—	—	7	—	3	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,454.326	15	2	—	—	35	2	65	—	—	—	—	—	237	2	—	—	—
17. Somogy	390.100	2	1	—	—	4	—	9	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
18. Sopron	142.743	2	1	—	—	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	419.707	17	4	1	—	7	1	1	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	158.013	4	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21. Tolna	266.405	5	1	—	—	4	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22. Vas	273.097	7	2	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
23. Veszprém	247.787	7	1	—	—	5	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24. Zala	368.903	3	—	1	—	5	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25. Zemplén	149.524	5	—	2	—	3	—	6	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—
I. Baja	30.238	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1,043.459	3	1	15	1	29	1	85	1	1	—	—	—	132	2	—	—	—
III. Debrecen	124.128	8	7	—	—	6	1	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—
IV. Győr	50.872	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.429	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.735	1	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	65.825	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VIII. Pécs	68.957	1	—	—	—	7	—	9	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
IX. Sopron	35.938	2	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.858	1	—	—	—	4	—	11	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.646	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen: 8,943.533		137	24	25	3	188	11	295	1	2	—	—	—	521	13	1	—	—
Előző évben:		63	8	4	—	163	12	280	1	—	—	2	—	244	24	5	—	—

ORIZA-RIZSNYÁK

a rizs tápanyagait változatlan mennyiségben és könnyen oldódó állapotban tartalmazó kellemes ízű

száritott rizsnyák

Előnye: pár perces főzéssel tökéletesen oldódik.

Javallva: 5%-os oldatban, tejhígítások készítésére, csecsemők mesterséges táplálásánál;

10%-os oldatban, gyógytáplálékul bélhurutok kezelésénél.

Közgyógyszerellátás terhére rendelhető

Mintával és Irodalommal
készítve szolgálok:

Krompecher Tápszert- és Gyógyszeripari kft. Budapest, Nádor utca 15.

Influenza, grippe,

meghűléses betegségek gyógyására

GERMICID

KÚP ÉS TABLETTA

**Hatványozott
antipyreticum,
antirheumaticum**

OTI terhére szabadon rendelhető.

20 tabletta ára 2.50 P
6 kúp " 1.90 P
6 kúp gyermekeknek 1.70 P

Kupirozza a náthát, lázat,
fájdalmakat megszünteti.

Dr. WANDERGYÓGYSZER-ÉSTÁPSZERGYÁR RT. BUDAPEST

DESEPTYL

CHINOIN

**Streptococcus-, staphylococcus-fertőzések
chemotherapeuticuma
meningococcus meningitis specificuma,
gonorrhoeánál és szövődményeinél, vizeletutak
coccus és bact. coli fertőzéseinél bevált!**

TABLETTA 10 és 20 drb phiolában

INJECTIO 5 és 2 kcm amp.
fejnőttek és gyermekek kezelésére

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

MISKOLCZY DEZSŐ
VIDAKOVITS KAMILLÓ

GORKA SANDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
JENEY ENDRE

FELFLŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANAR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

Győry Tibor

1869–1938

A Múlt embere a Múlt ködébe lépett. Annak a múltnak egyre távolodó alakjai közé, kiknek nagyságát, életküzdelmét és érdemeit oly éles reflectorfénybe állította elénk míg élt történész szemmel látó szellemével és szorgalmával. Kihullott kezéből a toll és a fáklya, mivel orvosi multunkba világított; már csak a maga kínját kellett átélnie, hogy követhesse nagy alakjait az elmulásba — de nem a feledésbe, mert azok fényüket az ő művein, mint tükrön át sugározzák messzi jövőndő nemzedékek lelkébe.

Kitűnően képzett orvos volt, de nem tudott orvos maradni, bár az érvényesülés útja nyitva állott előtte. Lelkéből két érték csirázott ki és lett szíve melegéből terebélyes fáva: történész és nyelvész volt és mindkét tehetségével szakmáját szolgálta. Mivel a gyógyítás tülekedő versenye szelíd lelkének idegen volt, orvoshivatalnoki pályára lépett magával vivén oda képzettségét, kritikai tisztalátását, hazaszeregetését és mint legnagyobb értéket: tiszta, megingathatatlan jellemét. — Pontossága és rendszeretete jó hivatalnokká tette, munkatársai, feljebbvalói megbeesülték őt; évtizedeken át volt jegyzője az Orsz. Közegészségügyi Tanácsnak és közhivatali pályáját, mint helyettes államtitkár hagyta ott.

De boldog csak akkor volt, ha otthon könyvei és jegyzetei között percegethette tollát feldolgozva azt az anyagot, mit pihenő napjaiban itthoni és külföldi könyvtárakban gyűjtött. És hogy tudott írni, magyarul írni az a toll! — A nemzet nyelve ellen vétést bűnnek tartotta, másoknál sem türte és mindig síkra szállott érte egy-egy gúnyos vagy szellemes kitanítással.

Írói hajlama állította őt a „Népegészségügy“ élére is, mit ő indított meg és szerkesztett lelkesedéssel mind addig, míg hivatalában volt.

Első nagyobb tanulmánya a „morbus hungaricus“-ról írott munkája volt, de legfőbb érdeme Semmelweiss tanulmánya és írásainak összegyűjtése, mivel nemzetközi elismertetést szerzett hazánk nagy fiának és nem volt nálánál boldogabb ember, mikor 1906 őszén ennek eredményeképp itt nálunk leleplezni látta Semmelweiss nemzetközi adakozásból létesült gyönyörű szobrát. — Utolsó műve a Pázmány Péter tud. egyetem orvosi karának története volt, minek megírásával Karunk bízta meg őt az egyetem 300 éves ünnepe alkalmából.

Ez 53 éves nagy munka után fáradtan tette le a tollat. Mind kevesebbet láttuk gyűléseinken és baráti vacsoráinkon, melyeknek oly szorgalmas és kedves látogatója volt. Mert mindig volt valami komoly vagy humoros mondanivalója s a móddal ahogy mondta, lekötötte hallgatóit. Izzó gyűlölettel beszélt a kommunizmusról és a modern felforgatókról; fájón, rosszalólag, sötéten látva a jövőt, a fiatalok előretöréséről s a patriarchalis tekintélytiszteletben látta a társadalmi rend biztosítékát.

De ez elvei mellett sem volt önző vagy szűk látókörű. Észrevette és buzdította maga körül a tehetségeket s hogy most szakmája nem marad művelők, sőt méltó utódok nélkül, azt ennek a puritánul lelkes embernek, Győry Tibornak köszönhetjük, kinek szegénységünk nem tudott egyebet nyújtani egy ny. r. tanári címnél, de aki az igazi érdem koronájával száll sírba akkor is, ha nem tudtuk őt munkájához és érdeméhez méltó jutalomban részesíteni.

Vámossy.

TARTALOM:

Angyal Lajos: A schizophrénia insulínshok- és görcskezelésének elmélete. (50—53. oldal.)

Roth Imre: Az ólommérgezés klinikai képe öt eset alapján, különös tekintettel a porphyrin mennyiségi viszonyaira. (53—55. oldal.)

Lempert Sándor és Goldner Viktor: A húgyszervek streptococcus fertőzéséről. (55—58. oldal.)

Bajkay Tibor: A Prontosil értékéről a felső légutak septikus megbetegedéseiben. (59—60. oldal.)

Hlányi András: Mikor használjuk a Read-formulát alapanyagcsere-meghatározás helyett? (61. oldal.)

Elek György: A pneumoduodenalis vizsgálatról. (61—62. o.)

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

Lapszemle: Sebészet. — Szülészeti. — Szemészet. — Gyermekegyógyászat. — Bőrgyógyászat. — Urologia. (62—64. o.)

Könyvismertetés: (64—65. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (65—66. oldal.)

Keleti József: A nyugdíjas orvosok és az álláshalmozás. (67.—69. oldal.)

Vegyes hírek és Hétrend: (69—70. oldal és a borítólapon III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

A schizophrénia insulínshok- és görcskezelésének elmélete.*

Írta: Angyal Lajos dr.

A schizophrénia kezelésében két új, cselekvő kezelési mód áll jelenleg az érdeklődés előterében, mégpedig a Sakel-féle insulínshok-kezelés és a Meduna-féle görcskezeltetés. A Sakel-féle kezelés ma már általánosan ismert és számos helyen utánvizsgálás alatt áll; a görcskezeltetés Meduna legutóbb megjelent munkája, továbbá a budapesti elmeklinika utánvizsgálási eredményeinek közzétele következtében ugyancsak kétségtelenül rövid időn belül számos intézetben bevezetésre és utánvizsgálásra fog kerülni. Ez a kezelési aktivitás egy nemzetgazdaságilag is annyira fontos és eddig gyógyíthatatlan betegségnek helyeslendő, annál is inkább, mert kétségtelennek látszik, hogy a schizophrén betegség-csoport nagyobb részét nem a valódi endogen schizophrénia teszi, hanem egy különféle ismertetlen ártalmakra létrejövő reakciós kép, amelyet ennél fogva gyógykezelési beavatkozások számára hozzáférhetőnek kell tartanunk. Mindenesetre a schizophrénia (sch.) kóroka tekintetében fennálló zavar alapján nem lenne jogos minden gyógyító próbálkozást mereven elutasítani. Így nem tartjuk jogosnak sem Weygandt éles bírálatát az insulínkezelésről, sem J. Berze álláspontját, aki az insulínkezelést elutasítva, hangsúlyozza, hogy a sch. gyógyulásra és kiújulásra hajlik és korántsem olyan rossz kórjóslatú, mint sokan mondják. Véleménye szerint: „Nur für einen höchst geringen Prozentsatz von Fällen kann man die Annahme eines der Paralyse ähnlichen Verlaufscharakters gelten lassen.”

A Berze által felhozottak tekintetében utalok itt Strecker véleményére, amellyel mi is teljesen egyetértünk. Sajnos, a tény az, hogy a sch. igenis rendkívül súlyos baj, amely a benne szenvedőknek nagyobb részét előbb-utóbb véglegesen intézeti lakóvá teszi. Otto Martiensen 33.7% és a heidelbergi klinika 35%-os önkéntes gyakorlati gyógyulási arányszáma csak kivételnek tekinthető, hiszen ezekkel szemben pl. Stearns 315 esetében csak 5% gyakorlati gyógyulásról számol be, C. Schneider 944 esetében mindössze 59 esetet talált többszöri, hosszabb időre kiterjedő javulással, ami csupán 6.25%-nak felel meg, a mi klinikánk 1928—1933. években ápolás alatt álló 362 sch. betegéből pedig Gyárfás csupán 11 esetben, vagyis csak 3%-ban talált éveken át tartó gyakorlati gyógyulást. Természetesen ebbe az utóbbi számba

nincsenek beszámítva a hosszabb-rövidebb ideig tartó, de visszaeséssel járó javulások.

Hogy állnak ezzel szemben az említett két activ kezelés eredményei?

Sakel az eddig közzétre került 56 friss esetéből 75%-ban, Max Müller az 1936. augusztus 1-ig 11 svájci intézetben insulinnal kezelt 118 esetből 47%-ban számolt be gyakorlatilag teljes gyógyulásról, utóbbi azonban saját 34, félévénél fiatalabb esetében 76%-ban talált teljes javulást. Meduna 36 félévesnél frissebb esetében görcskezeltetésre 33-szor ért el javulást; Angyal és Gyárfás 1 évesnél fiatalabb 27 esetükben görcskezeltetéssel 44.4%-ban értek el gyakorlati értelemben vett gyógyulást, de a görcskezeltetésre nem javuló friss esetek insulínshok-utókezelése által a javulás száma 66.7%-ra növekedett; Pap Z. a debreceni klinika 57 esetéből 38.6%-ban talált insulínshok-kezelésre teljes javulást, megjegyzi azonban, hogy eseteinek kb. egynegyed részében a kórfolyamat már 2 évesnél régibb volt.

Az eddigi adatok is világosan mutatják, hogy a cselekvő kezeléssel friss sch.-ban elérhető javulási százalék a sch.-ák önkéntes javulás-százalékát messze meghaladja. Természetes, hogy számos esetben visszaesésre kell számítani és hogy csak a kezelt beteganyag évtizedes gondos nyilvántartása fog a gyakorlati gyógyulásra vonatkozóan végleges adatokat szolgáltatni; mindez azonban nem változtat azon a tényen, hogy az eddigi közlések összevetéséből származó adatok szerint cselekvő kezelés esetében a friss sch.-ák javulási százaléka olyan feltűnően nagy, hogy ennek az alapján legalább is annyit jogosan megállapíthatunk, hogy a cselekvő kezelések a sch. egyébként is számos esetben meglévő önkéntes javulási hajlamát lényegesen fokozzák.

Klinikánkon 1935. eleje óta foglalkozunk cardiazol görcs- és 1935. augusztus óta insulínshok-kezeléssel és — bár számszerű eredményeink a Sakel és Meduna által közölt százalékos eredményektől távol állanak, — az azóta kezelt több mint 120 sch. esetből számos izben volt alkalmunk a betegágnál közvetlenül meggyőződni a cselekvő kezelés gyakran egészen meglepő hatásosságáról. Ugyanennek az élményi uton szerzett meggyőződésnek adnak kifejezést Pötzl és Max Müller is.

A következőkben az insulínshok és a cardiazol-görcs kórélettanára vonatkozóan végzett különleges kutatásaim alapján — amelyeket részben már régebben közöltem — az insulín- és cardiazol-kezelést az eddig hiányzó (cardiazol) vagy elégtelen (Sakel f. psychologische Bahnungstheorie) elméletek helyett kórélettani, természettudományi alapra kívánom helyezni. Érdekes, hogy mindkét cselekvő kezelési mód a véletlen eredménye. Sakel elméleti megfontolásokból kiindulva először a morphinkórt kísérelte meg insulinnal gyógyítani: itt a hypoglykaemiás állapot még szövődésményképpen jelentkezett, de az ezzel kapcsolatos tapasztalatai alapján psychomotoros izgalmi állapotok leküzdésére már szándékosan alkalmazta a

*) Az elmeorvosi congressuson 1937. június 2-án tartott előadás.

hypoglykaemiás schokot. Kísérleteiben betegein meglepő lelki változásokat észlelt, amelyek kezelésének tervszerű, módszeres fölépítéséhez és a sch.-ra kiterjesztéséhez vezettek. *Meduna* epilepsia kutatásával kapcsolatban jutott arra az ötletre, hogy az eskóros és a sch. kórfolyamat között élettani ellentétnek kell lennie és ennek a gondolatának alapján kezdett sch. betegeken görcsokozó szerekkel kísérletezni. *Sakel* tehát tapasztalati uton, *Meduna* ötletszerűen jutott a szóbanforgó gyógykezelési eljárások birtokában. *Sakel* megkísérelt ugyan az insulin-shok kezelés hatásmódjára vonatkozóan egy munkaelméletet fölépíteni, azonban ennek az értékét maga is kérdésesnek mondja: Diese ist „nicht einmal eine Theorie, — írja monographiájá 90. lapján — sondern nur eine Arbeitshypothese, . . . sie kann also richtig, aber auch falsch sein und ich würde mich freuen, eine bessere Erklärung an Stelle der meinen angegeben zu sehen.” *Meduna munka-elmélete Nyírő és Jablonszky, G. Müller, Glaus, továbbá Steiner és Straus*-nak a sch. és az eskór együttes előfordulására vonatkozó közleményéből és statisztikai adataiból alakult ki. Az ezekben közölt adatok alapján *Meduna* feltette, hogy az epilepsiás és sch. kórfolyamat között valamely élettani ellentétességnek kell lennie; ebből arra következtetett, hogy ha sikerül sch. betegeken mesterségesen eskóros rohamokat előidézni, ezek a beteg szervezet belső milieu-jét megváltoztatva a sch. kórfolyamat visszafjélődésére az élettani lehetőséget megteremtenék. Sajnos azonban mind ez ideig olyan belső milieu-tényezőket, amelyek a sch. kórfolyamatra egységesen jellemzőek lennének, nem ismerünk, nem is szólva arról, hogy egyes, a vizsgálat számára hozzáférhető belső milieu-tényezők különböző sch.-ás klinikai tünetegyüttesekben (pl. stupor, katatonias izgalom) gyakran teljesen különböző, sőt ellentétes viselkedést mutatnak. Ezek után természetesen, hogy *Medunának* az egyébként nagy gonddal keresztülvitt vér-és vizeletvizsgálatai nem szolgáltathtak olyan eredményeket, amelyek őt ennek a kérdéses belső milieu-változásnak a megértéséhez közelebb vitték volna. Ezt különben *Meduna* a legutóbbi orvosegyesületi előadásában maga is elismerte, amikor kezelési eljárásáról szólva kijelentette, hogy itt ismeretlen kórfolyamatnak ismeretlen módon való befolyásolásáról van szó.

Mi a helyzet már most a *Sakel* f. elmélettel? *Sakel* felteszi, hogy az idegsejtek visszahatásai valamely ingerre az idegsejten belül is bizonyos meghatározott, az ingernek megfelelő pályákon futnak le. Ezek a pályák, illetve az idegsejtek közötti pályarendszerek az egyénfejlődés kapcsán változnak: az egyénfejlődés tekintetében öregebb pályarendszerek a működésből kikapcsolódnak és működésüket mindig újabb és bonyolultabb, fejlettebb, de egyúttal sérülékenyebb pályarendszerek veszik át. A sch. kórfolyamat ezt a kifinomult legfiatalabb pályarendszert működőképzetlenné teszi, miáltal automatikusan az egyénfejlődési sorban következő pályarendszer lép működésbe. Ha az ártalom mélyrehatóbb, akkor több ilyen pályarendszer teljesen felbomlik, ami a visszahatás inadaequantiájában és széthullásában jut kifejezésre. *Sakel* már most — részben értékesítéseiben, részben *Dussik*-kal közös munkájában — a sejtblokkade-ra vonatkozó részelmélete mellett a következő elméletet állítja fel: A sch. kórfolyamat hatástalanítja az ép működést megjelenítő legfiatalabb pályarendszert, miáltal a soron következő ellenállóbb pályarendszer lép üzembe, amelynek inger-inadaequantiája határozza meg az elmekóros visszahatás-módokat. Könnyebb megértés céljából nevezzük a legfiatalabb pályát Px-nak és az egyénfejlődésben idősebb a'acsonyabb fejlődési fokú pályákat Px-¹, Px-², Px-³ stb.-nek. Az insulin a kóros elmeállapotban működő és az elmekóros reakció

módokat fenntartó pl. Px-¹ pályát — mint a legkifinomultabb működő pályát — károsítja meg elsősorban, ami az elmekóros tünetek elhalványulására és ezáltal az ép visszahatási mód átmeneti megjelenésére, majd a kezelés során rögzülésére és az elmekóros visszahatás végleges elűnésére vezet. Más szóval *Sakel* szerint a Px-¹ a működésből kikapcsolódik és a Px ismét üzembe kerül. Teljesen figyelmen kívül hagyja azonban *Sakel* itt azt a tényt, amelyet egyébként az insulinshok klinikája is kétségtelenül igazol, hogy a hypoglykaemia elsősorban a már a sch. kórfolyamat által is megtámadott legdifferenciáltabb visszahatási módokat kapcsolja ki és csak egy későbbi shokszakaszban fejt ki a hatását az elmekóros visszahatási módokra. Ebben az esetben *Sakel* elméletét követve természetesen az egyénfejlődési ranglétrán még mélyebben levő Px-²-nek kellene működésbe lépni, nem pedig a most már nemcsak a sch. kórfolyamattól, hanem még a hypoglykaemiás sejtártalomtól is legsúlyosabban bántalmazott Px-¹-nek.

Ezen a melléfogáson kívül azonban még egy másik súlyos ellentmondása is van az említett elméletnek, ami az átmeneti feltisztulás (vorübergehendes Luzidwerden), a visszahatás-átfordulás (Reaktionsumkehr) és az „aktivált psychosis” magyarázatára vonatkozik, erre azonban itt nem óhajtok kitérni. Csak annyit említenék még meg, hogy a *Sakel* f. elméletet *Max Müller* sem fogadja el, pedig ő a kezelésnek feltétlen híve és az insulinkezelés schweizi megszervezésével a módszer elterjedésének igen értékes szolgálatokat tett. *Müller* szerint egyes tapasztalatok amellott szólnak, hogy a hatás valamilyen sajátos hormonális átállításon nyugszik. *Pözl* szerint az insulinshock gyógyhatása — különösen paranoid kórképekben — elsősorban az öntudat zavarában és az ezzel együttjáró emlékezőképességben keresendő. *Küppers* a hormonális áthangolás gondolatát elvetve ugyancsak az öntudatesöklkenés, illetve pontosabban az öntudatesöklkenés mélyén fekvő agyi elváltozások gyógyító jelentőségére mutat rá. Körülbelül ugyanígy vélekedik *Pap Z.* is, amikor a comában és az öntudati tartalmak szétesésében keresi a gyógyító hatás lényegét. Ezekkel a felfogásmódokkal szemben *Max Müller* felhossa, hogy a javulásoknak egy része már a tulajdonképpeni coma elérése előtt jelentkezik és véleménye szerint az öntudatlanság a kezelésben kétségtelenül fontos ugyan, de korántsem az egyetlen hatástényező.

Schaefer, Magenan és *Georgi* fenti szerzőkkel szemben éppen a szervezet belső milieu-jének a vegetatív áthangolásában keresik az insulinshok kezelés gyógyhatásának okát. Különösen jelentősnek látom *Magenau* véleményét. Szerinte a szervezet tengéleti szabályozásaira a vagotonias insulinnal gyakorolt erőyes lökés hatalmas ingaütésként átlendül az ellentétes területre és tartós adrenalinaemiát és sympathicotoniás visszahatást vált ki. Itt említem még még *Stief* véleményét, aki *Tokay*-val közösen 1932. és 1935.-ben közölt állatkísérletei alapján az insulinshokban és ugyanúgy a cardiazolshokban hatástani szempontból az edényrendszer útján létrejövő átmeneti vagy tartós idegsejtkiiktatást látja a lényeges mozzanatnak. Ő az idegsejt „subtilis sebészeti, de vértelen kikapcsolásáról” beszél és felveti annak a lehetőségét, hogy a megbetegedett sejtsoportok éppen kóros állapotuknál fogva a keringési zavarra a legkorábban kapcsolódnak ki a működésből.

Ezék után rátérek az insulin- és cardiazol-shok hatásmódjára vonatkozó saját elméletem ismertetésére. Az insulinshok tünettanával és kórélettanával foglalkozva úgy találtam, hogy az insulin-shok különböző formában jelentkezik. Kutatásaim során 6 eléggé körülhatárolható insulinshok tünetegyüttest sikerült különválasztanom,

még pedig 1. a frontopolaris, 2. az ontogenetikus-aphasiás, 3. a coenaesthesiás, 4. a paralogiás és sensoro-amnesticus aphasiás, 5. a statico-paraesthesiás és végül 6. a parieto-occipitalis syndromát. Összevetve ezeket a tünetegyütteseket az egyes sch. esetek klinikai képével, olyan észleleteket találtam, amelyek feljogosítanak arra a következtetésre, hogy a megbetegedés előtti személyiségjelleg, a kezdeti sch. tüneti képéből kielemezhető jelzett idegkörtani tünetegyüttes és a megfelelő insulinshoktypus között bizonyos összefüggés állapítható meg. Hogy ezt példával érzékeltessem, megemlítem, hogy pl. az egyik megbetegedése előtt eidetikus betegnél a sch. tüneti képét összetett látási érzéksalódások jellemezték, ugyanítt az insulinshok alatt szabályszerűen parieto-occipitalis tünetegyüttes jelent meg: vagy egy másik esetben motoros személyiségjelleg mellett a sch. heveny mozgási elmebetegség képében mutatkozott és cardiazol-görcs után a beteg átmenetileg súlyos testvázlat-zavar jelentkezett a mozgásérzési testvázlat-rész elkülönülésével. Ha már most ezeket a tapasztalatokat megkíséreljük localisatiós szempontból nézni, akkor úgy látjuk, hogy mind a kezdeti sch. idegkörtani tünetegyüttesei, mind az insulinshok tünetegyüttesek egyaránt a *Flechsig* f. legkésőbbben velősődő kérgi végterületek egyszer inkább homlokagycsuci, máskor fali, halántéki vagy nyakszirti területeinek a bántalmazottságára utalnak. Valószínű, hogy az egyénfejlődés kapcsán a különböző *Flechsig* f. végterületek egyes egyéneken különbözőképpen fejlődnek ki és hogy a legmagasabb társító mezőknek ez a fejlődési különbözősége az anyagi alapja az egyes (látási, mozgási, hallási) személyiségcsoporthoz. A személyiségcsoport és a kezdeti sch. klinikai képéből kielemezhető idegkörtani tünetegyüttes közötti összefüggés alapján nagy valószínűséggel feltételezhető, hogy a sch. kórfolyamat kérgi összetevője legtöbbször a személyiségielleget meghatározó, sajátosan fejlődött, legkülönböződöttebb és emlefova minden általános ártalomra legérzékenyebb végterületet támadja meg, vagy pontosabban megfogalmazva: hogy a sch. kórfolyamat a *Flechsig* f. kéregmezőket az illető egyénre jellemző sajátos fejlődéssel arányosan támadja meg. A sch. klinikai képe és a fellépő insulinshok tünetegyüttes közötti kapcsolat valószínűnek látszik, hogy az insulin hypoglykaemia elsősorban és a legkifejezettebben ugyanerre a kéregterületre fejt ki hatását: ezáltal az insulinshok tünetegyüttes, mintegy a sch. gócvizonyaként lenne felfogható.

A fentieket röviden a következőkben foglalhatjuk össze: A különböző személyiségcsoportok anyagi alapját az egyes *Flechsig* f. végső kéregmezők fejlődési aránya és az egyik végterület sajátosabb fejlettsége teszi mind a sch.-és ártalom, mind a hypoglykaemia elsősorban erre a sajátos fejlett végterületre, illetve a különböző végterületekre a fenti arálynak megfelelően localizálódik. Fel kell ezek után vetnünk azt a kérdést, miben áll a hypoglykaemiának a beteg kéregterületre kifejtett gyógyító hatása.

Hogy erre a kérdésre válaszolhassunk, először személyre kell vennünk, hogy hogyan viselkedik a vércukor a shok-kezelés alatt. Ezt a kérdést *Sakel* már a módszer kidolgozása alkalmával beható vizsgálat tárgyává tette és úgy találta, hogy a várakozással szemben a shok-mélység nem arányos a vércukor mélységével. *Sakel*-nek ezt a leletét azóta több szerző, így legutóbb nálunk *Horányi*, *László* és *Szatmári* is megerősítette. A vércukor-érték az injectio után általában kb. 2 órával éri el a mélypontját, mégpedig a leggyakrabban 40 mgr. % körül és utána lassan, egyenletesen emelkedni kezd, míg ugyanezen idő alatt a shok fokozatosan mélyül. Jellemző, hogy azonos

értékű vércukor-süllyedés a shok-adagnál sokkal kisebb insulin-adagokkal is elérhető, tehát megállapítható, hogy a shok bekövetkezése elsősorban nem a hypoglykaemia fokától, hanem az alkalmazott insulin-mennyiségétől függ. Kb. hasonló ez a jelenség a physikából ismert kritikus jelenségekhez, így pl. a fagyásponthoz és a fagyás fizikai folyamatához. Ha a vércukor leszáll egy bizonyos kritikus legalacsonyabb fokra, amely egyébként személyenként bizonyosfokú ingadozást mutat, a további insulin-mennyiség nem csökkenti tovább a vércukor-szintet, hanem arra fordíttatik, hogy a szervezet cukorraktáraiból cukrot mozgósítson. Ennek a cukor-mozgósításnak az egyik eszköze az adrenalin-mozgósításban ismeretes is. Ha a szervezetnek ez a védekező visszahatása kimerül, akkor következik csak be a vércukor további süllyedése, majd a halál. A shok illetve a coma okát tehát elsősorban nem a hypoglykaemiában, hanem az előrehaladó cukor-mozgósításban kell keresnünk. Ugy látszik, hogy ebben a cukor-leadásban a szervezet sejtei általánosan részt vesznek és így az idegrendszer sejtjei is szerepelnek. Ha már most az insulinshokról, mint gócvisszahatásról mondotkat felidézzük, akkor egyszerre világossá válik, hogy ebben a cukor-leadásban az idegrendszer sejtjei is szerepelnek. A kórfolyamat által megtámadott agykérgi területek vesznek részt a legkorábban és a legnagyobb mértékben, mert ezeknek az ellenálló képessége részben a sajátos tulfejllettség, részben a kórfolyamat következtében csökkent. Az elfajulásos folyamatban résztvevő és csökkent anyagcseréjű sejtek ezáltal kóros cukoréhség állapotába kerültek, majd a szervezetnek a shok megszakitásakor cukorral történt elárasztása alkalmával mohón cukrot vesznek fel. Azt mondhatjuk, hogy mint ahogy a helyi vérszegénységre következményes vérbőség támad, épp úgy az idegsejtek is a cukoréhségre következményes cukoréhségbe kerülnek a nyugalmi állapotukhoz viszonyítva. Ez a túltelődési szak azonban az elfajuló sejt számára anyagcserelökést jelent, amely a shok-kezelés tartama alatt újból és újból megismétlődik. Az idegsejtek anyagcseréjében történt fenti változás a gyakran még nem is alaktani, hanem csak életvegytani és visszafejlődőképes sejteltváltozások számára a visszafejlődés, esetleg a gyógyulás lehetőségét megadja. Ezzel természetesen az insulin hatásnak azonban csupán az egyik tényezőjét, a cukoranyagcserére gyakorolt hatást vettük tekintetbe, holott az insulinnal a szervezet tengéleti szabályozására gyakorolt általános hatásával is kell számolnunk és itt ismételtlen utalok *Magenau* véleményére.

Végezetül a cardiazol-kezelés hatásmódjával kell röviden foglalkoznunk. A cardiazol, amint tudjuk electiv görcs-okozó mérge. A görcs-kezelés során szerzett tapasztalataink azt mutatják, hogy a cardiazol-görcs ugyszolván kivétel nélkül psychomotoros izgalommal és conjugált deviatióval kezdődik és gyakran adversiv elemeket is feltüntet. Nagy valószínűséggel feltehetjük ennek alapján, hogy a cardiazol támadási pontja a homlokagycsuci és a homlokagyi adversiv mezőkön van. A cardiazol valószínű hatásmódja, amint ezt *Stief* is feltételezi, véredényösszehúzóadás, majd véredénytágulás, illetve agyi vérszegénység, majd következményes agyi vérbőség, bár mi az idegsejtre gyakorolt közvetlen hatástól sem zárkozunk el. Ugy látszik, hogy a cardiazol-visszahatás kiterjedésében bizonyosfokú electivitást mutat, legalább is olyan értelemben, hogy az említett praemotoros kéregre nagyobb mértékben vonatkozik. A hatás ilyen módon és elsősorban egy áramlási lökésben, illetve a megismételt áramlási lökésekben keresendő, ami természetszerűen a még visszafejlődőképes sejteltváltozásokra szintén kedvező hatást

gyakorolhat. Ez a magyarázat teljesen összhangzik azzal az észlelésünkkel, hogy a cardiazol-görcs elsősorban a stuporos formák áttörésére alkalmas, amelyeknek a localisatiója pedig — a sch.-ban az utóbbi időben mindig jobban előretörő agykórtani irányzat szerint — minden valószínűséggel a homlokagyacsucsi kéregterületekre utal.

A Tisza István Tudományegyetem belklinikájának közleménye. (Igazgató: Fernet Béla ny. r. tanár.)

Az ólommérgezések klinikai képe öt eset alapján, különös tekintettel a porphyrin mennyiségi viszonyaira.

Írta: Roth Imre dr., egyetemi tanársegéd.

Az ólommérgezés és porphyria közötti összefüggés a legutóbbi időkhöz vitatott téma volt, miért is az irodalom tele van ellentmondó adatokkal. Schumm ólommérgezés minden súlyosabb esetében porphyrin tudott a vizeletben kimutatni, úgyszintén az esetek nagy részében Goetz is. Ezzel ellentétben Lewy és Weiss az eseteknek csak kis számában. Állatkísérletekben Liebig minden esetben porphyrinuriát tudott előidézni, ha nyulakat ólomcarbonattal etetett, vagy azokat intraperitonealisan glikuronsavas ólommal kezelte. Schwartz ólommal dolgozó üzemi munkásokat vizsgált át porphyrinuria szempontjából; 12 eset közül 11-ben azt emelkedettnek találta. Legutóbb Franke és Litzner a zwickau-i akkumulátorgyár 42 munkását, klinikailag még látszólag egészséges embereket, vizsgáltak át. Mind a 42 esetben a vizelettel kiürített porphyrin-mennyiség a physiológias mértéket jóval meghaladta, egyes esetekben egészen nagymennyiségű porphyrin volt a vizeletben kimutatható. Nem kétséges tehát, hogy a porphyrinuria még a betegség legkorábbi stádiumában is a diagnostikailag leginkább értékesíthető tünetek közé tartozik.

A porphyrinurián kívül, mint korai tünetek, még a következők jöhetnek számításba: a basophyl, szemcsézett vörösvérsejtek megszaporodása, anaemia és a vér emelkedett ólomtűkre, Koelsch a basophyl szemcsézettséget tekintő irányadónak, megállapítása azonban nem maradt ellentmondás nélkül. Hammel chronikus biztos mérgezési eseteiben sem találta meg. Schönfeld szerint hiánvozhat akkor, ha az ólommérgezést egyéb complicatiók kísérik. Az ólomkimutatás pedig a vérben nagy vérmennyiséget igényel. (2×100 ccm. vért. Schmidt és Litzner.)

A magyar irodalomban a kérdés még alig lett megvitattva. Hogy gyakoriak-e az ólommérgezések, arra klinikánk beteganyaga alapján a következő válasz adható: 1935—36-ban 5 esetet volt alkalmunk diagnostizálni és hosszabb ideig észlelni. Az 5 beteg közül csak egy volt olyan, kinél a foglalkozás már kellett, hogy ólommérgezés gyanúját keltse, t. i. nyomdász. A többi négy esetben a diagnosis semmiképen sem lett volna lehetséges a klinikai kép alapján, ha nem vizsgáltuk volna meg a vizeletet porphyrinra, amit az utóbbi két évben minden bizonytalan hasi panasszal jelentkező beteg vizsgálata alkalmával rendszeresen elvégzünk. Az ólommérgezés klinikai képe meglehetősen tünetdús s alig van a tünetek között olyan, amely más betegségekben elő nem fordulhatna.

Az irodalom egy részében még ma is állandóan felbukkan a haematoporphyrin elnevezés, mely Hoppe-Seiwer-től származik. Ez a porphyrin művi úton előállított vasmentes haemin volt, s H. Fischer kutatásai óta tudjuk, hogy ez a természetben sehol elő nem fordul. A vizeletben élettani körülmények között is kiürített porphyrin koproporphyrin. Ólommérgeztettek vizeletében ugyancsak koproporphyrin ürül. A koproporphyrinnak négy izomérje lehetséges, ezek közül minde-

ideig csak a kopro I. és III. nyert fontosságot. A rendes vizelet koproporphyrinja az I. izomérnek felel meg (F'nk). Ólommérgezés eseteiben előforduló koproporphyrinról kiderült, hogy kopro III., ami azt jelenti, hogy a haemoglobin egyenes leszármazottja. Ami a mennyiségi viszonyokat illeti, úgy a vizeletben normalis körülmények között, saját vizsgálataim alapján, a felső határ 0.06 mgr. A vérben a porphyrin töménysége, éspedig mint protoporphyrin, 0.01—0.1 mgr. 1 liter vérben. A széklet koproporphyrin-tartalma 1 mgr-on alul van. (A porphyrinok physiológiájáról, chemiájáról, az egyes porphyrinfajták identifikálásáról, a meghatározási módszerekről bővebben lásd: O. H. 1936. 42. sz.)

Alábbiakban az egyes esetek rövid klinikai kórképén kívül főként a porphyrinek mennyiségi viszonyaival foglalkozunk. Mivel egy közlemény keretén belül az összes felmerült kérdések részletesen nem voltak megvitathatók, a májra, vesére és vízyanyagcserére vonatkozó adatokat és vizsgálatokat külön dolgozat tárgyalja. (O. H. 1937. 38. sz.)

1. O. É. 42 éves nőbeteg, vasuti munkás felesége. Családi anamnesisében semmi lényeges. Állítólag jelen betegségéig mindig egészséges volt. Három hónap előtt betegedett meg, reggelenként hányingert érzett. Különösen az únt fel neki, hogy gyomra semmiféle savanyúságot nem birt el. Rövid idővel ezután gyomor- és bélfájdalmak léptek fel, melyek függetlenül az étkezéstől jelentkeztek, nem voltak görcsös jellegűek. Étvágya romlott, makacs székszorulás kínozza, háromnaponta volt csak széklete. A széklet állítólag egészen sötét színű, majdnem fekete volt. Három hónap alatt 12 kg-ot fogyott. Sápadt lett, gyengének érezte magát. Egy év óta naponta 2—3 üveg szódavizet ivott, melyet otthon gyártott. Szifonüvege állítólag rossz.

Idő	P. napi mennyiség mg.-ban	Vörösvérsejt-szám	Hb. %	Reticulocytá 0/100	Vörösvérsejtek resistentiája	Megjegyzés
3 27	0'680	2.520.000	45	110		
3 28	0'70					
3 29	0'90				0'42—0'34	
3 30	0'63					
3 31	0'80	2.360.000	43	120		Exhepar 10 ccm
4 1	0'60					
4 2	0'25					
4 3	0'30					
4 4	0'56	2.340.000	38			
4 5	0'084					
4 6	0'16					
4 7	0'4					
4 8	0'28				Protoporphyrin	Exhepar 10 ccm
4 9	0'22				a vérben	
4 10	0'38				0'345 mgr	
4 11	0'40				1 literre	
4 12	0'562				számítva	Exhepar 10 ccm
4 13	0'51			115		
4 14	0'49					
4 15	1'00	2.120.000	37			
4 16	0'54					
4 17	0'165					
4 23	0'60				Porphyrin	Exhepar 10 ccm
4 24	1'4				a székben	
4 25	0'48				7'12 mgr	
4 26	0'590				(átlagérték	
4 27	0'49				3 napi	
4 8	0'50				székletből)	
4 29	0'567	2.760.000	56		0'43—0'34	
4 30	0'620					
5 1	0'88					
5 2	0'540					Exhepar 2 ccm
5 3	0'6'0					Exhepar 2 ccm
5 4	0'720	2.950.000	60	120		

Status praesens: közepesen táplált nőbeteg. Testsúlya 74 kg. Bőr és látható nyálkahártyák feltűnően sápadtak. Hiányos fogsor, fogakon kifejezett ólomszegély. Foetor ex ore. Mellkasi szervek physicalis vizsgálata negatív eredményt ad. Has meteorisztikus, az egész nyomásérzékeny. Máj és lép nem

tapintható. Idegrendszer kóros lelet nélkül. Test hőmérsék 36.2 C°, pulsus 78. Vérnyomás 150/80 hg. mm. RR. Vizelet fajsúly 1016, vh. savi, fehérje 0, geny ++, cukor negatív, urobilinogenen ++. Üledékben igen sok fehérvérsejt. A vizeletben ólom a normalis értéknél nagyobb mennyiségben mutatható ki. Wassermann és Meinicke reactiók a serumban negatívak. Vörösvérsejtszám 2.520.000. Haemoglobin 45%, fehérvérsejt 8200. Qualitativ vérvkép: J 3%, S 73%, Eo 3%, Ba 1%, Mono 2%, Ly. 18%. Vörösvérképben anisocytos s, poikilocytosi, polychromasia, megaloblastok és normoblastok. Minden látótérben 1—2 basophyl szemcsézett vörösvérsejt. Retikulocytia 110 ezrelék. Bilirubin a serumban 1.98 mgr%. Westergreen 40 mm. egy óra alatt. Vörösvérsejtek resistentiája: kezdődő haemolysis 0.42% NaCl oldatnál, teljes haemolysis 0.34%-nál. Mellkasi szervek röntgenvizsgálata negatív eredményt ad. A bélhuzamon igen erős spasmusok. Alábbi táblázat áttekinthetően mutatja a napi P kiválasztás mértékét a vizeletben, székleletben, a vörösvérsejt P tartalmát, továbbá a vörösvérsejtszámot, haemoglobint, retikulocytia számot.

2. S. J. 25 éves háztartásbeli nő. Családi és távolabbi anamnesise semmi lényegesebb adatot nem tartalmaz. Két élő gyermeke van, abortusa nem volt. 4 hete beteg. Enyhe, tompa alhasi fájdalmakkal kezdődtek panaszai. — Egy hét múlva erős görcsös fájdalmak jelentkeztek alhasában, hányt is. Az utóbbi időben ezek az alhasi fájdalmak annyira fokozódtak, hogy egyenesen a sebészeti klinikára vétette fel magát, de miután sebészi megbetegedést nála nem találtak, átteszik a belgyógyászati klinikára. Erősen obstipált, széke csak beöntésre van. 4 nap óta vizeléskor is fájdalmat vannak s állítólag többször kell vizelnie is.

Status praesens: Közepesen fejlett és táplált, anaemiás nöbeteg, bőrön és látható nyálkahártyákon subikterus. Késsé hypertrophisált tonsillák. Alsó fogakon ólomszegély. Mellkasi szervek épek. Vérnyomás 120/80 hg. mm. RR. Egész has nyomásérzékeny, különösen az epigastrium és a bal bordaív alatti rész. Máj, lép nem tapintható. Idegrendszer ép. Vizelet: fajsúly 1010, vh. savi, fehérje negatív, geny +, cukor negatív, urobilinogenen +, bilirubin ±; üledékben kevés fehérvérsejt. Testhőmérsék 36.7 C°. Pulsus percenként 84. Vörösvérsejt 2.750.000, fehérvérsejt 8700, Westergreen 10/16 mm. Wassermann, Meinicke reactio a serumban negatív. A körlefolyas röviden a következő: XI. 13-án vérbilirubin 2.6 mgr%, diazo direct elhúzódó. Mellkasröntgen negatív. Este igen heves fájdalmat jelez a symphysis felett, néhány perc múlva azonban az epigastriumban is; atropin novalginra a fájdalom nem szűnik, csak 0.5 ccm. ópiumra. — XI. 16. Gyakori hasi fájdalmak, a fájdalmakat hol az epigastriumban, hol a bal derékban, vagy a symphysis felett jelzi. A gyomorbelhuzam röntgenvizsgálata nem volt keresztülvihető, mert a röntgenkását a beteg kihányta. Nőgyógyászati vizsgálat: retroflexio uteri. — XI. 18. Fájdalmat a beteg mindinkább a bal vese tájra localisálja. Novalgin atropinra a fájdalom alig szűnik. Diastase: vérben 64 W. E., vizeletben 160 W. E. — XI. 19. Uretherkatheteres vizsgálat: teljesen negatív eredmény. — XI. 20. Vizeletvizsgálat: az elsőhöz hasonló eredményt ad. — XI. 21.—XI. 26-ig. A beteg valamivel jobban érzi magát. Vérbilirubin 1.2 mgr%. A vesékről, hólyagról készített röntgenfelvételen semmi kóros nem látszik. Vörösvérsejt 2.400.000. Haemoglobin 55%. Fehérvérsejt 7200. Retikulocytia 72 ezrelék. Vérvképben kifejezett aniso-, poikilocytosis, polychromasia. Basophyl-punctatio. A qualitativ vérvkép kb. normalis eloszlású. Vérnyomás 125/70 hg. mm. RR. A vizeletben ezen a napon először történik vizsgálat porphyrinre, s abban nagymennyiségű porphyrin mutatható ki. A porphyrin mennyiségi viszonyait lásd alább. — XI. 29. Gyomorbelhuzam röntgenvizsgálata: erősen spastikus vastagbélhuzamot mutat. — XI. 29-től XII. 9-ig a beteg exhepar-injectiókat kap. Panaszai nagyrészt megszűnnek s a klinikát úgyszólván panaszmentesen hagyja el. A naponta ürített koproporphyrin-mennyiségek a következőképen alakultak:

XI.	XII.
26. 28. 29. 30. 1. 2. 3. 4. 6. 7. 8. 9. 10. 11.	
2.1 1.97 1.62 1.80 1.60 2.24 2.05 2.64 3.0 3.6 2.25 2.14 1.86 1.78	
mgr.	

Székleletben 6.3 mgr. koproporphyrin (3 napi székl. átlagértéke).

3. S. L. 27 éves nyomdász. Távolabbi anamnesise semmi lényegesebbet nem tartalmaz. 6—8 hete beteg. Kezdetben étvágytalan volt, később, — különösen étkezés után — nyomó, majd csikaró fájdalmak voltak. 4 héttel ezelőtt fájdalmak mellett vakbélműtétet hajtottak végre rajta, mikor is két héti aránylag jól érezte magát, azonban fájdalmak újból felléptek. Fokozatosan gyengült. Sokat csuklik és bőfög. Erős székrekedése van. 5 hét alatt 4 kilót fogyott.

Status praesens: Közepesen fejlett és táplált férfibeteg. Látható nyálkahártyák anaemiásak. Ólomcolorit, fogakon ólomszegély. Bal tonsilla hypertrophias. Mellkasi szervek épek. Vérnyomás 145/70 hg. mm. RR. Pulsus frekvenciája percenként 90. Láztalan. Hasban diffuse kifejezett nyomásérzékenység. Idegrendszer részéről eltérés nem található. Vizelet sötétvörös színű. Fajsúly 1026, vh. savi. Fehérje gyengén pozitív, geny, cukor negatív. Urobilinogenen ++. Üledékben kevés kristály. Vörösvérsejtszám 3.820.000. Haemoglobin 70%. Fehérvérsejt 14.000. Qualitativ vérvkép normalis összetételű. Westergreen 7/19 mm. Wassermann és Meinicke reactio a serumban negatív. Próbareggeli: kb. 50 ccm. közepesen érzett gyomorbennek, kongót nem kékit, HCl 0, összaciditás 10. Mellkasi szervek röntgenvizsgálata negatív eredményt ad. A gyomorbelhuzam röntgenvizsgálata a következőképen foglatható össze: gyomor normalis nagyságú, jó tonusú, alsó pólusa a köldökig ér. Redőzete erősen vaszkos, Bulbus duodeni normalis. 3 h. p. c. a gyomorban félmáradék, duodenalis patkó erősen tágult, vége spastikus. 24 h. p. c. a töltés az alsó ileumkacsokban, a coecumban és a jobb flexurában. Vastagbélhuzam második fele üres. Therapia: 2×1 mgr. atropin, 2-szer sympatol, 10 ccm. exhepar. A körlefolyasát illetően említésre méltó, hogy 14 nap alatt panaszai teljesen megszűntek. A vörösvérsejtszám 4.500.000-re emelkedett. A retikulocyták száma, mely kezdetben 40 ezrelék volt, leesett 27 ezrelékre. A vizeletben kiürült napi koproporphyrin-mennyiségek kitűnnek az alábbi összeállításból:

II. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21.	
2.50 1.72 2.74 2.8 1.93 3.00 2.24 1.82 0.9 0.56 0.62 0.50	
II. 22. 23. 24. 25.	
0.46 0.46 0.64 0.60	

4. B. L. 30 éves földműves. 1936. III. 27-től IV. 11-ig állott klinikánkon megfigyelés alatt. Családi és távolabbi anamnesise lényegtelen. 3 hónapja vannak gyakran gyomortáj fájdalmak, főleg evés után. Étvágytalan lett és állandóan fogy. Székszorulása van. Kb. 4 hete hirtelen erős görcsös fájdalmat érzett hasában a köldöke körül, mely csak ismételt injectióra szűnt meg. Minthogy fájdalmak nem enyhültek, egy vidéki kórházba vétette fel magát, az ottani megfigyelés azonban diagnosishoz nem vezetett. Betegsége alatt kb. 10—15 kg-ot fogyott.

Status praesens: Közepesen fejlett, lesoványodott férfi-beteg. Testsúly 52.4 kg. Hőmérsék 37.5 C°. Anaemiás kinézés. Nyelv bevont, lepedékes, fogakon ólomszegély. Mellkasi szervek épek. Pulsus frekvenciája percenként 70. A hasában erős nyomásérzékenység a köldök körül. Máj, lép nem tapintható. Idegrendszer részéről kóros elváltozás nincs. Vizelet: fajsúly 1012, vh. amphoter. Fehérje, geny, cukor negatív. Urobilinogenen ++, bilirubin +. Vörösvérsejtszám 3.400.000, haemoglobin 80%, qualitativ vérvkép normalis összetételű, a vörösvérsejtekben basophyl punctio. Fehérvérsejt 8400, Westergreen 4/8 mm. Wassermann és Meinicke reactio a serumban negatív. A gyomorbelhuzam röntgenvizsgálata szerint köldökig érő jó tonusú gyomor, peristaltika mindkét görbületen jól végighalad, pylorus jól fenyílik, duodenum normalis. A belek erősen puffadtak, gázal teltek. 24 h. p. c. töltés a transversum közepéig ér. 48 h. p. c. töltés a descendens-sygmampullában, erősen spastikus. A körlefolyasát illetően megemlítené, hogy IV. hó 4-ig naponta vannak igen erős fájdalmak, melyeket inkább a köldök alatti területre localisál. A fájdalmak főképen este jelentkeznek. IV. hó 4-étől kezdve távozásig panaszmentes. A vizelet porphyrin-tartalmát kívülálló okok miatt csak IV. 2-ától 7-éig volt alkalmunk naponta meghatározni. Ezek az értékek a következőképen alakultak:

IV. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
3.6 2.88 3.24 2.8 2.24 2.4 mgr.

A székleletben 14 mgr. koproporphyrin. Ezen érték 3 napi széklelet átlagértéke.

5. Sz. K. 34 éves nöbeteg, háztartásbeli. 1934. I. 31-től II. 25-ig állott megfigyelés és gyógykezelés alatt. Családi és távolabbi anamnesise lényegtelen. 4 hét óta izületei megfájdultak, megduzzadtak, nem tudta őket mozgatni. Nagyobb láza nem volt. Ezen idő alatt egész erőbeli állapota erősen megfogyatkozott.

Status praesens: Közepesen fejlett, mérsékeltén táplált nöbeteg. Mindkét térd csuklóizület, valamint a lábfejek kissé duzzadtak, fájdalmasak. Gyulladásos jelek ellenben rajtuk nem látszanak. Testhőmérsék 37 C°, pulsus percenként 78. Anaemiás kinézés. Hiányos fogazat, a meglévő fogakon ólomszegély. Mellkasi szervek épek. Has puha, besüppedt, diffuse nyomásérzékeny. Máj nem tapintható, lép elérhető. Idegrendszer részéről eltérés nincs. Vizelet fajsúly 1020, vh. savi,

felérje negatív, geny, cukor negatív, urobilinogen ++++, üledékben hámsejtek. Vörösvérsejt 2.500.000, haemoglobin 50%, fehérvérsejt 5600. Westergreen 10/18 mm. Wasse.mann, Meinicke reactio serumban negatív. Vörösvérképben mérsékelt aniso-, poikilocytosis, kifejezett polychromasia. 26 ezrelék retikulocyta. Vérnyomás 135/70 hg. mm. RR. Gyomorbélhuzam röntgenvizsgálata: gyomor normalis nagyságú, alsó pólusa a köldökig ér. Peristaltika mindkét göbületen jól végighalad. Bulbus duodeni szabályos. Nyomásérzékenység diáfusa a hasban, 24. h. p. c. a vastagbélhuzam végéig szabályosan feltelődött, ceruzavékonyra összehúzódott, részben pedig kiürült. Próbareggeli; HCl 5, összaciditás 18. A gyomorbennék közepes mennyiségű nyálkát tartalmaz.

A kórlefolyást illetően II. 3.—II. 25-ig említésreméltó, hogy a bélgörcsök II. 15. után már nem jelentkeztek, úgyszintén az ízületi fájdalmak is lényegesen csökkentek. A vörösvérsejtek száma kimenetel napjáig 4.000.000-ra emelkedett, a haemoglobin 63%-ra. A beteg naponta 2 ccm. ventiepart kapott injectióban. A napi porphyrin-mennyiségeket az alábbi összeállítás tünteti fel.

II. 10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.
2.8	3.3	3.08	2.24	1.4	1.48	1.96	2.2	1.75	1.0	0.70	0.32	0.20
					23.	24.						
					0.18	0.1	mgr.					

Az a sokat vitatott kérdés, hogy a porphyrinuria ólommérgezésre jellemző-e, a leírt 5 eset alapján kétségtelenül pozitív értelemben válaszolható meg. A porphyrinuria foka különböző lehet: legkisebb az első esetben (1.) kb. egyforma mértékű a 2. és 3. (2. 3.) esetben. Legnagyobb fokú az ötödik eset porphyrinuriája (5.). A székletben igen jelentős mennyiségű P ürült az 1. és 2. esetben, legnagyobb mennyiségű a 4. esetben. Az 1. eset vörösvérsejtjeiben a P szintén jelentősen emelkedett.

Ami a klinikai tünetek és a P concentratio közötti összefüggést illeti, úgy az a következőképpen foglalható össze: szoros összefüggés a kettő között nem található. A panaszok fennállhatnak magas és aránylag alacsony porphyrinuria mellett egyforma mértékben. A beteg távozásakor egyik esetben sem volt a vizelet napi P concentratiója még megközelítően sem normalis. Legalacsonyabb volt az 5. beteg porphyrinuriája kimenetelkor: 0.18 mgr., ami a normalisnak még mindig kb. háromszoros; a 4. betegé viszont ugyanakkor 2.4 mgr. volt, tehát egészen magas érték. A betegek ennek dacára is majdnem teljesen panaszmentesek voltak és ólommérgezettségüket csak a P mennyiségi meghatározása árulta el. A kórlefolyásból kétségtelenül kitűnik azonban az, hogy a porphyrinuria nagysága a panaszok megszűntével fokozatosan csökken. Hogy mekkora az a P concentratio, mely egyáltalában még panaszokat okoz, az megközelítőleg sem mondható meg. Igy két chronikus porphyrinuria esetében (megjelent Dtsch. Arch. f. kl. Med.) a vizelet Ptartalma nem érte el egyik ólommérgezettét sem; a panaszok viszont összehasonlíthatatlanul nagyobbak voltak, mint ezen esetekben. Mindkét esetben ugyszólván hasi katasztrófát utánoztak; az ólommérgezett esetek közül midősze egy esetben (3.) voltak a hasi panaszok annyira erősek, hogy nála azok alapján egy vakbélműtét is történt, mielőtt még az ólommérgezés diagnosisa egyáltalában felmerült volna. Ennek a kérdésnek a részletes megvitatása egyébként igen messzire vezetne.

Ugyszintén nem található szoros összefüggés a vörösvérsejtszám, haemoglobin és porphyrinuria között sem. Amint az a táblázatból részletesen kitűnik (1. eset) kezdetben a vörösvérsejtszám állandóan esik, anélkül, hogy a P. emelkedne. A vörösvérsejtek emelkedését viszont nem követi a P. megfelelő mennyiségű csökkenése. A 3. esetben viszont, ahol az anaemia kezdettől fogva kisebb mértékű volt, a vörösvérsejtek száma tényleg jelentősen emelkedett a porphyrinuria egyidejű csökkenésével.

Röviden foglalkoznom kell a therapiával, mely régebben kizárólag tüneti volt s görcsoldószerek alkalmazásában állott. Tapasztalataink szerint az atropin, papaverin, perparin ezeket a bélgörcsök által okozott fájdalmakat alig szünteti. Egyedül a morphium az, amelyik enyhülést hoz, ez viszont centralis analgaesiát okoz. Az ólommérgezés therapiája ma a parenteralis májkezelés. A májkezelés Schreuss és Carrié vizsgálatain alapszik, akik kimutatták, hogy in vitro a máj a hozzáadott porphyrin majdnem teljesen eltünteti. Carrié állatok sulphonal okozta porphyrinuriáját májkezeléssel ugyszólván teljes egészében megszüntette. A mi általunk észlelt esetekben is a májkivonatok hatása legtöbbször nyilvánvaló volt. A görcsök megszűntek, az anaemia javult s némely esetben a porphyrinuria is jelentősen csökkent. Tapasztalataink szerint előnyösebb a májkivonatokat fractionáltan kisebb dosisokban adni, így pl. naponta 2 ccm.-t, mint depotkezelés formájában. A kis dosisokban adott máj hatása nyilvánvalóbb volt, mint a nagyobb dosisokban adottaké.

Nagyon valószínű, hogy az ólommérgezett betegek száma nagyobb, mint amennyit jelenleg diagnosztizálunk. Ajánlatos ezért minden határozatlan hasi panaszokkal észlelt beteg esetében, ahol a panaszok okaként szervi elváltozás nem mutatható ki, a vizeletet porphyrinre vizsgálni.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika urológiai-sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Dózsa Jenő egyetemi magántanár.)

A húgyszervek strepto- és staphylococcus-fertőzéséről.

Irták: Lempert Sándor dr. és Goldner Viktor dr.

A húgyutak különböző megbetegedéseinek jelentékeny csoportját az uropoeticus rendszer olyan elváltozásai alkotják, amelyek baktérium fertőzés következtében jelentkeznek. A genyeltők vagy önálló fertőzést vagy pedig egy meglevő kóros állapothoz csatlakozó geny gyulladást váltanak ki. A fertőzött húgyrendszerben a genyedést okozó baktériumok gyakran más mikroorganizmusokkal együtt fordulnak elő; így a colicystitisben gyakori a streptococcus is; a férfiui uretheritis non gonorrhoeica genyes váladékában nem egyszer igen nagy mennyiségben banális mikroorganizmusokat találunk.

A húgyutak gyulladásait okozó fertőző mikrobák közül leggyakoribb a coli bacillus, ritkább a streptococcus, utána következik gyakoriság szerint a staphylococcus, nagyon ritkán fordul elő a b. proteus, b. pneumococcus és egész elvétve a b. typhi, stb. A húgyszervi genyedések pontos diagnosizálásának megállapításánál mindenekelőtt a kóros váladékban fellelhető csírok elkülönítésére kell figyelmet fordítani, a helyes therapia szempontjából pedig elmulasztathatlan a beteg részek pontos localisálása, majd az elváltozás minőségének és fokának meghatározása. E célból nagyon fontos és elkerülhetetlen, a cystoscopos vizsgálat, esetleg a vesefunctio-, illetve elkülönítve felfogott vizeletek üledékének vizsgálata, a fagyáspont csökkenés meghatározása stb.

Ugy a helyileg, mint a parenteralisan és a peroralisan alkalmazott gyógyszerekkel elért eredményeket igen különböző módon magyarázzák. A szerzők többsége a mikroorganizmusokra gyakorolt direkt baktericid képességnek tulajdonítja az elérhető hatást. Valószínű, hogy a helyi alkalmazásnál a desiniciens gyógyszer által okozott localis leukocytosisnak is lényeges gyógyító hatása van. A belső húgydesiniciens hatásmechanizmusát viszont úgy képzeltük el, hogy a gyógyszer a szervezetbe jutva — változatlan alakban, vagy hatásos componensei

révén — elsősorban a szervezet védőberendezéseit fokozza és csak másodsorban fejt ki általános antisepsist. Ezenkívül a veséken át történő kiválasztás alatt a belső desinficiensek is — természetesen a localisan adott szereknél kisebb mértékben — magában a vesében és az alsóbb húgyutakban lévő g. nyes folyamatokra helyileg is hatnak. Mégis, midőn tisztán helyi genyessedés ellen kell eljárunk és módunkban áll a bakteriumokra helyi kezeléssel hatni, nem nyulunk mindjárt az egész szervezetet igénybevevő belső eljárásokhoz. Annál inkább, mert hiszen, a szert per os vagy injectioban adva, a kiválasztás után elérhető localis bakteriumölő képesség még nagyon kétes értékű. Így azt tapasztaljuk, hogy pl. a húgyhólyag nyálkahártyájának chr. gyulladása, amely egyedül a belső kezelésre alig gyógyul, a helyi therapiával combinált belső kezeléssel gyorsan javul.

Akármelyik felfogást fogadjuk el az antisepticumok hatásának mikéntje tekintetében, bizonyos, hogy a követelményeknek megfelelő tökéletes desinficiens máig sem áll rendelkezésünkre.

A legújabb chemotherapeutikumok az u. n. *szerves festékanyagok*, különösen strepto- és staphylococcusokra hatnak. — Ezek az új vegyszerek, ugyszintén összes származékaik a megejtett állatkísérletek és a klinikai vizsgálatok alapján akár peroralis, akár injectiós alakban jutnak gyógyító adagban a szervezetbe, az élő szövetekre alig fejtenek ki mérgező hatást, de a szervezetnek különböző streptococcus- és staphylococcusokkal történt fertőzését kiválóan befolyásolják. További kísérletek szrint az is megállapítást nyert, hogy mindezek a chemiai anyagok változatlan alakban, majdnem 100%-ban a vesén keresztül választódnak ki. Így tehát a húgyutakban letelepedett egyes bakteriumokra — még erős hígtásban is — pusztítólag hatnak. Ezen anyagok nagy előnye hogy sem a vesehámot, sem a levezető húgyutak nyálkahártyáit nem támadják meg. Injectioban adva, sem általános, sem localis reactiót nem váltanak ki. Ugyanigy peroralis alkalmazásnál a gyomor-béltractusban sem jól létre kellemetlen mellékhatás. A bakteriumokra vonatkozó hatásra nézve itt is megoszlanak a vélemények. Az uropoetikus genyedéseknél, tekintve, hogy ezek a szerves festékanyagok és származékaik, mint bomlatlan vegyületek a vesén át kiválasztás utján, illetve a vizelet révén a húgyszervekkel végig közvetlen érintkezésbe kerülhetnek, tulajdonképen helyi hatást fejtenek ki. Az alsóbb húgyutak megbetegedésénél éppen ezért talán helyesebb volna, ezeket az anyagokat — ha a helyi alkalmazás lehetséges, — inkább helyi instillációk alakjában alkalmazni. Mások véleménye szerint, ezek az anyagok is csak közvetve, a szervezet adjuválasa által hatnak. Lehet, hogy oxydálóképességük t. szí őket alkalmassá a bakteriumok elpusztítására. Ismét mások a microorganismusokra való hatást úgy képzlik, hogy az idetartozó vegyületek a bakteriumok testét megfestve, vagy testébe beivódva, azok életképességét csökkentik. Mindkét elgondolás tehát ezen chemotherapeutikumoknál a *direct baktericid hatást* tételezi fel. A közvetlen fertőtlenítő képesség mellett szól elsősorban az a tapasztalati tény, hogy az ezeket a vegyületeket, illetve a szervezetben való felszívódásuk és kiválasztásuk közben keletkezett bomlási termékeiket tartalmazó vizeletekben a rothadás és erjedés aránylag hosszú ideig nem következett be. Az a tény, hogy az idetartozó vegyületek csak strepto- és staphylococcusokkal szemben fejtenek ki bactericid tatást, viszont amellett is látszik bizonyítani, hogy itt tulajdonképen általános határról van szó. Specificus hatás mellett szólna az a tapasztalat, hogy más bakteriumok ellen hatástalanoknak bizonyultak; ellene szól, illetve a bakteriumokra való indirect ha-

tást és a beteg szervezetre gyakorolt jóirányu befolyást igazolja az a tény, hogy in vitro nem, csak in vivo képesek a gyógyító folyamatokat befolyásolni. Akik tehát ezen szerek indirect hatásáról beszélnek, úgy képzlik, hogy az idetartozó vegyületek (azofestékek és sulfamidok) a szervezet védőberendezéseit támogatják, esetleg úgy, hogy a reticuloendotheliális rendszert képesek activálni, ezáltal pedig a toxicusan ható bomlási termékek eltávolítását siettetik. Ebből magyarázható — egyesek szerint — az *ambesid* és egyéb sulfamidok lázcsökkentő hatása is és ezért tudnak hatást kifejteni a különböző coccus okozta lázas elváltozásokra. Ezek az új vegyi anyagok, mint említettük, tulajdonképen *organicus festékek*, illetve ezek származékai, amelyek ha nem is minden septicus állapotnál, de egyes vélemények szerint nemcsak *biosan*, de *elective* hatnak a különböző strepto- és staphylococcusok — előbbiekre intensívabban — által létrehozott fertőzések ellen.

Az e csoportba tartozó összes praeparatumok-, organicus festékek és sulfamidok- és ezek bel- és külföldi származékai chemiai szerkezetük szerint is közel állnak egymáshoz, rokontermészetű vegyületek. Hatásuk a benzolgyűrűhöz kötött sulfamido-gyömben rejlik. A megejtett kísérletek, egyébként, a beadott azofestékek után az állapot vizeletében szintén találtak nagymennyiségű sulfamidgyököt tartalmazó vegyületet. Mivel pedig laboratoriumi eljárással, reductióval az azovegyületek szintén átalakíthatók sulfamidokká, így feltételezzük, hogy az emberi szervezetben is reductiós folyamatokon mennek át az azofestékek.

Az azofestékek főképviselője a német gyártmányu prontosil. Ez a vörös színű anyag, mely a vizelettel nagyrészt változatlanul választódik ki és a vizeletet, bőrt fehérneműt, ruhát erősen megfesti. Úgy a prontosilnak, mint a hasonló magyar azoszármazékoknak tulajdonképen ez a legnagyobb hátrányuk a rokon sulfamidovegyületekkel szemben. Az azofestékekből fentemlített reductiós chemiai folyamat által nyert francia származékok, a p-aminobenzol-sulfamid és ezek magyar válfajai, mint pl. az *ambesid*, azzal az előnnyel bírnak, hogy teljesen szintelenek lévén, a vizeletet nem festik, tehát sem közvetlen, sem közvetve nem piszkítanak. Az *ambesid* teljes egészében választódik ki a vizelettel és sem a vese, sem a gyomor-béltractust nem izgatja, injectioban adva localis reactiót nem okoz; általában az előírt adag betartása mellett mérgezési tünet nem tapasztalható. Hátránya, hogy — mint a többi sulfamido-vegyület — csak strepto- és staphylococcus ellen fejt ki jótékony hatást, amely hatás sokszor nem állandó jellegű, sőt nem egyszer csak az gyógydöben alkalmazott helyi kezelés mellett érvényesül, máskor csak átmenetileg mutatkozik eredmény.

Az elmondottak figyelembe vétele mellett tettük kísérleteink tárgyává a *Richter-gyár* által forgalomba hozott *ambesid* néven ismert p-amino-benzol-sulfamid praeparatumot. Eredeti alakjában kristályos fehér por, mely melegvizben jól, de hidegben is oldódik. Forgalomba kerül 0.40 gr. hatóanyagot tartalmazó tablettákban és 0.125 gr tiszta *ambesid* tartalmu, intramuscularisan alkalmazható 2 ccm-es ampullákban. Az injectiós anyag viztisza folyadék. A vizeletet nem festi meg. Egy tablettá tartalma 4 db. 2 ccm-es ampulla hatóanyagának felel meg, amit a szer alkalmazásánál nem szabad figyelmen kívül hagyni. Vigyázni kell az adagolással, főleg, amikor a súlyosabb esetekben naponta 3—4 injectiót is adnak belőle, esetleg bizonyos számú tablettával kombinálva. A tablettá hatóanyagára való tekintettel tehát nem lehet a peroralis adagot is ilyen arányban emelni. Ennek könnyen kellemetlen mellékhatások lehetnek a következményei. Ezzel

kapcsolatban és mielőbb tapasztalataink részletes ismeretetésére áttérnénk, szükségesnek tartjuk megemlékezni több külföldi és újabban hazai szakemberek által észlelt u. n. sulfamid-ártalmakról. Ez abban áll, hogy különösen a szer huzamosabb tulzott adagolásánál, egyeseken a *cyanosishoz* hasonló tünetek jelentkeznek, úgy azonban, hogy a bőr egyes helyein látható kékes színeltérő változásokon felül egyéb, a valódi cyanosissra jellemző jelenségek (szív- és légzésbeli zavarok) teljesen hiányoznak. Az ilyen betegségeken azonban a további vizsgálatok néha mélyebbre ható elváltozást is mutatnak. Így a megejtett vérvizsgálat egyesekben a vérfestékek bizonyos, a normálistól eltérését és a vörösvérsejteknek és haemoglobinnak erős csökkenését, ill. sulfhaemoglobin keletkezését mutatja. Ezenkívül súlyosabb esetekben a véralak-elemek részéről egyéb, a vérképző szervek megbetegedésére utaló eltolódásos jelenségei is mutatkozhatnak. A bőrnek jelzett cyanosisa a szer kihagyása után vagy az adag csökkentése folytán többnyire hamarosan elmúlik. Az egyéb jelenségek, főleg a szer további tudagolása esetén nem tüntethetők el oly gyorsan, különösen a mi az imént említett elsősorban vérszegény egyéneknél jelentkező, vértképző csontvelő elváltozását illeti. Ezek esetleg maradandó ártalmat jelenthetnek. Mi ilyen anomáliákat az *ambesiddel* kapcsolatban egy esetben sem észleltünk. Egyik betegünkönél a szer tulhosszú szedése után véres vizelet jelentkezett, amit a beteg localis elváltozása nem indokolt meg. Lehet, hogy a szernek imént leírt mellékhatása magyarázza meg e tünetet is. Meg kell jegyeznünk, hogy megfigyeléseink szerint nem is szükséges túlságosan nagy mennyiséget adagolni az *ambesidből*, mert, mint tapasztaltuk, a megkívánt eredményt már 4—5 napi, pro die 2—3 tableta, vagy napjában adott 1—2 injectio mellett is elérhetjük. Ha ilyen adagolás mellett mégsem mutatkozik megfelelő hatás, úgy az ambesid mellett a *helyi kezelés* folytatása a legcélszerűbb. Ambesidből ilyenkor 1—2 tableta, vagy másodnaponként egy-egy injectio elégséges. Ezt az adagolást, ha nem folytatjuk nagyon hosszú ideig, a betegek jól tűrik és semmi esetre sem jelentkeznek a fent leírt kellemetlenségek. Tudagolás főleg olyankor fordulhat elő, ha a húgyszervi genyeseledést újból, meg újból kiváltó, állandóan ható ok komplikálja. Ilyen esetekben azonban egymagában nem vezethet eredményre, tehát, céltalan is annak erőltetése. Ezért prostata-hypertrophia, vagy egyéb elzáró tényezők esetén jelentkező genyedések mellett nem tartjuk valószínűnek, hogy — ott, ahol a vizelet kiürítésének mechanikus akadály van jelen, ahol tehát a vizelet pangása következtében, vagy a manuális beavatkozás eredményeképpen állandóan elszaporodnak a genyekeltő bakteriumok, — jelentős és végleges hatást tudjunk elérni, akármilyen kémiai vegyületek pusztán bevitelével. Azt hisszük, hogy a sulfamidokkal kapcsolatosan már az is eredmény, ha a genyekeltőket egy időre hatálytalaníthatjuk, mert pl. cystitis esetén a hólyag falának közben meg van a lehetősége a regenerálódásra, úgyhogy visszanyeri normális tónusát és kapacitását, ami az objectiv jelenségek könnyebb elmulasztását segíti elő.

Az ambesidet úgy a kórházi, mint nagy ambuláns beteganyagunknál alkalmaztuk, elsősorban olyan betegeken, akiken a genyes megbetegedésnek mélyreható aetiologiai oka nem volt kimutatható. Csak kisebb számban szerepeltek megfigyeléseinkben olyan betegek, akiknél komoly húgyszervi elváltozás volt a genyes folyamat létrejöttének okozója. Legjobb eredményeket elgondolásunknak megfelelően elsősorban az egyszerű cystitisek és pyelitisek, illetve pyelocystitisek, de még inkább egyes streptococcus-okozta trigonitisek esetén láttunk. Különö-

sen gyors volt a hatás egyes női trigonitisek bakteriális eredetű alakjaiban.

Összesen 64 ambuláns és kórházi fekvő beteget vetünk kezelés alá, akiknek húgyszerveiben bakteriumos fertőzés jelei voltak kimutathatók. Ezek közül 38 férfi és 26 nő, ill. 48 ambuláns és 16 kórházi fekvő beteg volt. Klinikai diagnosis szerint a következőképpen oszlanak meg:

pyelitis: 3
cystitis: 29

(7 gonorrhoeás, 3 strictura urethrae, 1 húgycsődiverticulumban ülő elzáró miatt végzett operatio, ill. Pezzer alkalmazása, 5 hypertrophia prostatae, 4 prostatahypertrophia és hólyagkövek, 1 papilloma vesicae, 1 zsugornolyag, 2. tbc. renssel kapcsolatos és 4 egyszerű cystitis),

trigonitis: 18
urethritis non, vagy postgonorrhoea: 7
prostatitis: 7

(3 prostatitis parenchymatosa, 2 acut prostatitis, 1 chronicus prostatitis és 1 prostatatályog).

Az infectio létrehozásában szereplő bakteriumok szerint:

colibakterium:	26
tisztan streptococcus:	18
staphylococcus:	14
vizeletben koch positiv:	2

A fennmaradó esetekben: 4
többféle mikroorganizmus együtt fordul elő.

A vizelet vegyhatása:

savi:	45
lúgos:	15
amphoter:	4 esetben.

A rendelkezésünkre bocsátott gyógyszeranyagból ambulanciánkon lehetőleg a parenterális adagolást alkalmaztuk. Betegeink naponta, esetleg másodnaponként egy injectiót kaptak. Az intramuscularisan alkalmazott injectio fájdalomtalanak bizonyult és a szerrel kapcsolatban a szervezetre való ártalmas hatást, vagy komoly kellemetlen melléktünetre utaló panaszokat egyszer sem észleltünk. A peroralis adagolásnál a gyomor-béltractus részéről sem tapasztaltunk ártalmas mellékhatást. A kívánt hatás rendszeren már a második, harmadik injectio, illetve a tabletták 3—4 napi szedése után jelentkezett. Peroralisan a beteg, az állapot súlyossága szerint, naponként 2—3 darabot vesz be, mindig közvetlenül étkezés után.

A szer hatását illetően a következőket állapítottuk meg. A vizeleti ingerek száma már a második-harmadik injectio után, tehát a kezelés megkezdésétől számított 3—4. napon lényegesen csökkent. Az a beteg, aki ezelőtt nappal óránként, éjjel 2—3 óránként kényszerült vizelni, pár ambesid bevétele, vagy néhány injectió kezelés után, nappal 3—4 óránként, éjjel csak egyszer, vagy egyszer sem vizelt. Hasonlóképp megszűnt a vizelettel kapcsolatosan jelentkező fájdalom, égető, csipő érzés is. A kínzó tenesmus, mely egyike a beteg legkellemetlenebb érzéseinek, szintén megszűnik, többnyire már az első-második injectiónál.

Betegeink objectiv ellenőrzése alapján megállapítottuk, hogy a vizelet jelentékenyen feltisztult és pedig enyhébb trigonitisnél már 1—2 injectio után, a súlyosabb cystitiseknél és kevésbé súlyos pyelitiseknél néha 4—5 injectio, vagy ugyanannyi napig történt peroralis, esetleg kombinált alkalmazás után. Mikroskóppal vizsgálva, a vizelet üledékében kevesebb geny volt kimutatható, amivel arányosan fogyott meg, ill. tünt el, gyakran teljesen, a kórokozó bakterium is.

A gyógyszer hatása szempontjából — megfigyeléseink szerint — teljesen mindegy, hogy eredetileg savi, vagy lúgos volt-e a vizelet vegyhatása. Ugyanezt mondhatjuk a strepto- és a staphylococcusokra vonatkozólag is, mert

akármelyik által létrehozott megbetegedésnél egyformán szüntenek még a tünetek. Gonococcus által előidézett, illetve gonococcust tartalmazó genyedeéseknél, ez alkalommal csak eivétve használtuk az ambesidot, tehát erre vonatkozólag ezidőszertint véleményt nem adhatunk.

1. F. Gy. 24 éves nő. Egy év óta véres vizelet, nappal hat-szor, éjjel háromszor vizelet. Cystoscopia: Diffus hólyaghurut. Hátsó falon babnyi papilloma. Elektrocoagulatio. 2 hét múlva a vertexen, a leégetett terület még lepedékkel fedett. Subjectiv panaszok: nappal egy óránként, éjjel négyszer vizelet. Vizelet zavaros, kissé vörnyes, gyengén savi, staphylococcus. 3 injectio után vizelet tiszta, inger normális, üledék nincs.

2. Sz. I. 36 éves nő. 1 hónap óta gyakori vizelet inger, nappal $\frac{1}{2}$ óránként, éjjel háromszor-négyszer. Fluor nincs. Vizelet zavaros, vegyhatás: savi, streptococcus. Cystoscopia: általában mérsékeltén hurutos hólyag, ép ureterszájak, tiszta actiók, lobos trigonum. D.: trigonitis. Th.: Ambesid-injectio (másodnapanként) és tabletta (napjában 3 db). A harmadik injectio után nappal 2—3 óránként vizelet, éjjel: egyszer-sem, fájdalom megszűnt, vizelet tiszta.

3. Sz. A. 35 éves nő. Négy hét óta nappal óránként, éjjel 5—6-szor vizelet inger. Állandó szurás a hólyagban. Vizelet homályos, vegyhatás: savi, staphylococcus. Cystoscopia: általában kissé hurutos hólyag bársonyos trigonum, ép ureterszájak, tiszta actiók. D.: Cystitis, trigonitis. Th.: Ambesid-injectio és tabl. 4 nap múlva éjjeli vizelet inger megszűnt, nappal 3-szor, tiszta. Kb. 2 hét múlva subjective ismét kissé rosszabb, objective is némi visszaesés tapasztalható. Ambesiddel kombinált localis kezelésre 2 hét alatt gyógyulás.

4. B. J. 65 éves nő. 3 hónap óta égéssel járó, nappal félóránkénti, éjjel négyszeri vizelet inger. 2 hó óta mindkét vesetájon tompa fájdalmak. Vizelet homályos, vegyhatás savi. Donne: positiv, staphylococcus. Cystoscopia: általában ép hólyag, ép u. szájak, tiszta actiók, lobos trigonum. D. trigonum-cystitis chronica. Th.: Ambesid injectio. A 3. után vizelet tiszta, égés megszűnt.

5. L. I. 28 éves nő. Egy év óta bal vesetáji görcsös fájdalom, görcsmentes időben állandó tompa derék- és bal vese-, illetve uretermenti fájdalmak. Egy hét előtt elakadt a vizelete, katheterezni kellett. Napok óta magas temperaturák: 38—39.5° C. körül. Vizelet zavaros. Donne: +++++, vegyhatás savi, pálcika alakú bacteriumok. Cystoscopia: súlyos idült diffus hurut, több helyen lepedék, vizeletben Koch többször negatív. Functio: Bal $\Delta = -0.78$, Koch negatív, 25—30 leukocyta: Jobb $\Delta = -2.02$, Koch neg. Üledékben vörösvérsejtek. D.: pyelonephritis chr. lat. sin. et cystitis diffusa chr. Th.: Ambesid injectio és tabletta. A harmadik injectio után temperatura 36.6, vizelet inger csökkent, ritkább, fájdalomtalan. Az ambesid kezelés kihagyására azonban a régi status visszatért, úgy hogy többször megismételt ambesid-kúra után, illetve ennek kihagyására történt többszöri visszaesés és a nagy funkciókiesés miatt nephrectomia. (Dósa).

6. M. J. 34 éves férfi. 3 hó óta gyakori vizelet inger ($\frac{1}{2}$ óránként és néha véres), minimális fájdalom a hólyag és mindkét vesében. Cystoscopia: capacitas alig 30—40 gr., súlyos diffus hurutos, lepedékes hólyag, ureterszájakok nem láthatók, vizelet erősen zavaros. Donne: +++++, Koch többször negatív. — Temperatura: 37.9—38.5 D.: Cystitis Th.: Ambesid injectio és tabletta. Eredmény: eleinte hirtelen javulás (nappal 6—8-szor, éjjel 3—4-szer). Egy hét múlva az ambesidot kihagyjuk, 4. nap alatt régi állapot visszatért. A továbbiakban alkalmazott ambesid-kezelések a folyamatot már alig tudták befolyásolni.

7. B. K. 78 éves férfi. Hypertrophia prost. 600 gr. residuum. Lugos vegyhatású, bűzös, genyes vizelet, Donné erősen positiv, streptococcus. Nagyon rossz közérzet. Ambesidre a subjectiv panaszok javulnak. Nagy residuum miatt katheterezésre szorult.

8. H. M. 24 éves nő. Acut gonorrhoea, erős fluor és cystitises panaszok, Ambesidre a hólyaggyulladás panaszok javulnak, gonorrhoea és fluor azonban változatlan.

9. N. A. 44 éves férfi. Stricturea urethrae. Csak filiformissal járható át. A cseppekben, vékony sugárban ürített vizelet erősen genyes. Lassan, fokozatosan tágitjuk, közben ambesid. Subjectiv panaszok javultak.

Eseteink között nagy számmal szerepelnek a trigonum-cystitisek, aminthogy a mindennapi urológiai gyakorlatban is, a különböző urethritisektől eltekintve, főleg

nőknél, ezek szoktak leggyakrabban előfordulni. A trigonitisek — mint az egyszerű cystitisek is — azon elváltozások, ahol gyakran a leggyorsabb és maradandó eredményhez vezetett az ambesid alkalmazása.

A trigonitisek makacs gyógyulási hajlamát egyébként nagyon sokszor a hibás kezelés okozza. A baj rendszerint kellemetlen, sőt kínos vizelési zavarokkal jár. A vizelés rendszerint a mictio végén fájdalmas. A gyakori vizelési ingerekkel kapcsolatosan, de gyakran a vizeléstől függetlenül is szuró fájdalmak lépnek fel a húgycsőben. Vizeletben nem egyszer nagyon sok geny van jelen, más-kor teljesen geny- és bakteriummentes. Cystoscopia nélkül ezt a betegséget tulajdonképpen lehetetlen kórismézni. Hólyagtükörrel a sphincter és a trigonum mutat csak kóros elváltozást, legalább is nem normálisat. A trigonum fejtetőn verbő. A hólyag egyébként ép. Mint tudjuk, az esetek egy részében a trigonitis létrehozásában fertőző csírok egyáltalában nem szerepelnek, ilyenkor a trigonumban leggyakrabban egy kis hyperaemiát látunk, vizelet normális. Ezen körülményeknél a hólyagmosás általában nem vezet célhoz, sőt az állandó katheterezés növeli a hólyagnyak érzékenységét, így az állapot rosszabbodása következik be. Ilyen esetekben sokszor nagyon jó szolgálatot tesznek a beelőleg adott antisepticumok és különösen jó hatással használtuk ezen körforma esetében az ambesidot. Hejnyeg a hólyagmosással sokkal hatásosabb a hólyag be-cseppezés alakjában alkalmazott 1%-os protargol.

Mint minden szakmában, így az urológiai gyakorlatban is nagyon fontos, hogy az a. a. betegségekre fordítsuk a fosulyt. Ezért minden másodlagos hólyageiváltozásnál nagyon egyszerű az a. a. állapotom gondos megállapítása és gyógykezelése mellett az idetartozó vegyületek egyidejű alkalmazása, amelyek segítségével a teljes gyógyulás remelhető.

Az ambesid, rövid ideig tartó megfigyelésünk szerint, főleg az egyszerűbb húgyszervi genyedeéseknél meg-lepően jó eredményt mutatott és szinte specificusan befolyásolta a strepto és staphylococcusok okozta húgyszervi megbetegedéseket. — Különösen a subjectiv tüneteket illetően láttuk nagy hasznát. A vizelési inger legtöbbször gyorsan normálisra száll alá, a fájdalmak pár injectio után megszűnnek, de gyakran a magas lázak is.

Az észlelési idő túl rövid ahhoz, hogy a recidivák tekintetében pontos véleményt tudjunk alkotni. Ugy véljük, hogy minden intravesicalis beavatkozásnál is célszerű lesz praeventive az ambesidot alkalmazni. Ha a vizelet a behatolás előtt tiszta volt, akkor legtöbbször megelégszünk a peroralis alkalmazással, viszont genyes vizeletnél feltétlenül ajánlatos az injectio beadása, illetve mindkét adagolási módnak együttes alkalmazása.

Minden új gyógyszer, vagy gyógyeljárás elbírálásánál felmerül a kérdés, hogy a hatásmechanizmus jelent-e újítást, továbbá, hogy a szer alkalmazása megközelíti-e azt a célt, mely minden kezelésnél a legfontosabb: az ok kikapcsolását. Végül, hogy a betegség gyógyítása szempontjából egyáltalán célravezető-e és hogy alkalmazása nem jár-e akár helyi, akár általános ártalmas következményekkel? Mindezekre a kérdésekre, — úgy véljük, — a fentiekben elég kimerítő felvilágosítást kaptunk és ezért az ambesidot bizonyos elővigyázatos adagolási rendszabályok betartása mellett, véleményünk szerint, sikeresen fogjuk használni úgy az általános, mint az urológiai gyakorlatban.



Dicodid

a legerősebb
köhögést
csillapítja.

10 tableta à **0.01** g, ered. csom. (P. 1.80)

10 tableta à **0.005** g, ered. csom. (P. 1.30)

20 tableta à **0.005** g, ered. csom. (P. 2.40)

S. 2-3 szor naponta 0.005-0.01 g, csak étkezés után bevenni.



KNOLL A.-G., Ludwigshafen am Rhein.
Képvisező: Wack Keresztély, Budapest IX., Rákos-utca 4.

4707—1937. sz.

A sarvasi járás főszolgabírájától.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

A csabacsüdi községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása a 62.000—1926. B. M. sz. és az ezt módosító rendeletekkel csökkentett illetmények és a vármegyei szabályrendelettel megállapított rendelési és látogatási díjak.

A pályázati kérvényeket a „Népegészségügy” című hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül a m. kir. Belügyminiszterhez címezve nálam kell benyújtani.

A kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: a) születési anyakönyvi kivonatot; b) hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítványt; c) a magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt; d) az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; e) egyetemi leckekönyvet; kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; f) a tisztiorvosi, vagy községi orvosi képesítést igazoló okmányt; g) polgári közszolgálatban alkalmazást igazoló okmányokat; h) közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló újkéltű tisztiorvosi bizonyítványt; i) a katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; j) az esetleges szakképzettséget igazoló okmányokat; k) az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokat.

Közszolgálatban álló pályázók az említett követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi lappal igazolhatják.

A kérvényben a pályázónak nyilatkoznia kell arról, hogy közhivatalokban, közintézetekben és közintézményekben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betölt-e, vagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervet és az élvezett járandóság összegét meg kell jelölni.

Ezen nyilatkozatot nélkülöző, valamint a határidőn túl beérkezett kérvényeket figyelembe nem vehetem.

Az 1936:IX. tc. 12. §-a értelmében községi orvossá ezáltal még olyan orvost is ki lehet nevezni, aki tiszti, vagy községi orvosi vizsgát nem tett. Az ilyen orvos az említett képesítést a kinevezés napjától számított 3 éven belül megszerezni köteles, különben állását veszti.

Az állást a kinevezésig, ideiglenesen, az általam megbízott helyettes tölti be.

Sarvas, 1938. január 4.

Uhrin dr. s. k. főszolgabíró.

Infuenza, fertőzőes, lázas megbetegedés esetében Germicid souverain szernek bizonyult. A Germicid erélyes belső desiniciens, amely a szervezetben bakteriumok bomlástermékeivel könnyen alkot vegyületet, leköti, közömbösíti a bakteriumok toxinjait, ezzel magyarázható a Germicid hatására beálló biztos és tökéletes láztalanodás. Számos klinikai és kórházi osztályon szerzett tapasztalatok bizonyítják, hogy a Germicid hatványozott mértékben csökkenti és gyorsan szünteti meg a lázat és erélyes belső desiniciens hatása mellett fájdalomcsillapító hatása is van. A közérzetet gyorsan és jelentékenyen javítja. Infuenza, lázas, fertőző betegségek, typhus abdominalis és rheumatikus megbetegedéseknél, stb. akár kup, akár tableta alakjában feltűnő jó eredménnyel rendelhető. A betegség időtartamát jelentékenyen megrövidíti. Influenzánál prophylaktikusan is kitűnő szolgálatokat teljesít.

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

SEVENALETTA -CHINOIN- SEVENALETTA

Az „Aktedron”-ról.

A Chinoin Tudományos Osztályának közlése.

Nemrégiben forgalombahozott *Aktedron* készítményünk iránt rendkívüli érdeklődés nyilvánul meg. Az *Aktedron*-nak gyógyszerkincsünkben elfoglalt *különleges helyzetével* magyarázható, hogy több oldalról intéztek hozzánk kérdést az alanti pontokba foglaltakról:

1. Mi a különbség az *Aktedron* és az eddig ismert euphoricumok (alkaloidák, alkohol, stb.) hatásmódja között?

2. *Aktedron* használatának lehetnek-e káros testi-lelki utóhatásai?

3. Mik az *Aktedron* javallatai a mindennapi gyakorlatban?

4. Hogy adagoljuk a szert?

1. Az eddig ismeretes euphoricumok és az *Aktedron* között az a lényeges különbség, hogy míg az előbbiek, melyeket találóan neveznek kábítószereknek, az agykéreg működését *tompítják*, addig az *Aktedron* az agykéreg működését *fokozza*. Az előbbiek euphorizáló hatása a zavaró lelki tartalom jelentkezésének elnyomásán és a kritika csökkenésén alapul. — hatásuk alatt a beteg eltávolodik a valóság tényeitől egy, vágvai szerint berendezett, tehát kellemes „álomvilágba”. Az önértékelés hibás lesz, a beteg nagyra, erősnek érzi magát, természetesen anélkül, hogy valójában az lenne és szükségét érezné ereje, tehetsége hasznosításának. Az *Aktedron* hatására viszont — éppen ellenkezőleg — az agykéreg működése élénkül: a megfigyelés javul, a gondolatársítás meggyorsul és tettvágy jelentkezik. Mindezek folytán a beteg könnyebben tud megbirkózni a rárótt feladatokkal. *A kábulat helyett inkább „kitisztult” szellemi állapotba jut az egyén és az euphoria a megnövekedett szellemi teljesítőképesség tudata által előidézett jó közérzetet.* A kábítószeres euphoria és az *Aktedron* euphoria közt lényegbeli különbség van és ez az, hogy az *Aktedron*-euphoria *physiologiás jellegű* a szellemi functiók teljes épségben maradásához kapcsolódik.

Az *Aktedron* hatását még leginkább a coffein hatásához lehetne hasonlítani, annál azonban erőteljesebb és tartósabb. Különbség mutatkozik *Aktedron* javára abban is, hogy a felélénytéshez szükséges nagy coffein adagok igen gyakran kellemetlen, szorongó hangulatot és erőteljes diuresist idéznek elő, melyek *Aktedron*-nál mind hiányzanak.

2. A kábítószerek káros szellemi és testi utóhatásai közismertek. Kábítószerek használata az euphoria utáni csillapíthatatlan vágyat vál ki, mely újból és újból a mérgehez nyúlni kényszerít. A szervezet védekezik: a mérget egyre gyorsabban bontja el, ennélfogva egyre nagyobb adagokra lesz szükség. A mérge elhagyása tűrhetetlenségig fokozza a mérgeiséget, a kábító hatáshoz hozzászokott szervezet viharos szellemi és szervi reakciókkal felel.

Ezzel szemben az *Aktedron* hatása a féltékeny és önbizalomban szűkölködő egyénnek megmutatja, hogy tud olvan munkát is elvégezni, amelyre magát képtelennek tartotta, hogy gátlásait sajátmaga át tudja törni. A gátlásokkal megbirkózni tudás az önbizalmat növeli, a betegben győgvíthatóság tudatát kelti és psychotherania alkalmazásával (vagy anélkül is) a kóros állapot tartama valóban meg is rövidíthető. *Aktedron* alkalmazása után gyógyszerészség nem lép fel és hatása — mint azt széleskörű klinikai tapasztalatok bizonyítják — nem gyengül hosszabb alkalmazás esetén sem. Abstinenciás tüneteket úgyv szintén nem idéz elő.

Felmerült az a kérdés is, hogy az *Aktedron* használata jár-e szervi ártalmakkal. A válasz erre határozottan tagadó lehet: nem ismerünk olyan megbetegedést — ide értve a szív és vérkeringés functionalis zavarait, valamint organikus elváltozásait — amely az *Aktedron* alkalmazású vagy kúraszerű alkalmazását ellenjavalltá tenné. Hipertóniánál óvatosan adható.

3. Az *Aktedron* ismertett tulajdonságaiól levezethetjük javallatait a mindennapi gyakorlatban:

Eaészséaes egyéneknél nagyobb szellemi eliesítmények előtt és átmeneti lehangoltság ellen, újjel végzett munka, szolgálat előtt kifáradás lálmosodás megelőzésére.

Psychoneurotikusoknál gátlások megszüntetésére, a következményes depressio megfékezésére. Félelmi és kényszerneurosisok, neurastheniás szellemi és testi fáradékonyság, stb.

Climacteriumi depressiók esetén. Házi, e aládi ápolásban hagyott *könnyebb endogen depressióknál*, mint pl. melancholia és circularis elmezavar depressiók szaka.

Schizonhrenia könnyű, gátoltsággal, con entrálóképtelenséggel járó esetei, katatonia.

Alkohol-, cocain- és morphinelvönás abst nentialis tünetei.

Postencephalitises parkinsonismus szellemi és physikai tünetei.

Myasthenia gravisnál az izomerő fokoz. sára.

4. *Aktedron*, ha helyesen adagoljuk, mel ékhatásokat nem okoz. A helyes adagolás irányelvei: 1. Kis kezdő adag (fél tablett), melyet óvatosan, fokozatosan (pl. féltablettával) emelünk az esetenként különböző optimalis adagig. Egy napra egy tablett rendszerint elegendő, de szükség esetén adhatunk napi 2—4 tablettát is. 2. Az *Aktedron*-t sohase adjuk este vagy késő délután: kisebb adagot *regael*, nagyobb adagot két részre osztva: reggel és délelőtt vagy közvetlenül ebéd után vétetünk. Ha túlérzékenységet vagy helytelen adagolás következtében mégis melléktünetek (szívdobogás, szorongás, álmatlanság) lépnének fel, a kezelést nem kell félbeszakítani, legfeljebb az adagot átmenetileg csökkenteni, mert a tapasztalat azt mutatja, hogy a melléktünetek ismételt adagolásakor elmaradnak.

A szer *ellenjavallt* izgalmi tünetekkel járó állapotokban, kivéve a morphin-, cocain- és alkoholelvönó kúrákat, ahol euphorizáló hatása következtében megnyugtatólag hat.

A Pázmány Péter Tudományegyetem orr-, gége- és fülklini-
kájának közleménye. (Igazgató: Lénárt Zoltán ny. r. tanár.)

A Prontosil értékéről a felső légutak septikus megbetegedéseiben.*

Írta: *Bajkay Tibor dr.* egyetemi magántanár.

A septikus megbetegedések kezelésében nagy nehézségekkel kell megküzdünk. Ilyen esetekben a szervezet ellenállóképességének a fokozása, a kórokozókkal szemben a specifikus immunitás növelése, valamint a betegséget kiváltó vírusok ártalmatlanná tétele, illetőleg ezek megsemmisítése a feladatunk. Ez utóbbi célt különböző kémiai anyagoknak a szervezetbe juttatásával igyekezünk elérni. A chemotherapiában eddig nem állott olyan szer a rendelkezésünkre, amely a kórokozókkal szemben eredményes baktericid hatást fejtett volna ki.

Az I. G. Farbenindustrie az utóbbi időben *prontosil* név alatt olyan praeparatumot állított elő, amely a streptococcusokra (a staphylococcusokra kevésbé) specifikus hatású festékanyagot tartalmaz és amely a septikus megbetegedések gyógyításában az eddig használatos szerknél — tapasztalataink szerint — hatékonyabbnak bizonyult. A *prontosil* tablettákban és oldatban kerül forgalomba. Gyógyszertanilag indifferens, ártalmatlan készítmény, amely a gyomor-bélhuzamból jól felszívódik és úgy subcutan, mint intramuscularis és intravenás injectiókra alkalmas. Melléktüneteket, kellemetlen következményeket nem okoz, a szív működését, vérnyomást, légzést, idegrendszert és a vese működését a nagyobb adagok sem befolyásolják. Egyes szerzők közlése szerint az igen súlyos betegek a *prontosil*-tabletták bevétele után gyomortáji nyomásról, étvágytalanságról és rosszulétről panaszoktól (*Anselm, Gantenberg és Thimme*). E panaszok *Gantenberg és Thimme* szerint *magnesia usta* adagolásával megszüntethetők, *Anselm* mégis súlyos esetekben az intravenás injectiót részesíti előnyben. Nagyobb adagoknak huzamosabb használata után a bőr kissé narancs-sárga színt ölt, a vizelet pedig sárgássá, vagy sárgászövrössé válik. Ezek a tünetek azonban gyorsan eltűnnek, ha a szer adagolását beszüntetjük.

A *prontosil* angina, peritonsillitis phlegmonosa, lymphadenitis, thrombophlebitis, jugularis thrombosis, otitis media és erysipelas eseteiben alkalmazható. *Gantenberg és Thimme* acut középfülgyulladásban és genyes mastoiditisben szenvedő 5 éves leánynak a műtét után gyorsabban bekövetkező gyógyulását a *prontosil*nak tulajdonítja. Egyesek a *prontosil* műtétek előtt prophylaktikus célból is adagolják. *Schranz* szerint anginák esetében a *prontosil*-tabletták toroköblítőszerek gyanánt is használhatók; *Plaut-Vincent* angina esetében pedig a toroköblítés mellett 3 napon át 20 ccm. intravenás *prontosil*-injectiót is ajánl a szövődmények elkerülése céljából.

A *prontosil* adagolása szempontjából nem alakult még ki egységes eljárás. A szerzők nagyobb része napjában háromszor 1—2 tablettát (1 tablettát 0.3 gr. hatóanyagot tartalmaz) és egy-kétszer 10—20 ccm. 0.25%-os intravenás injectio alkalmazásával érte el a legjobb eredményeket. *Imhäuser* és *Scherber* könnyebb esetekben naponta 20, súlyosabb esetekben pedig 40 ccm. intravenás *prontosil*-injectiót adott, a láz megszűnése után pedig néhány napon keresztül 20 ccm. 0.25%-os injectiót végeztek, ezenkívül napjában három-négyyszer még 2 tablettát is vétettek a beteggel, *Imhäuser* szerint az acut tünetek lezajlása után az injectiók elhagyhatók; ilyenkor elegendőnek bizonyul a szer peroralis adagolása is. Ha valamely oknál fogva az intravenás injectio nehézségbe ütközik, meg kell elégedni a tabletták adagolásával, amelyekkel szintén jó eredmény érhető el. *Schranz* túllépi az *Imhäuser* és *Scherber* által ajánlott adagokat és olykor 5—6 napon át naponként 60 ccm. intravenás injectiót ad, anélkül, hogy melléktüneteket vagy thrombosit észlelt volna. Az említett szerzőkkel szemben *Anselm* egy-kétszer 20 ccm. intravenás injectiót ajánl napjában. Végül egyesek — így *Schreus* — a kezelést rendszerint tabletták adagolásával kezdik meg és csak súlyos esetekben alkalmazzák ezenkívül injectiókat is.

Az orr-, gége- és fülklinikán a felső légutak septikus megbetegedéseiben és az orbánc gyógyításában alkalmaztuk a *prontosil*t és általában jó hatását tapasztaltuk. E tapasztalataink mások észleléseivel is megegyeznek. *Klee* és *Römer* szerint valószínű, hogy a *prontosil* korai és rendszeres adagolásának tulajdonítható, hogy az utóbbi időben a vena jugularis alakítását elkerülhették és betegek mind meggyógyultak. Tapasztalataink szerint azonban a sepsisek előrehaladott eseteiben, amikor már keringési zavarok és pyaemiás áttételek jelentkeztek, a *prontosil* nagy adagjaitól sem várható kedvező fordulat. Megfigyeléseink szerint az intravenásan alkalmazott kisebb adagnak gyorsabb a hatása, mint az ennél nagyobb peroralis dosisnak; ha azonban tartós hatásra van szükség, akkor a *prontosil*t per os kell adagolni. Erysipelas kezelésében a *prontosil*nak úgylátszik, specifikus hatása van, mert adagolására a láz a 3—4. napon lezár, a betegek közérzete, étvágya javul, a bőrpír néhány nap alatt elhalványodik és gyógyulás következik be.

Az egyetemi orr-, gége- és fülklinikán a *prontosil*t eddig 16 betegben alkalmaztuk. Eseteinket és eredményeinket az alábbi táblázat tünteti fel:

Diagnosis	Esetek sz.	Műtét	Tabletta	Injectio	Gyógyult	Meghalt
Laryngitis submucosa	2	—	2	—	2	—
Phlegm. laryngis	2	2 tracheotomia	2	—	1	1
Peritons. phlegm. Oedema laryngis	4	1 tracheotomia 1 exstirp. tonsill. 2 incisio	2	2	4	—
Peritons. phlegm. Phlegm. colli	1	Collaris mediastinotomia	1	—	—	1
Phlegm. retrophar. Oedema laryngis	2	2 incisio	2	—	2	—
Lymphad. absz. colli. Oedema laryngis	1	1 incisio	1	—	1	—
Phlegmone colli. Sepsis	1	Collaris mediastinotomia	1	—	—	1
Corpus alienum oesoph. et peri-oesophagitis	1	Oesophagoskopia	1	—	—	1
Erysipelas	2	—	1	1	2	—
Összesen	16	12	13	3	12	4

A 2 laryngitis submucosában szenvedő férfibetegnek naponta háromszor 2 tablettát *prontosil*t és jégtömlőt rendeltünk, melynek következtében a láz négy nap alatt lezáralt és az oedema eltűnt.

Mindkét gégephlegmoneban szenvedő betegen tracheotomiát kellett végezni; utána napjában háromszor 2

*) A Magyar Fül- és Gégeorvosok Egyesülete IV. nagygyűlésén Debrecenben, 1936. évi június hó 28-án tartott előadás nyomán.

prontosil-tablettát vétettünk. Az egyik 42 éves férfibeteg a negyedik napon láztalan lett, a phlegmone tünetei visszafejlődtek és ezért a canült eltávolítottuk. A másik, 60 éves férfi, betegségének tizedik napján septikus tünetekkel jelentkezett. A láza állandóan 39 °C körül ingadozott. Prontosil, urotropin, excitantiák hatástalanok maradtak és a beteg a műtét utáni negyedik napon szívgyengeség tünetei mellett meghalt. Sectio nem történt.

A 4 peritonsillitis phlegmonosa- és oedema laryngisben szenvedő beteg közül az egyik 36 éves férfin tracheotomiát végeztünk. Néhány napi javulás után hirtelen magas láz támadt, amikor tíz napon át naponként egyszer 20 ccm. prontosil-injectiót adtunk. A hatodik napon a beteg láztalan lett, közérzete megjavult és az oedema visszafejlődésnek indult; a canült a műtét után három héttel bedugaszoltuk és újabb két hét eltelte után eltávolítottuk. A másik 42 éves férfin naponta háromszor 2 prontosil-tablettát és jégtömlőt rendeltünk, de a phlegmone fokozódott, melyet bemetszettünk. Geny bőven ürült, a beteg állapota azonban nem javult és ezért a bal tonsillát felületi érzéstelenítésben exstirpáltuk. A műtét után kedvező fordulat állott be és a beteg a tizenkettedik napon gyógyultán távozott. Az egyik 25 éves nőbeteg naponta 3-szor 2 prontosil-tablettát, a másik 32 é. nőbeteg 10 ccm. intravenás prontosil-injectiót és jégtömlőt kapott az incisio után. Geny egyik esetünkben sem ürült. Betegeink a negyedik napon láztalanok lettek, a peritonsillaris infiltratio visszafejlődött, a gégeoedema eltűnt és gyógyulás következett be.

54 éves férfibeteget peritonsillitis phlegmonosa és phlegmone colli miatt septikus állapotban vettünk fel a klinikára. A jobb tonsilla környéke belövelt volt, amely felett a három nappal előbb, másutt végzett incisio helye látszott. A nyak jobb oldala duzzadt, fájdalmas volt és tapintáskor sercegést éreztünk. A collaris mediastinotomia alkalmával a nagy erek kiproeparálása után az ér-
hüvely mögül bűzös, gangraenás savós váladék ürült. Naponta háromszor 2 prontosil-tablettát rendeltünk. A beteg másnap meghalt. A boncolás mediastinitis phlegmonosát, phlegmone colli gangraenosát és perikarditis fibrinosát derített ki.

Phlegmone retropharyngeale és oedema laryngis miatt egy 70 éves férfi és egy 61 éves nő állott kezelésünk alatt. Mindkét esetben a bemetszés után nagymennyiségű geny ürült. Az előbbi esetben naponta háromszor 2, az utóbbiban pedig háromszor 1 prontosil-tablettát rendeltünk. A gyulladás visszafejlődése és a láztalanság a férfibetegen négy, a nőbetegen pedig nyolc nap múlva következett be.

Lymphadenitis abscondens colli és oedema laryngis miatt 40 éves férfi jobboldali elgenyedti nyaki mirigyét incidáltuk, amely után este a jobb arcfélre kiterjedő fájdalmas duzzanat fejlődött ki és láza 39 °C fölé emelkedett. Ekkor 1 prontosil-tablettát adtunk. Reggelre közérzete lényegesen megjavult, láza csökkent és az arc duzzanata visszafejlődést mutatott. A harmadik napon a gégeoedema eltűnt és a sebből sem ürült váladék.

47 éves septikus állapotban lévő férfibetegen jobboldali nyaki phlegmone miatt collaris mediastinotomiát végeztünk. A musculus mylohyoideus rostjai között a szájfenék felé haladva, bőségesen ürült a geny, mely a mandibula belső széle mentén elhelyezkedett, körülbelül kismányi tályogból származott. Ezután a mediastinum felé haladva, a jugulum mögül is bő genyes váladék ürült. Az alszáron purpura haemorrhagica volt megállapítható. A betegnek naponta háromszor 2 prontosil-tablet-

tát rendeltünk. Állapota azonban változatlanul súlyos maradt, sensoriuma állandóan zavart volt. Prontosil, trypaflavin, chinin, dextrose, cardiazol hatástalanok maradtak és a beteg meghalt.

49 éves férfinak oesophagusában állítólag nagyobb csont akadt meg. Az oesophagoskopia alkalmával a nyálkahártyán sérüléseket találtunk, anélkül, hogy csont lett volna a nyelőcsőben. A lázas betegnek naponta háromszor 2 prontosil-tablettát és cardiacumokat adtunk. A beteg öt nap múlva szívgyengeség tünetei mellett meghalt. A boncolás a bifurcatio magasságában oesophagus-perforatiót, 7 cm. hosszúságban nekrosist és mediastinitist állapított meg.

Erysipelas miatt 2 nőbeteg állott kezelésünk alatt. Az egyik 49 éves nőnek epipharynx-carcinomája és a nyak jobb oldalán tojásnyi mirigye volt. A tizenharmadik röntgenbesugárzás után a jobb vállán orbáncot kapott. Ekkor naponta háromszor 2 prontosil-tablettát rendeltünk, amely a negyedik napon láztalanságot és gyógyulást eredményezett. A másik 55 éves nőbetegnek garat-orbánc miatt három napon keresztül 20 ccm intravenás prontosil-injectiót adtunk, amely a negyedik napra gyógyulást eredményezett. A beteg láztalan lett és a torok belöveltség teljesen eltűnt.

Eseteinkben a prontosillal elért eredmények általában jók voltak. A beteg állapotában már a prontosil első adagjai után kedvező fordulat állott be és a láz többnyire a negyedik napon megszűnt. A lázas állapot csak egy esetünkben tartott hat és egy ízben nyolc napig. Négy halálos kimenetelű esetünk az előrehaladott és igen súlyos fertőzéssel magyarázható. A két orbáncban szenvedő betegünkön is a prontosil hatása következtében a lefolyás enyhébb volt és rövidbb ideig (négy napig) tartott. Hasonló eredményekről számolnak be Gantenberg és Thimme, Gmelin, Klee és Römer, Scherber, valamint Schreus. Az erysipelas kezelésében Scherber jó eredményt ért el a prontosil és omadin együttes adagolásával. Közlése figyelmet érdemel és ezért kipróbálását tervbe vettük a klinikán.

Therapiánk a streptococcusok által okozott betegségekben új chemotherapeuticummal gazdagodott. A kezelés egyszerű. A gyógyszer, amely ártalmatlan mellékhatásokat nem okoz, a septikus megbetegedések és ezek complicatióinak gyógyításában további alkalmazásra, illetőleg kipróbálásra alkalmas. Bár esetünk száma kevés ahhoz, hogy végkövetkeztetést vonhassunk le, eddigi tapasztalataink, valamint az ide vágó közlések alapján remélhető, hogy az eredmények annál jobbak lesznek, minél hamarabb kezdjük meg a prontosil adagolását. Megfigyeléseinket folytatjuk. Eddigi eredményeinket azért ismertettük, mert a prontosil alkalmazása és szélesebb körben történő kipróbálása kívánatosnak látszik.

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. Soós Aladár: Étrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; Horváth Boldizsár: A gyakori crvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P; Kunst János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal, 6,50 P helyett 5,50 P. Vásonba kötve 8 P helyett 7 P; Issekutz Béla: Gyógyszerrendelés 8 P helyett 6 P; Rigler Gusztáv: Közegészségtan és járványtan tankönyve 25 P helyett 5,70 P; Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala 86 oldal 2,50 helyett 2.— P.; Krepuska István: a füleredetű agytályogok kór- és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.

A Pázmány Péter Tudományegyetem Általános Kórtani és Bakteriologiai Intézetének és a M. A. B. I. orvosi laboratóriumának közleménye.

Mikor használjuk a Read-formulát alapanyagcsere-meghatározás helyett?

Írta: Illényi András dr.

Benedict és *Harris*, ugyszintén mások részletesen foglalkoztak a pulszszám és az alapanyagcsere összefüggésével, *Beall* és mások a vérnyomással való kapcsolatát mutatták ki, *S. Marion Read* hangsúlyozza először, hogy a vérnyomást és a pulzust együttesen vizsgálva, közelebbi összefüggést találunk az alapanyagcserevel, mintha a kettő közül csak egyiket vennénk figyelembe. Formulája szerint $(P+0.9 Pny) \cdot 0.683-71.5$ a pulszszámból és vérnyomásból az alapanyagcsere nagyságára lehet következtetni. Nagyon sokan vizsgálták meg ezt a kérdést klinikai szempontból. *T. C. Hunt* szerint 51 %-ban egyezik a Read-formula alapján számított érték az alapanyagcsere utján nyert értékkel, 6 %-ban magasabb, 40 %-ban alacsonyabb volt. *Eason* 50 %-ban találta a Read-formula alapján számított értéket az alapanyagcsere értékkel megegyezőnek. A Read-formula használhatóságáról a hazai irodalomban *Kemény* számol be. A Read-formula módosítását súlyviszonyok tekintetbevételével ajánlja *Hank*.

A „M. A. B. I.” beteganyagán a Krogh vizsgálatra küldött betegek alapanyagcserejét válogatás nélkül vizsgáltam meg mind Krogh készülékkel, mind a Read-formulával, pulszszámból és vérnyomásból a fent megadott képlet alapján. Vérnyomás méréseket a *Plesch*-féle oscillotonometerrel végeztem. A vizsgálatra küldött 135 beteg közül 69-en egyezett a Krogh érték a Read féle formula alapján kapott értékkel, ami 51.8 %-nak felel meg, 66-on nem egyezett. Ezek az adatok megegyeznek az irodalmi adatokkal.

A továbbiakban ebből a beteganyagból kiválogattam azokat az eseteket, ahol a Krogh-vizsgálat normalis alapanyagcsere értéket mutatott, abból a célból, hogy egészséges emberen nézzem meg azt, hogy a Read érték és a Krogh utján kapott alapanyagcsere érték mennyiben egyezik. Ezeket az értékeket a táblázat mutatja.

Sorszám	Read formula	Krogh ért. 0/0-ban
1.	- 3.3	+ 4
5.	+ 3.2	+ 4
8.	+ 6.4	+ 6
11.	+ 2.0	+ 7
15.	- 0.1	+ 9
16.	+ 2.6	- 1
17.	+ 2.0	+ 8
18.	+ 2.9	- 1.8
20.	- 0.3	- 4
25.	+ 0.4	0
32.	+ 5.5	+ 10
33.	+ 5.9	- 11
36.	+ 8.9	+ 3
56.	+ 3.2	0
63.	- 2.6	- 6
71.	0	- 5
81.	+ 1.5	- 14
85.	+ 0.2	+ 14
92.	+ 8.3	+ 4
98.	+ 6.2	+ 5
101.	+ 2.9	+ 7
103.	+ 8.7	+ 1
107.	+ 3.0	+ 7
109.	+ 9.0	0
114.	+ 6.4	+ 8
115.	- 5.6	- 7
119.	- 1.5	- 1
120.	+ 0.2	- 2

M = + 2.71 ± 3.77; PE = 0.4 M = + 1.57 ± 6.42; PE = 0.81

Ha a táblázat adatait átvizsgáljuk, azt látjuk, hogyha a Krogh érték normalis alapanyagcsere-t mutat — ± 12%, — akkor a Read formula alapján kapott érték is normalis alapanyagcsere-t jelez — ± 12%, — ami azt jelenti, hogy a Read féle formula alapján kapott érték egészséges emberen egyezik a Krogh vizsgálat alapján kapott alapanyagcsere értékkel.

Ezekből az eredményekből kiindulva a Read féle formula használhatóságát a következőkben látom:

Igen előnyösen használhatja a Read formulát a gyakorló orvos arra, hogy a betegeket két csoportra ossza; rendes alapanyagcserejű és kóros anyagcserejű betegekre. Ha rendes anyagcsere-t észlel, fölöslegesnek látszik a Krogh vizsgálat épen a fenti adatok alapján, ami igen nagy jelentőségű a beteg anyagi, stb. megterhelése szempontjából. A normálistól eltérő Read érték esetén azonban feltétlenül elvégzendő az alapanyagcsere meghatározás, mert a rendestől eltérő Read eredmény nem jelent mindig kóros kilengést; pl. vitiumok esetén nagyobb pulzus szám mellett magasabb Read értéket kapunk anélkül, hogy az alapanyagcsere tényleg megváltozott volna. A fenti statisztika alapján tehát ily módon kereken az esetek felénél fölöslegessé válik az alapanyagcsere vizsgálat.

Az anyagcsere laboratóriumban dolgozó orvosnak szintén kitűnő segédeszköze lehet a Read formula annál is inkább, mert a Krogh készülékben is történhet hiba. Párhuzamos vizsgálat esetén azonban épen a Read formula alapján kapott érték lehet az, mely felhívja figyelmünket a helytelen értékre; ezért a Krogh vizsgálat mellé ép úgy bevezetendőnek tartom a Read formula alapján kapott értéket, mint ahogyan a Wassermann-proba mellé általában bevezették a Meinicke, stb. reakciókat.

A gr. Tisza István Tudományegyetem Belklinikájának közleménye. (Igazgató: Fonet Béla ny. r. tanár.)

A pneumoduodenalis vizsgálatról.

Írta: diósadi Elekes György dr., belklinikai tanársegéd.

A duodenum és a vele szomszédos szervek vizsgálatára szolgáló eljárások között legkevésbé ismert és méltányolt a pneumoduodenalis eljárás, amely levegőnek a duodenumba juttatásából áll.

Sokszor üres hasátvilágításkor lehet látni levegősapkát a duodenumban, különösen duodenalis fekély, duodenalis diverticulum esetében, a pars horisont. inf. stenosisakor, atoniás bulbusban. *Akerlund* patkóbéldaganat esetén is talált levegősapkát. *Mayo* egy esetében a duodenum stenosisa folytán az előtte fekvő duodenalis rész, valószínűleg pylorus insufficientia miatt, a gyomor-felfúváskor levegővel telődött fel, ami homokóragyomrhoz hasonló homokóra duodenumot hozott létre.

A. Schmidt 1902-ben oxygent, *Becher*, *Levy* és *Dubois-Reymond* levegőt, *Immelmann* széndioxidot vitt be a patkóbélbe vizsgálat céljából duodenalis szondán át. *Hollitsch* a gyomrot szórával és ac. tartar.-al felfújva, a beteget bal oldalára fekteti s kézzel tölti fel a duodenumot. *Nordwig* a beteget hátán fekteti, fejjel kissé lefelé lejteti s a gyomrot szondán át felfújva, a levegőt kézzel masszírozza a duodenumba, másik kezével a jobb flexurát lenyomja. *W. Teschendorf* a vizsgálat előtt pépet nyelet, hogy a pylorus záródjon, egyidejűleg felvételt és átvilágítást végez, előbb hátulról, felülről előre lefelé. *Bär* kettős szondát vezetett be, egyiket ballonnal, ezt felfújva elzárta a patkóbélet, mialatt a másik, rövidebb szondán báriumot vitt be. *Stegemann* és *Hoesch* a felfúvást epe-

hólyagtöltéssel kapcsolta egybe. *Stegemann* szerint a felfúvás a sugárfogó anyagot kipréseli, tehát kétélű.

Teschendorf, *Baustrup*, *Pribram* és *Kleiber* felfúvást és báriumképet alkalmaztak egyidejűleg. *Hüpert* ezt fől-vétel-el bővítette. *Buckstein* a báriumot levegővel kever-ten juttatta be.

Az elnevezések között legjobbnak találtam *Pribramék* „pneumoduodenum” elnevezését. Jó még *Hüpert* pneumo-relief és *Nordwig* pneumobulbus elnevezése.

A debreceni belklinikán vizsgálatainkat 67 esetben végeztük, kiegészítve vele a gyomor, bél röntgenezést, colonfelfúvást, epehólyagtöltést, sugárfogó beöntést stb.

A vizsgálatot a következőképpen végeztük:

A jobb oldalán fektetett beteggel a puha duoden. szondát addig nyeletjük, míg biztosan a duodenumba nem ért. Álló helyzetben átvilágítás közben fújtattunk be 50—100—200 cm³ levegőt. A vizsgálat 7 ízben nem sikerült, hányás, nyáladzás, nagyfokú gyomorptosis miatt. Rosszullétet és ájulást 1—1 ízben láttunk. Égés, görcsök, miket *Bromfield* és *Polland* írtak le, nem fordultak elő. Duod. ulcus és duoden. diverticulum esetén elvi meggon-dolások alapján óvakodtunk a vizsgálatról, teljesen indo-koltnak tartva *Albrecht*, *Assmann* és *Matthes* hasonló felfogását. Viszont *Bär*, *Pribram*, *Pribram* és *Kleiber*, *Hüpert*, *Nordwig* szép és pregnans ulcus-képekről szá-molnák be.

Az eljárás alkalmasnak látszik az epehólyag és patkóbél körvonalának, mobilitásának, helyzet-, alak- és nagyságváltozásának vizsgálására, továbbá bizonyos da-ganatok (pl. pankreasfej-tumor) elkülönítő diagnosti-kájára.

Ha az epehólyagtól balra levő tumorárnyék mellett az epehólyag a rendesnél nagyobb, de éles szélű, mobilis, az epehólyagból kiinduló neoplasma ellen szól (1786—1931; 1321—1932; 860—1933; 245—1934. sz. eseteink). Tanácsos ilyenkor a pankreasfej cc.-jára gondolnunk. Egy esetünk-ben (860—1933.) a duodenalis patkótól balra levő tumort lehetett a felfúvás segítségével pontosan meghatároz-nunk Cc. capitis pankreatisnak. *Buckstein* akkor gondol pankreasrákra, ha a duodenalis ív megnagyobbodott. Két esetünkben az epehólyag nyaki, cistikus részének (245—1934. sz.), ill. in toto (616—1933. sz.) történt tágulatát mutatta s így irányította figyelmünket egy mögötte levő daganatra. Utóbbi műtétileg igazolt pankreasfej rák volt.

A máj alsó, ill. mediális szélének élességét, a máj nagyság-változásait nagyon kontrasztosan figyelhetjük meg felfúváskor.

A duodenum fala, amint nagyon gyakran megfigyel-hettük, a befúváásra egyenletesen tágul, utána újból össze-esik, mint ezt *Teschendorf* is megállapította. Nem tud-juk megerősíteni *Pribram* és *Kleiber* megfigyelését, akik szerint a felfúvás, mint enyhe inger contractiókat kelt.

További fontos tere ezen eljárásnak az adhaesiók kimutatása. *Teschendorf* jellemzőnek tartja duodenalis, vagy periduodenalis falelváltozásra a duodenum pillanatnyi telődését vagy a duodenum valamely betapadt részén a kontrakciók megakadályozását.

Pribram és *Kleiber* szerint viszont az adhaesio okozta conturelváltozások a felfúváskor eltűnnek. A 33. sz. vizsg. esetünkben a cholecystographia szerint az epe-hólyag alapján összenövéseket tételeztünk fel, de mivel felfúváskor a hólyag mozgékonynak mutatkozott, az ösz-szenövést negáltuk. A 64. sz. vizsg. esetünkben viszont a felfúvás a duodenalis patkó jobbra- és hátrahúzotttságát mutatta ki, melynek valószínű oka összetapadás. Máskor (34. sz. vizsg. eset) az epehólyag húzta magához a pylorust.

A pneumoduodenum jól mutatja az epehólyagnak nemcsak megnagyobbodását, hanem megkisebbedését ill. zsugorodását is. Ugyanis a 292—1932; 971—1932; a 46. sz. vizsg. esetünkben lithos mellett a hólyag rendes nagy-ságú volt, a 647—1932, 667—1933, 1975—1934, 233—1934 és 634—1934. sz. eseteinkben pedig egyenesen megnagyobbo-dottnak látszott az epehólyag. Különösen áll ez zárókö esetére. Öt esetünkben a hólyagot egyáltalán nem láttuk (159—1932, 681—1932, 423—1933, 287—1934, 1985—1934. sz.), végül egy esetben zsugorodottnak látszott. Ezen adatok arra látszanak mutatni, hogy a Courvoisier-tünet, mely szerint epehólyagkö esetén az epehólyag kisebb, sőt zsu-gorodott, nem tekinthető általános érvényességűnek.

A vizsgálatot nem végeztük egyidejűleg cholecysto graphiával, mint azt *Hoesch* ajánlotta és *Stegemann* óva-tosan ajánlotta.

Az irodalmat és saját vizsgálataink eredményét ösz-szefoglalva, a duodenalis felfúvást ajánljuk kiegészítő eljárásnak egyéb szokásos duodenalis és epehólyagvizsgá-ló módok mellett, különösen összenövések, finomabb eltérések tisztázására, még pedig az egyes szerzők aján-lottá módosítások közül a megfelelőt választva. Végül, amit alig méltattak eddig figyelemre, a pankreasfej da-ganatainak korai diagnostikájában véleményünk szerint igen fontos, sőt döntő jelentőségű lehet.

LAPSZEMLE

Sebészet.

A regulatorikus növekedésbeli lágyulások eredetéről. *Schneider Erik.* (Arch. f. Klin. Chir. 188. 91.).

Az aseptikus porcsont-elhalások eredete a regulatorikus növekedésbeli zavarok beigazolásával nyert magyarázatot. A kísérleti eredmények megegyeznek a klinikai tapasztala-tokkal, amennyiben 3 lehetőségéről van szó: 1. vitamin-szegény táplálkozás; 2. hormonális zavar, mely a vitamin-anyagcsere kormányzására van hatással; 3. fertőzések, amelyeket vitamin-hiány kísér. Az orvos ténykedési tere ezek leszőgezésével ki-tágult. A mechanikus tüneti kezelés mellett az egyes esetek-ben az ok megkeresésével aetiologia szerint is kell kezelni.

Rosta Lajos dr.

A belső térdizületszalag sérülései. *K. Krömer.* (Zbl. f. Chir. 1937. 15.).

A belső térdizületszalag sérülései súlyosságuk szerint 4 csoportba oszthatók: 1. elastikus tágulás; 2. részleges szakad-ás; 3. teljes szakadás; 4. teljes szakadás, melyhez a kereszt-sza-ágok szakadása is járul.

A tünetek alapján az egyes csoportok jól elkülöníthetők. A csoportokba osztás a terapiát illetően is célszerű. Az első két csoportba tartozó esetekben elég egy zinkenyv kötés lábszárra és elastikus kötés a térdizület köré, a harmadik csoportba tartozóknak 12 hétig, a negyedikbe pedig 16 hétig tartó teljes ágynyugalom biztosító gypskötés szükséges, melyben a térdizület 170 fokban rögzítésék. A rögzítésnek tö-kéletesnek kell lennie, amit a többi izületekben kivitt moz-gások alkalmával is jelentkező fájdalmasság mutat. Utókeze-lés activ mozgásokból áll, passiv mozgatás és massage ellen-javalt.

Szabolcs dr.

Szülészet.

A praesacralis idegek resectiója a makacs dysmenorrhoea kezelésében. *Cotte.* (Am. Journ. of Obst. and Gyn. 1937. 33. 6. 1034.).

A műtét az ú. n. functionális dysmenorrhoea gyógyításá-ra alkalmas, ezért a kedvezőtlen eredmények oka vagy a hiányos műtéti megoldásban, vagy az esetek helytelen kivá-lasztásában keresendő. A méh fejlődési rendellenességei, adeno-myosisa, a méhkiért, a petefészkek, a hüvely és végbél közötti sővény endometriosisa, a nemiszervek egyéb, még sokkal ki-fejezettebb elváltozásai által kiváltott dysmenorrhoea meg-szüntetésére a műtét nem jár sikerrel.

A 12 év alatt több mint 300 esetben végzett műtete közül 2 halálos kimenetelű volt (halálok: heveny tüdőszövőd-mény). A műtét rovására írható közvetlen, vagy későbbi hasi szövőd-mény, záróizmok működési zavara nem fordult elő, 2 esetben nem észlelt javulást; 4 esetben részleges, egyébként teljes gyógyulást sikerült elérnie. A műtét után tehe beesett 50 nő szülése szövőd-mény nélkül zajlott le.

Kriszt József dr.

C-vitaminhiány a terhességben és a gyermekágyban. W. Neuweiler. (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 1937. 116. 1.).

A szervezet C-vitamin tartalmának meghatározását van Eekelen, Emmerie és Wolff módszere szerint a vér ascorbinsav szintjének megállapításával végezte. Ha a szervezet C-vitaminnal telítve van, akkor a vér ascorbinsav tartalma átlagosan 1.2—1.4 mg%; 0.6—1.2 mg%-os érték még rendesnek tekinthető, 0.4—0.6 mg%-os ascorbinsav érték praescorbut jele, 0.4 mg%-nál alacsonyabb ascorbinsav érték csak scorbutos betegek vérében található. Ismeretes, hogy a terhesség alatt könnyen C-vitamin elégtelenségbe kerülhet a szervezet. Még inkább fenyegeti a C-avitaminosis veszélye a szoptató anyákat, mert szervezetük a tejrel igen sok C-vitamint veszít, ez a veszteség magyarázza a gyermekágyasok vitaminhiányon alapuló megbetegedéseit (általános fáradtság, fogak romlása, vérszegénység.). Szerző összesen 167 esetben végzett összehasonlító ascorbinsav meghatározásokat egyrészt terhes és nem terhes nők, másrészt szoptató és nem szoptató gyermekágyasok vérében. A vizsgálatokat a tavaszi hónapokban végezte, amikor könnyebben juthat a szervezet C-vitaminhiány állapotába. Az összehasonlító vizsgálatok eredményeképpen megállapítja, hogy a terhesek között elsősorban a falusiakat fenyegeti a C-vitaminhiány, kiknek táplálkozása a városiakénál kevésbé változatos. A terhességi C-hypovitaminosis egykorra gyakorisággal észlelhető először és ismételt terheseken. A rendszeresen szoptató gyermekágyasok gyakrabban jutnak a C-vitaminhiány állapotába, mint azok, kik csak keveset, vagy egyáltalán nem szoptanak. A szervezetnek a terhességben, de még inkább a gyermekágyban gyakran előforduló C-vitamin elégtelensége miatt különösen a téli és koratavaszi hónapokban nagy gondot kell fordítani a táplálék megfelelő összeállítására. C-vitamin elégtelenség súlyosabb eseteiben az étrend megfelelő beállításán kívül még valamely C-vitaminkészítmény (pl. redoxon Roche) is adagolandó a terheseknek és gyermekágyasoknak.

ifj. Mauks Károly dr.

Szemészet.

A chalazionról s annak az ametropiához viszonyáról. Robert Georges, (Ann. d'Ocul. 174, 473.).

A francia szerző, miután összefoglalja a chalazionról ismereteinket s a keletkezéséről szóló teoriákat, hangsúlyozza, hogy miként igen sok conjunctivalis és szemhéjszélei bántalom, úgy a chalazion keletkezésében is jelentékeny szerepet játszik a két szem közötti fénytörési különbség. E megbetegedések nagy százaléka jó correctiois tüveg viselése után rendszerint spontán gyógyul, ami a kapcsolat tényleges voltának bizonyítéka. Ilyen esetekben tehát a refractio vizsgálata s a hibák corrigálása aetiologiás gyógyításnak tekinthető.

Bíró Imre dr.

Az egyoldali degeneratio pigmentosa retinaeről. Schupfer. (Boll. Ocul. 16. 557.).

Schupfer, aki már évek óta foglalkozik a deg. pigm. ret. vel, legújabb cikkében az egyoldali esetekről értekezik. Saját észlelései előtt ismerteti a féloldali eseteket és ezzel kapcsolatosan hangsúlyozza, hogy csak azokat lehet tisztán egyoldali megbetegedéseknek elismerni, amelyekben az egészséges szemben a bántalomnak legcsekélyebb jele sem található, s ez az intakt állapot éveken át sem változik meg. A bántalom okát a féloldali deg. pigm. ret. esetekben is ugyanúgy kell kutatni, illetve feltételezni, mint a kétoldali megbetegedésben. Két alkalommal ovarium-kivonat és C-vitamin adagolásra javulást látott.

Bíró Imre dr.

Az orbitán belüli és az orbitamögötti daganatok differenciáldiagnosisa. Theil, (Schweiz. Med. Wschr. 1937. II. 200.)

A szerző három esetével kapcsolatosan részletesen tárgyalja az orbitán belüli és az orbitán kívüli (koponyántrii) daganatok elkülönítő kórisméjét. Fontos útmutatónak tartja a nyomásemelkedés kiindulásának szempontjából azon körülményt, hogy az orbitán kívüli tumorok esetében rendszerint a

látóidegfő nasalis, intraorbitalis tumorok esetén pedig a látóidegfő temporalis felén kezdődnek a pangásos jelenségek. Közvetlenül a szem mögött lévő daganatok a szemet hátulról előre nyomva tengelyhypermetropiát, az oldalágosan elhelyezkedő tumorok viszont tengelymyopiát és astigmatismust okoznak. Így fontos és minden alkalommal mellőzhetetlen az orbita és környékének röntgen-felvétele.

Bíró Imre dr.

Gyermekgyógyászat.

A diphtheria gyors bacillaris diagnosisa. Cosak. (Dtsch. Med. Wschr. 1937. 34.).

A breslauer városi gyermekkórházban 550 esetben alkalmazta a Folger-féle gyors eljárást a diphtheriabacillus gyors kimutatására. Ezt az eljárást ugyanolyan megbízhatónak találta, mint a Loeffler-serum kultúrát. Az eljárás lényege a következő: a szokásos váladékvételhez használatos vattával ellátott pálcikát steril serumba mártjuk és a vattához tapadó serumot lang felett óvatos melegítéssel coaguláljuk. Közvetlenül ezután váladékot veszünk és a pálcikát a koagulatortozó üvegcsőbe visszahelyezzük. A táptalaj maga a vattán tapadó coagulált serum. A csövet 4, esetleg 6 óráig 37 C°-on tartjuk. 4—6 óra múlva tárgylemez praeparatum készítenek, amely Neisser szerint festendő meg. Positiv esetekben 4 óra múlva már igen kifejezett a bacillaris festődés, csak 5%-ban volt szükség 6 órai tenyésztésre.

Tevelő Zoltán dr.

A polyomyelitis terapiájához. Askani. (Kinderärz. Pr. 1937. 8.).

A königsbergi gyermekklinika 1927—1936-ig 43 polyomyelitis került megfigyelésre. A gyermekek kora 6 hó és 12 év között volt. A legtöbb gyermek életkora 2 és 5 év között volt. A megbetegedés első három napján mindössze csak 5 gyermeket hoztak be az intézetbe, de már ezeken is kifejlődött bénulást észleltek. 25 esetben egy, vagy kétoldali alsó végtagbénulást, 12 esetben has- és háztömbbénulást, 13 esetben fejszövetghüdes, 3 esetben rekeszizombbénulást, agyidegbénulást aránylag ritkán észleltek. Minthogy a legtöbb eset nem kerül korai időben intézetbe, reconvalescens serumot csak 6 esetben alkalmaztak. Ezek közül 3 teljesen meggyógyult, 1 lényegesen javult, 2 állapota változatlan maradt. A szerző kérdésesnek tartja, hogy reconvalescens serum hatásának tulajdonítható-e a gyógyulás, ill. a javulás. Anélkül reconvalescens serumot nem adtak, ott einte tüneti kezelést, fény, majd farados áramot, massaget, diathermiát alkalmaztak. E serummal nem kezelt 37 gyermek közül 4 teljesen gyógyult, 11 lényegesen, 7 mérsékelten javult, 13 nem javult, 2 meghalt.

Voini Gyula dr.

Bőrgyógyászat.

A Chediak-féle szárazvér-reactio gyakorlati értéke. M. Voss. (Derm. Wschr. 1937. 38.).

Az utóbbi időkben, különösen sorozatos vizsgálatok meg-ejtése céljából, előtérbe került a Chediak-szárazvér-próba. Különböző klinikákon két év óta van használatban ez az eljárás. Kezdetben ez a reactio sok eltérést mutatott Wa. r.-tól, ami a technikai kivétel rovására írható. Szerző Dahr előírása szerint járt el. Az extractumot csak hűvös és nem hideg helyen tartotta. 3—4 hónapnál régebbit nem használt. Sohasem kapott nem specifikus, positiv eredményt. 380 esetet magába foglaló táblázatából kitűnik, hogy kapott eredményei általában egyeznek az egyéb serologiai vizsgálatok eredményeivel. Eltérés csakis antisiphilises kezelésben részesült gyengén positiv, továbbá syphillis congenita és neurolyes esetekben volt, amikor a szárazvér-próba negativ eredményt adott. Szerző a régebbi statistikáknál jobb eredményei alapján alkalmasnak tartja a Chediak-reactiót tájékoztató diagnosiz szempontjából. Gyakorló orvosnak nem ajánlja az eljárást a szükséges körülmények, technikai felszerelés és felkészültség miatt.

Skutta Arpád dr.

Adatok a generalizált keratodermiák pathogenesiséhez. H. Dölkín, Danzig. (Derm. Wschr. 1937. 42.).

Tizenöt éves leány betegségének kórtörténetét közli, kinek családi kórelőzménye negativ. Kifejezetten állítja, hogy első börtünetei a menstruatio jelentékesekor észlelte. Öt évvel azelőtt tonsillektomia. Felvételtkor az arc és törzs bőre vérbő. A bőrpír az alsó végtagok felé ivalakban élesen, úszónadrágszerűen határolt és csak részben összefolyó piros foltok alakjában. Az arc és törzs bőrén számos fillérnyi, fehér, vékony, középtű tapadó, a széli részeken elálló pikkely lát-

ható. A hajlatokban a bőr lichenifikált, rajta számos sárgába hajló fehér, részben barna csomó látszik, amelyek hegyes alakban, gombostűfej-köles mekkoraságban a bőr szintje fölé emelkednek. Hasonló hegyes, de piszkosbarna színű csomók láthatók az alkar és alszár feszítő oldalán a szőrtüszők helyén, ezeknek egy része hajszállal átfürt. Tenyéren és talpon a szaruréteg pergamentszerűen megvastagodott. Esetében generalizált keratodermiával állunk szemben, melynek klinikai tünetei erythroderma ichthyosiforme congenitale (Brocq), továbbá keratosis suprafolicularis és a pityriasis rubra pilaris egyidejű fennállása mellett szólnak, amit szerző fényképen is bemutat. Aetiologiai szempontból az elszarusodásnak csiraplasmatikusan feltételezett zavarát veszi fel, amely az első havi vérzéssel válik nyilvánvalóvá és vezetett 3 morfológiailag különböző bőrváltozáshoz. Progynon és chrysalobin együttes kezelésre az elszarusodás jellege megváltozott, amennyiben a szőrtüszők helyén lévő csomók lapszeinti ichthyosialis alakot öltenek. Progynonból a B. oleosum forte készítményből 20 nap alatt 30 g-ot adott, ami 300.000 benzoat-egységnek felel meg. A menstruatio e nagy progynon-adagokra sem változott meg.

Preininger Tamás dr.

Csukamájolajos kenőcskezelés diabeteselek végtaggraenaája esetén. H. Dibold és L. Falkensammer. Wien. (Dtsch. Med. Wschr. 1937. 46.).

A diabeteselek a gangraenában szenvedő betegek között különleges helyet foglalnak el: a környező gyulladásos folyamat csekélyebb, a szövethalás és a beolvadás viszont kifejezettebb lehet, mint egészséges anyagcseréjű egyénekén. A sepsisveszély diabeteselek esetében nagyobb. Új kezelési módot ez okból cukorbetegre csupán elővigyázattal szabad alkalmaznunk. Diabeteselek alsó végtagjainak gangraenája kezelésében a Noorden által lefektetett alapelvek mérvadók: abszolút nyugalom, szigorú konyhaszegény koszt, az anyagcsere fokozása, insulint nem mindig adnak, mert az az edényekre ártalmas lehet és a fojradék felhalmozódásának kedvezhet; a fekély felületének kiszáritása dermatollal. Tilos az elhalt szövetnek nedves kezelése. Fár év óta a fájdalmak ellen és mint edényszert hosszantartóan alkalmazzák a padutint, vagy lacarmolt. Körülhatárolja a sebészi beavatkozás eseteit. Szerzőnek sikerült az utolsó évben pár beteget műtét nélkül meggyógyítani, kiken ujj-gangraena, az ízület megnyílása, csontsequestrálódás és inroncsolódás következett be. A sebészek közlései alapján felbuzdulva szerző csukamájolaj-tartalmú kenőcsöt és olajat alkalmazott ezekben az esetekben. 6 rövid kórtörténetet közöl, mely esetekben könnyű és középsúlyos diabeteselek szenvedő betegeken felületes nekrosis és gangraena állott fenn. Eddigi tapasztalatai alapján a diabeteselek alsó végtagjainak gangraenája megfelelő esetekben unguentolannal és csukamájolajos metuvitannal kezelhetjük és így a műtéti területet szűkebbre szoríthatjuk. A gyógyulási tartam megrovidül. Súlyos edényváltozásban, felületes nekrosisban szenvedőkön a dermatolos száraz kezelés veszélytelennek és eredményteljesnek látszik.

Fülöp Gyula dr.

Urologia.

Állandó katheter használata a prostat hypertrophia idült retentiós hólyagtágulásos szakának kezelésében. M. G. Baldéri. (Journ. d'urologie, 1937. 44. köt. 5. sz.)

Tizenöt prostatás betegen, akiknek chronikus vizeletretentiójuk és hólyagtágulásuk volt, ellenőrizték úgy a vérértéknek, mint a vizeletnek pontos laboratóriumi vizsgálatával a veseműködés viselkedését, a katheter által történő tehermentesítés alatt és után. A vizsgálatokkal kapcsolatban összehasonlítást tettek a cystostoma, az egyszerű gyors lecsapolás és a közölt módszer között. Ezzel tapasztalatai alapján arra az eredményre jutott, hogy az állandó katheterrel történő lassú és fokozatos tehermentesítés a vesének a beteg állapotát lényegesen jobban és megbízhatóbban javítja, a veseműködést jobban regenerálja, mint a cystostomiás műtéttel történő gyors tehermentesítés. Igen fontos, hogy az állandó katheterrel történő fokozatos csapolás mellett nem kívánatos és kellemetlen incidensek, mint pl. a vérzés ex vacuo és a vesének a hirtelen tehermentesítés általi működési zavara, nem fordul elő.

Török Sándor dr.

Az acut epididymitis kezelése érzéstelenítéssel. Kulenkampff. (Münch. Med. Wschr. 1937. 30.)

Evek óta használja erősen feszülő, fájdalmas epididymitis esetében 2-4%-os novocain oldat befecskendezését a funiculus érzéstelenítésére. A beteg oldalon a funiculus lefutásá-

nak megfelelően injectiók tüvel rászúr a symphysisre és néhány köbcentiméter novocaint becskendez be. Pár perc múlva beáll az érzéstelenítés, a fájdalom teljesen megszűnik és utána a here is gyorsabban megkisebbedik (symphticus benuás). Az ritkán fordul elő, hogy a befecskendezést többször kellene megismételni. Különösen jól hat prostatások katheter-epididymitis esetén. Gümös mellékherelyulladás esetén nem alkalmazta, mert nem igen volt rá módja. (Ref.: Gümös mellékherelob nem fáj.) A hatást a véredénygörcsök oldódásával és ennek következtében fellepő jobb vérelátással magyarázza.

Babics Antal dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die Knochenbildung. Stefan Krompecher. (Gustav Fischer-Verlag, Jena, 1937. 150 oldal, 101, részben színes ábrával. Ara: 12 RM.).

A monographia Krompecher István budapesti egyetemi magántanárnak csontfejlődési vizsgálatait foglalja össze. Egy külön fejezetben Peryész Sándor kórházi igazgató főorvos a csonttörések sebészi kezelésével foglalkozik és Krompecher vizsgálati eredményeinek gyakorlati felhasználhatóságát ismerteti. Krompecher chondralis, desmalis és primaer angiogen csontosodást különböztet meg. A chondralis csontfejlődés esetében a csontszövet a porc sejtközötti állományból megmaradó irányító gerendákon fejlődik, a desmalis esetében kötőszöveti rostok közt képződik, végül a szerző által felfedezett primaer angiogen csontosodás alkalmával pedig érdus mesenchymában alakul ki és semmiféle idegen szövet nem épül be. Hogy a három csontosodási mód közül hol melyik fordul elő, az a növekvő csontfelsz. nen érvényesülő mechanikai behatásoktól függ. Ha a növekvő csontfelsz. nyomás alatt áll, chondralis, ha húzás alatt, akkor desmalis, viszont, ha sem nyomó, sem húzó erő nem hat rá, primaer angiogen a csontosodás. A húzó és nyomó erők nagy jelentőséget igen szellemes kísérlettel igazolja szerző. Kuttyák mesterségesen eltört csontjai chondralis, vagy desmalis csontosodással forrtak össze, attól függően, hogy a törvégek nyomás, vagy húzás alatt állottak-e. E vizsgálati adatokból szerző a csonttörések kezelésének irányelveire vonatkozó következtetéseket von le. A rendes viszonyok között nyomás alatt álló csontok törésének gyógyulásánál a porcos callus az előnyösebb, ami a törvégek összevarrásával érhető el. Viszont a főleg húzásnak kitett csontok törvégei a callus nyújtásával gyógyíthatók össze előnyösen. Mindezek felül szerző számos észleletet ír le, mely a csontképzősejtek differenciálódását, a csontsejtközötti állomány termelését, a rachitises csontosodást, a csontdaganatok alakulását, stb., stb. világítják meg. Peryész a csonttörések különböző kezelési módjainak indicat. óit ismerteti és számos gyógyult esetét írja le gyönyörű röntgen-photographiák kapcsán. Krompecher vizsgálatai jelentős lépést képeznek a csontok fejlődésének teljes megismerése felé. A csontosodásra vonatkozó ismereteinket nemcsak számos új adattal gazdagítja a szerző, de a különböző csontfejlődési módokat igen szerencsésen és szellemesen magyarázza meg a causalitás alapján. A könyvben foglaltak elméleti jelentőségük mellett igen nagy gyakorlati fontosságúak is. Világosan kitérünk ez Peryész ama tapasztalataiból, melyeket Krompecher vizsgálatai alapján végezt csonttörés kezeléseket esetén szerzett. Külön meg kell emlékezni a könyv értékét nagyban emelő szebbnél-szebb illusztrációkról, amelyek egyformán dicsérik a szerző mikrotechnikai és a rajzoló (Ecséry L.) művészi képességét. A könyvet úgy a morphologus, mint a klinikus is igen nagy haszonnal forgathatja.

Röhlich Károly dr.

Korszerű hadisebészet. Hanasiewicz-Hajmány Oszkár. (A Horvédorvosok Tudományos Egyesületének kiadása. 1938. 182. oldal. Ara: 3 pengő.)

A világháború folyamán gyűjtött tömérdek hadisebészeti tapasztalat és új kezelési módszer az azóta lefolyt két évtizedben, a balcsati sebészet és egy-két újabb háború tanulságaiban kristályosodott ki. Nemzetvédelmi szempontból kívánatos, hogy a háborús sérülések első szakszerű ellátásának, a hadisebészet sajátos területének elvei átmenjenek az orvosi köztudatba. Ez a cél vezette felfogásunk szerint a szerzőt jelen, tökéletesített munkájának megírásában is, mely könnyen kezelhető, tetszetős zsebkönyvszerű küllemével és anyagának szakszerű, világos és jól áttekinthető csoportosításával úgy a hadbavonuló orvosnak, mint minden honi légvédelmi szolgálatot teljesítő orvosnak is jó segítőtársa lesz. Különös időszerűséget kölcsönöz a munkának a fegyvereknek

és a szállításnak főleg a világháború végén meginduló haditechnikai tökéletesedéséből fejlődött újkori harcmodor, valamint a légi háború várható behatásának a mindenkori figyelembe vétele.

A fegyvertani alapismeretek, a lövési sérülések erőművi és bonctani tárgyalását követi a modern háborús sérülések veszélyeinek és kezelésének az ismertetése, mely fejezetek megírásában főleg saját és, örvendetes módon, magyar szerzők (Bakay, Hanasiewicz-Hajmány, Inovay, Telbisz, Verebélj, Vidakovits, stb., stb.) tapasztalataiból merít. Az utolsó fejezet a tábori egészségügyi szolgálat problémáira mutat rá, s ezzel szerencsésen egészíti ki a korszerű hadisebészet, különösen a harcot nem járt és nem sebész szakorvos eléggé ismeretlen tárgykörét.

„Az elmúlt világháborúban, — írja előszavában v. Ordódy vezértörzsorvos, — a sebesültek 80%-a ismét szolgálatképes lett. Ez elsősorban annak köszönhető, hogy a kitűnően képzett, bátor és önfeláldozó csapat orvosaink a legnehezebb harc-téri viszonyok között is, ellenséges tűzben, a sebesülteket elsősorú orvosi segélyben részesítették!” Mi méltóak akarunk maradni ehhez az eszményképhez és orvosi kötelesség-tudásuktól, magyar hazaszeretetiünktől áthatva örülünk, hogy a szerző hatalmas tudását, számos harctéren szerzett személyes tapasztalatait és az orvosi irodalomnak napjainkig szorgos figyelemmel kísért eredményeit a köz rendelkezésre bocsátotta.

Lippay dr.

Neuland in der Heilkuende. Henri Hirsch. (87. oldal. S. Karger. Basel. 1937. Ára füzve: 3.20 svájci frank.)

Szerző a sav-basis-egyensúly fenntartásában látja az ars medici legfontosabb feladatát, mert csak ezáltal biztosíthatjuk a szervezet harmonikus összeműködését. Ezen egyensúly felismerésére a vérvizsgálat eddigi kereteit tágítani és mélyíteni, módszereit pedig egyszerűsíteni kellene. A vér összetételében megtaláljuk a lelki élet minden megnyilvánulásának projectióját és ezen az alapon táplálkozásunk és életmódunk irányítása által befolyásolhatjuk annak menetét, aszerint, amint alkalosist vagy acidosist idézünk elő. Ezeket kívül eddig nem eléggé méltányolt befolyása van a lelki élet minden megnyilvánulására a konyhasóháztartás mikéntjének is. Lényegében véve a szerző gondolatmenete visszatérést jelent a humoralpathológiához, amely mai formájában elsősorban az endokrin mirigyek helyes működésével van szoros összefüggésben.

Vajda Károly dr.

Hormon és az ember. Tangl Harald. (Franklin Társulat kiadása. 1937. 180 oldal.)

Kitűnő munka a nagyközönség számára. Pompás, lendületes, világos stílusa van. Egy pár kisebb tévedéstől eltekintve, igen jó bevezető a hormonok bonyolult tanába. Kiválóan alkalmasnak tartjuk arra, hogy az orvosi pályát és az orvosi kutató munkát a pályaválasztó ifjúság előtt megkedveltesse, de orvosok is sok érdekes és hasznos ismeretet nyerhetnek e modern és szép könyvből.

Simon Sándor dr.

Zeitschrift für Rheumaforschung címen 1938-tól új német szakfolyóirat indult meg, melynek célja az idevonatkozó irodalom összegyűjtése és központosítása, a bel és külföldi fontos tudományos munkák közlése. A folyóirat P. Köhler, R. Jürgens és H. Kaether szerkesztésében és Th. Steinkopff (Dresda) kiadásában jelenik meg.

A Magyar Orvosok Röntgen-Égyesületének november 24-i ülése.

Bemutató:

Markó D.: *Exposimeter*. Egy villanyos, ú. n. szinkronóramotor által hajtott mechanikai szerkezetet mutat be, mely bármely röntgenfelvételnél alkalmazható és ráexponálja a filmet az expositiós időt, ezredmásodpercenyi pontossággal. Momentórák kalibrálására és összehasonlítására alkalmas.

Előadás:

Szandányi S.: *A silicosis röntgendiagnosztikája*. A 7600—1936. M. E. rendelet a silicosiszt a kártalanítandó ipari megbetegedések közé sorolta. Az Országos Társadalombiztosító Intézet a betegség hazai előfordulásának tisztázására széleskörű vizsgálatokat végzett a homokkőipari, porcellánipari munkások, a fémcsiszolók és fémkőszőrülők, valamint a bányászok körében. Az előadó ismerteti a betegség diagnosztikájának történeti fejlődését, kórszövettanát és kórbonctanát.

Rámutatott az újabb vizsgálatok ezen megállapítására, hogy indurativ pneumoconiosist siliciumdioxid tartalmú porok belégzése okoz. Az elhúzódó és nagyon tünetszegény klinikai lefolyás mellett a silicosis megbetegedés diagnosztikájában döntő fontossága van a röntgenvizsgálatnak, mely már olyankor is jellegzetes elváltozásokat mutat, mikor a megbetegedésnek még semmiféle klinikai jele nem észlelhető. Részletesen ismerteti a könnyű és súlyos silicosis jellemző röntgenképét. A kezdődő esetekben mindkét tüdőfélben szimmetrikusan a középső mezőkben serét-borsó nagyságú, élesen határolt, elég tömör foltok jelentkeznek, melyek körül a környező tüdőszövet megtartott vagy fokozott transparenitiát mutat. Később a foltok megnagyobbodnak, megsűrűsödnek és mindkét tüdőfélben sűrűn elszórvva láthatók (hőforgeteg-kép). A csúcsmozgók rendszerint szabadok. Ebből az alakból változatos röntgenűnetek vezetnek a súlyos silicosis alakjához, melyet a nagy, tömör csomóképződések, zsugorodások, kötegképződések és hatalmas emphysemá kifejlődése jellemez. Megemlékezik azokról a nehézségekről, melyet a gümős elváltozásoktól történő elkülönítés okoz és ismerteti a gümőkórral szövődött esetek röntgenológiai megjelenési formáját. A bemutatás számos Ruhr-vidéki és hazai silicosiskép bemutatása fejezte be.

Erdélyi J.: Egy 54 éves pneumoconiosos betegének röntgenképét demonstrálja. Utal a differential-diagnostikai nehézségekre, főképpen a tuberculossal kevert esetre. Olyankor, amikor a csúcsok és kulcsalatti tájékok is árnyékolnak, az esetek többségében nem zárható ki a tuberculosis. Bemutatott beteget tiposus pneumoconiosos.

Kovács A.: *A nyak csigolyaközi nyílásának röntgenábrázolása és diagnosztikája*. A nyak csigolyaközi nyílásainak (foramen intervertebrale) röntgenvizsgálatára dolgozott ki eljárását. Eljárásánál a fősugar a frontális síkkal 35—40°, a horizontális síkkal 10—15°-os szöget alkot. A röntgenfilm a nyak hajlását követi, így egyrészt az alsó és felső csigolyák is filmre kerülnek, másrészt a vizsgálandó rész és film közötti távolság $\frac{1}{3}$ -ra csökkenve, a rajzolat részletesebb lesz. Eljárásával nyert felvételeken a csigolyaközi nyílások kb. 10 mm. átmérőjű ovális alakban rajzolódnak ki. Foglalkozik a nyakcsigolyákon lezajló azon kórfarmakkal, melyek a foramenek alakját és nagyságát megváltoztatják és a bennük haladó truncus cervicalis gyökeket befolyásolhatják és így a nyakon, vállakon és karokban fájdalmakat, paraesthesiákat, gyengeségérzést, ritkábban motoros- vagy reflexzavarokat okozhatnak. Az elváltozások egy része a csontos nyílást csak kisebb-nagyobb mértékben szűkítik be és csak az ideggyök körülüli sűrű vénafonatban okozott pangás folytán gyakorol másodlagos úton nyomást az idegelemekre. Az elváltozások másik részében a kis ízületek vagy csigolyatestek pereméről kiinduló nagyobb osteophyták vagy kifejezettebb körkörös szűkületek közvetlen nyomás útján okoznak neuralgiás tüneteket. A csigolyainsufficiencia (Schanz) következményei, ha a foramenek érintetlenül maradnak, nem okozhatnak idegrendszeri tüneteket.

A bemutatott esetek: spondylosis, spondylarthrosis, spondylarthritus.

Erdélyi J.: 1929-ben ismertett eljárása szerint készült oldalirányú nyakcsigolya-felvételeket demonstrál. Ezen eljárás előnye, hogy az összes nyakcsigolyák, sőt rendszerint az első háti csigolya is kifogástalanul látható, mert a vállöv lágyrészei és csontjai caudalis irányban vetítődnek el. A beállítás sajátossága következtében a csigolyák nagy része hasonló szög alatt kerül photographálásra. A csigolyák mintegy széttolódnak s mindegyik izoláltan, kissé nagyítva jelenik meg. A harántnyulványok nem kerülnek a szomszédos csigolyák vetületébe.

A Debreceni Orvosegyesület november 25-i ülése

Előadások:

Cserey-Pechány A.: *Adatok a sepsis prophylaxisához*. A sepsis létrejötte három tényezőtől függ: az egyéni dispoziótól, a sérülés helyi dispoziójától, s a fertőző kórokozótól. Az egyéni dispozióban fontos szerep illeti az alkatot s az egyén időleges disponálságát, amelynek okai közt a lelki depressio is szerepel. A sepsisveszély elhárítása szempontjából fontos a kórokozók ismerete (bakteriológiai vizsgálatok). A kezdődő sepsis intő jeleire — az általános állapotban, lázmenetben, vércépbén és localisan — mutat rá, majd áttér a prophylactikus rendszabályokra, amelyek három irányban fejtenek ki: a fertőzéses góc localis, sebészi ellátása, az általános körbeni állapot emelése és a fertőzés specifikus és

aspecifikus általános kezelése. A fertőzés specifikus terápiája, az activ és passiv immunisálás, serumtherapia és vértransfusio eredményeinek vizsgálata után a chemotherapiára tér át. Ismerteti osztálya eredményeit a 10 év óta folytatott hexamethylentetramin-prophylaxissal, majd az egy év óta használt *S. cocco* fertőzés esetén kitünően bevált paraaminobenzo-sulfamid készítményekkel elért eredményeket. Ezeket számos in vitro és állatkísérlettel is alátámasztja, amelyeket a kecskeméti kórházban *Soóssal* együtt végzett.

Kovács F.: A szülésznek, akik irigykedéssel olvassák a sebészek különböző beszámolóit, amelyek a különböző gyógyszerekkel vagy kezelési eljárásokkal eredményt jeleznek, mindig szívügye volt a sepsis-kérdés. A szülészeti illetve puerperalis sepsis a therapiás eredmények szempontjából külön elbírálást igényel, amennyiben az orbánc és más belgyógyászati vagy sebészeti septikus megbetegedések esetén egyébként hatásosnak jelzett eljárások itt legtöbbször csődöt mondanak. Ennek oka valószínűleg azonban a különleges biológiai és pathológiai feltételekben keresendő, amelyeket a terhességi és szülészeti, valamint friss puerperalis elváltozások teremtenek a női nemiszervekben. Ezen feltételek eredményezik azt, hogy a puerperalis infectio magától gyógyulhat, de a gyermekágyi sepsis egyelőre még egyetlen ismeretes eljárással sem gyógyítható. Ezért hozzászóló úgy véli, hogy a legtöbb szülész álláspontját képviseli, mikor azon véleménynek ad kifejezést, hogy a gyermekágyi sepsis egyetlen prophylaxisa a non infectio.

Budai I.: *Történelmi, élettani és csillagászati periódusok egyezése az 1749. évtől napjainkig terjedő korszakban.* Számos, részben praktikus értékű eredmény mellett a meteoropathológiai kutatások olyan új ellentmondásokat is vetettek felszínre a napfény, hő, nedvesség, légnyomás és légköri elektromosság biológiai befolyása tekintetében, melyek jogosulttá teszik bizonyos szerzőknek azt a törekvését, hogy a föld légkörén túlról származó élettani behatások eshetőségével is számoljanak. Mindkét irányban maradandót alkottak a debreceni kutatók is ebben a vonatkozásokban (*Berényi, Belák, Hüttl, Ebergényi*). *Tschijewsky* állítását, hogy nemcsak a járványok, hanem a történelmi psychismuskok is egyeznek a napfolt-cyklikussal, csak részben tudja megerősíteni. A járványok közül legszigorúbban alkalmazkodik a *Tschijewsky*-féle szabályhoz a meningitis cerebrospinalis az Észak-amerikai Egyesült Államok területén, hol 1880. óta minden 12 évben explosiv módon jelentkezik a fertőző betegség, egyezve nemcsak a napfoltmaximumokkal, hanem — ami előadó szerint sokkal fontosabb — a Jupiter bolygó 12 évenként visszatérő napközelségével. Ez utóbbi körülmény előadót arra készítette, hogy párhuzamot keressen egyrészt a számos biogén elemet tartalmazó üstökös-csóva örökös spektroszkópiai változandósága, másrészt pedig az élő fehérjemolekula szintelen átalakulása között. Úgy találta, hogy a *Zollner-Bredichin*-féle astrophisikai szabály (*Wodetzky*), mely szerint a Nap elektromos (*Budai* szerint helyesebben gravitativ) repulsiós ereje a molekulásúly fordított arányában hat a fénycsóva elemeire alkalmazható (bármilyen képtelennek látszik is első hallásra ez az állítás) a *Pfluger*-féle fehérje-molekulamag (CNH) elemeire is, úgy hogy itt a földi élet keletkezésének és örökös megújulásának, valamint az élet- és kórtani jelenségek régen ismert csillagászati rhythmusainak teljesen eredeti magyarázatlıhetőségével állunk szemben.

Ebergényi S.: A debreceni női klinikán 2 éve folytatnak az eklampsiá és időjárás összefüggésével kapcsolatos vizsgálatokat. Feldolgozva Magyarország utolsó 6 évi szülészkerületi anyagát (2306) is, Európa területéről 21.814 eklampsiát gyűjtöttek össze. Az adatok 1828—1937. közti időből származva, 110 évre nyújtanak földrajzilag és időbelileg kutatásra alkalmas anyagot. 12.469 esetben havi megszólás is adva volt. Most is, mint előbbi beszámolójuk alkalmával tapasztalták, hogy az eklampsiá leggyakrabban májusban és áprilisban fordul elő. Legkevesebb októberben és decemberben van. Napfoltokkal kapcsolatban saját 308 klinikai eklampsiájuk kb. 9—11 éves, a napfoltok minimumok idejével egyező csökkenésre hívta fel a figyelmüket. Eszlelésük alátámasztása céljából felhasználták az összegyűjtött 21.814 eklampsiás anyaguk azon részét, ahol az évek szerinti megszólás is adva volt. Ezen 18.531 eset közül különösen a nagy anyagok mutattak hasonló ingadozást.

Az eklampsiás görcsök kiváltódásában leginkább a hirtelen behatásokon (frontoknak) lehet szerepük. Eseteink 89%-ában találtak frontcoincidentiát. A legjobb vizsgálatok a napfoltok és a frontok között mutattak ki összefüggést: A napfolt-minimumok idején kevesebb a front. Ezzel az említett periodikus csökkenés is megmagyarázható.

Kovács F.: Hozzászóló bár spekulatív jellegűnek, de igen érdekesnek tartja előadó gondolatait. Nem hallgathatja el azonban azon aggályait, hogy a kozmikus jelenségeknek az emberi történésekkel kapcsolatos coincidalis beállítását önkényesnek és erőszoltnak látja. Így az előadó grafikusan párhuzamba állítja a napfoltok periodikus előfordulását az ugyanazon időre eső háborúkkal; de elmulasztja megemlíteni, hogy a felsorolt háborús eseményeken kívül a napfoltmentes minimumos időszakra is éppen annyi háborús történet esett, amelyeket viszont nem említ. (Így csak a legutóbbi évtizedek történetéből kihagyta az angol-búr, a balkáni, a gyarmati háborúkat stb.) Az üstökös farkcsóvájából külön kiragadja a H, C és N előfordulását, mint amelyek az élő anyag, a protoplasma constituens tényezői is egyúttal. Ezen elemeknek a kozmikus mozgalmal, gravitációs befolyásaival párhuzamos rezonáló hatásokat vél feltételezni a protoplasma H, C és N atomokra. Ezzel szemben a helyzet az, hogy az égitestekben nemcsak a kiragadott C, H, N, hanem az összes földi elemek szerepelnek és ilyen elektív párhuzamosítás jogosulatlan, stb. Mindezek ellenére az előadó érdekes perspektívát tárt fel egy új és még teljesen ismeretlen kutatási irány lehetőségeiről, amellyel a hozzászóló szerint komoly és tárgyilagos adatgyűjtések igénybevételével érdemes foglalkozni.

Budai I.: A biológiai periodicitás ozon-elméletét sem a kísérletek, sem a megfigyelések nem igazolták.

December 2-i ülés.

Előadások:

Szép E. és Nyáry L.: *Bőrrákok tükröződése a vérsavóban.* *Lehmann-Facius* és *Witting*, valamint *Weiss* megállapításai alapján előbbi kutatók eljárásával tanulmányozták a vérsavó viselkedését az eddig még nem vizsgált bőrbetegségeken. Ezzel az eljárással bőrrákok 23 esete közül 21-ben kaptak pozitív eredményt. 87 egyéb bőrbeteg vérsavójának vizsgálatok elsősorban az *ulcus cruris*-ban és *erythematos*-ben szenvedő betegek vérsavója mutatott a rákra jellemző viselkedést. Bőrgümőkör 12 esete közül 3 esetben nyert pozitív eredmény kiegészíti *Lehmann-Facius* és *Witting*, továbbá *Weiss*-nak a belső szervi gümőkörrel kapcsolatban szerzett tapasztalatait. A rákelőző folyamatokban nyert pozitív eredmények arra mutatnak, hogy serológailag talán hamarabb kifejezésre jut a rosszindulatúság, mint szövettanilag. Minthogy rákelőző kórképek nagyrészeben sohasem fejlődik carcinoma és gyakran lép fel rák anélkül, hogy praecarcinomás stádium megfigyelhető volna, kérdés, hogy ez a tumorfehérje-kimutatás nem a rák-dispositio reakciója-e?

Dóczy G.: *Bismuthkimutatás állati szervekből* *Bodnár-Karel* eljárás szerint, különös tekintettel az újabb magyar bismuthkészítményekre. (Kézirat nem érkezett.)

A Szegedi Egyetem Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának december 1-i ülése.

Előadás:

Baló J.: *Budai Kálmán emlékezete.* (Kézirat nem érkezett.)

Blaszó S.: *A táplálkozás és a kénanyagcsere vonatkozásai.* Bevezetőül az előadó ismerteti évek óta folytatott kénanyagcsere vizsgálatainak néhány eredményét, majd azokat a kísérleteket mutatja be, amelyek egyik észleletének részletes analysise. Abból a tényből indul ki, hogy a csecsemő szervezete a táplálék fehérjetartalmú kénjét a felnőtt szervezethez képest sokkal erősebben használja ki, párhuzamosan végzett nitrogén és kénanyagcsere vizsgálataival arra kíván világosságot deríteni, hogy a csecsemő-szervezet fokozott kénretentója és ezzel párhuzamosan fehérjefelhasználása mennyileges-e csupán, vagy minőleges különbség is van e tekintetben a fejlődés különböző fázisaiban. Kísérleti eredményei szerint haladó kórral a kénretentio éppen úgy, mint a nitrogén retentio csökken, a csökkenés azonban sokkal kifejezettebb a kén esetében. Ez a tény, valamint az a számszerű adat, amelyet a kén-, nitrogen retentio hányadosa ad meg, világosan mutatja, hogy a fehérje felhasználását illetőleg a csecsemő- és kifejlett szervezet közt nem csupán kvantitativ, de qualitativ eltérés is kimutatható. Ez a megfigyelés az előadó szerint röviden annyit jelentene, hogy a csecsemő igen gyors növekedésben lévő szervezete ugyanazon táplálék fehérjét más módon használja fel, mint a gyermek lassú növekedésű, vagy a felnőtt növekedésben már megállapodott organismusa.

A nyugdíjas orvosok és az álláshalmozás.*

Még egy éve sincs annak, hogy a pénztári orvosoknak újabb kérdőívet kellett kitölteniök — nem is tudom már hányadikat 1928 óta — melyen a családi állapotra, betöltött állásokra, fizetésre vonatkozó kérdéseken kívül az is ott volt, hogy élvez-e a kéredezett valahonnan valamilyen nyugdíjat s ha igen, mennyit? A mindig és méltán rosszat sejtő kartársak többsége csak gyanakvó kérdészködés után adta meg a feleletet és várta, hogy mi következik? Nem kellett sokáig várniok, közel sem annyi ideig, mint amióta az érdeklő orvosok jogviszonyaik rendezését és sérelmeik többször is megigért orvoslását várják, 1937 karácsonya előtt nyilvánvalóvá vált, hogy a 33 Tagú Országos Bizottság a gazdasági és hitelélet rendjének, továbbá az államháztartás egyensúlyának biztosítása érdekében az 1927. évi XXI. és 1928. évi XL. t. c. módosításául és kiegészítéséül olyan újabb kormányrendelet-tervezetet tárgyal, melynek egyes szakaszai a szociális igazságtétel érdekében az orvosokat érintő újabb fontos és jogfosztó rendelkezéseket tartalmaz. *Csilléry András dr.* éberségének köszönhető ki mint képviselő tagja a 33-as bizottságnak is és ennek ülésén éber szemekkel vett részt, hogy a rendelet tervezetben foglalt — jogász szemmel nézve is komolyan kifogásolható rendelkezések felfedeztetek, velük szemben az orvosi érdekképviseletek is megtehették észrevételeiket, minek folytán az 1938. január 1-én megjelent 7800/1937. M. E. számú kormányrendelet az orvosi egyéni és kari érdekek lehető figyelembevételével jelent meg.

Az említett rendelet minket érdeklő 21. szakasza így hangzik:

(1) A 9600—1932. M. E. sz. rendelet 25. §-ának (2) bekezdése azzal a rendelkezéssel egészítették ki, hogy a belügyminiszter megszüntetheti annak az orvosnak intézeti szerződését is, aki az államtól vagy az állammal nyugellátás szempontjából viszonyosságban álló nyugdíj-intézetből nyugellátást vagy hasonló természetű más szolgáltatást kap. A megszüntetésnek csak akkor lehet helye, ha az orvosnak létfenntartása családi állapotára, vagyoni viszonyaira és egyéb körülményeire is figyelemmel biztosítva van.

(2) Az (1) bekezdésben foglalt rendelkezések hatálya kiterjed a Magánalkalmazottak Biztosító Intézeténél vagy más betegségi biztosító intézetenél szerződött orvosra is.

(3) A belügyminiszter az orvos intézeti szerződését a 9600—1932. M. E. sz. rendelet 25. §-ának (2) bekezdése, valamint az e §. (1) és (2) bekezdése alapján egy évi felmondással szüntetheti meg. A felmondási időre járó illetményen felül az orvos végkielégítést vagy kártérítést nem követelhet.

Ebből a §-ból kiviláglik, hogy attól az orvostól, aki nyugellátást vagy hasonló természetű más szolgáltatást kap és akinek ezen kívül még valami betegségi biztosító intézeti működése van a *belügyminiszter szerződéses állását bizonyos szociális körülmények figyelembe vétele után elveheti.*

A most kiegészíteni kívánt alaprendelet (a 9600—1932. M. E. számú rendelet 25 §-a) így szól:

„(2) A m. kir. belügyminiszter megszüntetheti annak az orvosnak intézeti szerződését, akinek több állásból létfenntartási szükségletét lényegesen meghaladó jövedelme van.”

Mindkét rendelkezés magában rejti azt, hogy a végrehajtás érdekében valami értékhatár megállapításnak is kell történnie és így egyéni elbírálás útján történik a dön-

tés, de ezt az értékhatárt nem ismerjük. A belügyminiszter úr saját szavaiból úgy tudjuk, hogy a változott viszonyok miatt nem lesznek azonosak a 9600—1932. M. E. rendelet 25. §-ának végrehajtása idején megszabott limessekkel.

Szigoruan a tárgynál akarok maradni és épen ezért azzal a pusztán ténnyel kívánok foglalkozni, hogy a nyugdíjas orvos, ha pénztári szerződött orvosi állása van, *álláshalmozónak számít-e* és emiatt a kiegészítő — talán a nyugdíjánál is nagyobb — keresetét elvesztheti-e?. Hogy miért, azt a 33 Tagú Országos Bizottságnak 1937. évi december hó 17-én tartott ülésének napirendjére felvett rendelettervezet 21. §-ához fűzött részletes indokolása az alábbiak szerint okolja meg:

„Az előbb említett kiegészítés mellett logikai és méltányossági szempontok szólnak: nem lenne ugyanis észszerű, sem igazságos, ha intézeti orvosi állását megtarthatná a nyugdíjas ugyanakkor, amikor más állást betöltő intézeti orvos szerződését a miniszter megszüntetheti. E kiegészítés ezenfelül az állástalan ifjúság elhelyezkedésének megkönnyítését is szolgálja.”

Azt gondolhatnók, hogy a rendelet előkészítői is az utolsó mondatban foglalt érvt tartják legfontosabbnak, de lehet, hogy nem így van. A mondatba szurt „is” szócska, meg az, hogy az utolsó helyen említettik fel ez az érv, ezt a hitet kissé gyengíti. Mi orvosérdekképviseleti férfiak — akik az orvosi társadalom minden rétegének érdekét kötelesek vagyunk képviselni. — egyedül csak az utolsó mondatban rejlő érvt tudjuk hatályosan, szívhez és észhez szólóan képviselni, mint ahogy ez alapon lesz meg az elszenvedett magánjogi valóságos és rendi elvi sérelmebe való beletörődés is. Egyébként sohasem téveszthetjük szem elől, hogy a *pénztári orvosnak az intézetével kötött egyéni szerződése magánjogilag oly természetű, ami csak fegyelmi ítélet alapján szüntethető meg jogszerűen*, egyébként csak erőszakosan, ami sérelmet jelent. Ez sérelem marad akár a nem nyugdíjas, akár a nyugdíjas orvost éri is! A jogfosztás nem lehet méltányos, sem nem igazságos, legfeljebb *szükséges*, ami a mai viszonyok között esetleg könnyebben-nehezebben érthető. Mint mondtam, az állásától megfosztott egyén sérelmét csak az utolsó mondatban említett cél teszi lelkiileg elviselhetővé, az orvosérdekképviseletek számára pedig érthetővé, feltéve, hogy *más módon az állástalan orvosifjúságon segíteni nem lehet.* Tehát — ez a szociálpolitikai okok miatt elfogadható érv valójában akkor válik döntő súlyúvá, ha bebizonyosodott, hogy másképpen valójában nem lehet az állástalan, szűkölködő orvosifjúságon segíteni. Nem hallgathatom el, hogy az érdeklő orvosok és maguk az orvosérdekképviseletek is úgy látják, hogy a kormány — *eltekintve a legutóbb szervezett 95 kórházi kisegítő orvosi állástól — a segítségnek a mi részünkről ajánlott más és hatásosabb módját még nem alkalmazta.* Nem lehet csodálni tehát, sőt teljesen érthető, hogy a magyar orvosi társadalom összessége és minden egyes tagja — az élükön érdekképviseleti szerveikkel, — az utolsó évtized megpróbáltatásainak súlya alatt *ösztonszerűen védekeznek minden olyan beavatkozás ellen, amely az orvosi rend anyagi javainak növelése nélkül, csupán a meglevő birtokállomány keretein belül akarja a szociális igazságszét keresztülvinni és a fennálló valóban nagy bajokat orvosolni!*

Azt elismerjük, hogy az orvosi ifjúság érdekében cselekvésnek itt a legfőbb ideje, tudjuk, hogy segíteni többféleképpen lehetne, de azt is tudjuk, hogy a cselekvésnek az álláshalmozásoknak a kormányhatalom erejével keresztülvitt megszüntetése a legkönnyebb módja, de mi úgy érezzük, hogy sokkal nagyobbak a bajaink, semhogy az eddig járt úton haladva komolyon segíteni lehetne!

*) A szerkesztő felkérésére írott közlemény.

A betegségi biztosítás kérdésének gyökeres reformja, a census feletti rétegek kiemelése, az ingyenes orvosi munka kiküszöbölése, az ingyenes rendelések megrendszabályozása, általában az orvosi munka méltóbb díjazásának megoldása, az orvosi túlprodukciónak megszüntetése nélkül az orvosifjúság sorsán segíteni alig lehet. — Ezen a téren szeretnénk, legalább az első lépést látni. Nem hallgathatom el, hogy az orvosi társadalom, főképen annak a betegségi biztosításban érdekelt része, valami egészen mást várt, — mint amit karácsonyra kapott; ha netalán a szociális igazságtételre gondolt, akkor olyasféle járt az eszébe, hogy itt lenne az ideje annak, hogy a valóban nagy, közismert és elismert nyomoruságának enyhítésére valamit visszakapjon abból, amit tőle a múltban elszocializáltak. Az ilyen kezdőképés után, különösen ha az arra irányul, hogy az állás, vagy nyugdíj alapján kapott anyagi ellátás szolgáltatás ne tegye annyira szükségessé a kiegészítő jövedelmet, sokkal határozotabban lehetne az álláshalmazások fokozatos megszüntetését is kezelni. Amíg ilyen lépés nem történik, addig az orvosképviseletek is ridegebben fogadják a rendelkezési törekvéseket. A defensíva kötelező az egész vonalon. Sajátságos, de szerény nézetem szerint teljesen téves megállapításon alapuló dolog, hogy a m. kir. kormány és a kormánynak 1928. óta egymást követő népjóléti és belügyminiszterei, ha a további jogfosztások ellen tiltakozunk, — mindig azt vetik szemünkre, hogy mi, orvosok, mindig különleges helyzetet kívánunk magunknak teremteni! 1937. december 30-án a 33-as Bizottság tárgyalásán a belügyminiszter úr olyasféle képen nyilatkozott, hogy nem engedheti meg, hogy az orvosokkal másféle képen bánjanak, mint a társadalom többi rétegével. Mi őszintén kérjük őt, hogy ezt valóban ne is engedje, mert akkor feltétlenül meg fog szünni az a v. lünk szemben 1927. óta alkalmazott különleges bánásmód, melynek folytán az orvosi munkát értéken alul szocializálták és emellett az elszegényedett orvosi kart minden szociális gondozás nélkül magára hagyták. Számunkra az egyenlő bánásmód csak javulást hozhat!

Csak arra kérek még engedelmet, hogy a rólunk alkotott és fentebb említett kormányfelfogás helyét nem álló volta mellett a magyar orvosi kar igazi lelkiületét jól ismerő felelős egyén alábbi szavait idézzem: „Meg kell állapítanom, hogy a közegészségi munka terén az egészségügyi kormányzat mindig élvezte és élvezzi az orvostársadalom legmelegebb támogatását. A socialis kérdések megoldása lehetetlen volna az orvosi társadalom altruizmusa nélkül. Rá szeretnék mutatni arra az altruizmusra, amely az orvosi rendet mindig jellemezte és objectíven meg kell állapítanom, hogy az orvostársadalom a hivatásával együttjáró humanizmusából folyóan mindig többet adott, mint amennyit kapott. Meg kell állapítanom, hogy bőven adott akkor is, amikor neki is voltak elhagyottjai, elesettjei és árvái”.

Azon leszünk, hogy most is minden további szenvedélyeskedés nélkül adjunk és ha ismét úgy kívánja a magas kormány, saját tulajdonunkból adunk a saját elesettjeinknek. Elemi kötelességünk azonban ügyelni arra, hogy részünkről jogfeladás ne történjék, hogy a megkívánt lemondás ne szaporítsa elesettjeink amúgy is nagy számát és az egyik orvos nagyobb kenyéréről levágott szelet a reászoruló másik kartárs kezébe jusson. Hogy elég nagy lesz-e a levágható szelet ahhoz, — hogy e révén új élet támadjon — majd kiderül. Most azoknak seregét kívánom e lap olvasóinak bemutatni, akik a segítségre hivatottak s így mérlegelni próbálom a várható eredményt.

Ha mai tapasztalataim alapján a nyugdíjas orvosokra és helyzetükre gondolok, lehetetlen, hogy eszembe

ne jussanak azok a panaszlevelek, amik a MOOSz-hoz 10 év óta érkeztek és azok a kétségbeejtő segélykérések, amiket legnagyobbbrészt csak szeretnünk volna honorálni. De lehetetlen az is, hogy a gondolatársítás saját leendő sorsomat, mint egyáltalán meg nem nyugtató képet lelki szemeim elé ne vetítse. Ilyenkor azt szoktam látni, — illetve, arra az egyszerű, meztelen igazságra szoktam rádőbbsenni, hogy a 65 éves korhatáron túl, — esetleg halálom után — még kilenc évig kell dolgoznom, hogy az évi 3.400 P-nyi fizetésem után teljes nyugdíjat kapjak. E fizetésnek csak 82%-a jár nyugdíj gyanánt 65 éves koromban, ha pedig előbb halok el, minden évnek megfelelően 2%-al kevesebb összegnek a fele lesz csak nyugdíjra jogosult hátramaradottjaimé. Nem jó rá gondolni! Ha most már a mások, a mai nyugdíjasok sorsát vizsgálom, akkor aszerint, hogy ki milyen állásból, mikor és miért ment nyugdíjba, ritkán látok a magaménál jobb, legtöbbször csak rosszabb sorsot. Megengedem és tudom, hogy van több olyan nyugdíjas orvos is, aki magánvagyonát nem számítva, vagy annak hiányában — megélt a ma „élvezett” nyugdíjából. Ezeknek esetleg nincs szükségük kiegészítő keresetre. A többség nem ide tartozik. Nem is igen tartozhatik, mert az egyetemi tanárokon, a magasabb rangú miniszteriális és katonaoorvosokon, a székesfővárosi vagy állami kórházi igazgatókon és főorvosokon, valamint néhány szerencsés vállalati orvoson kívül a tisztiorvosok csak a legutóbbi évben jutottak be magasabb fizetési osztályba, tehát az e kategóriába tartozó nyugdíjasok száma a kisebbség. Ezeknek is lehet olyan relativ életkörülményük, hogy miatta még kiegészítő keresetre szorulnak. Ezért helyes a rendelet szerinti egyéni elbírálás. A többség kis fizetés, és kevés szolgálati év után kap nyugdíjat. A Trianon utáni évek alatt ugyanis is ilyen nyugdíjas orvosok száma szaporodott fel, amit maga az állam és a közületek segítettek elő a különböző „B”-lista és más természetű orvosi állásmegszüntetés révén. Ha jól emlékezem 1933-ban több rendőrorvosi állást szüntettek meg, — a múlt évben — a közegészségügy államosításával kapcsolatban — szintén több tisztiorvos ment nyugdíjba, közöttük sok fiatalabb korú, munkaképes egyén. Ezenkívül, mint mindig, más orvosi foglalkozásbeliek is korán mentek, vagy kényszerültek nyugállományba, helyet adván másoknak, maguk pedig egyéb orvosi foglalkozás révén találtak kárpótlást. Az állam és a hatóság mindig örömmel látta önkéntes távozásukat és igen sokszor maga segítette elő más úton való boldogulásukat. E vázlatosan előadottak alapján tehát az orvosi nyugdíjasokkal kapcsolatban még inkább lehet veterán és nem veterán, illetve munkaképtelen és munkaképes, sőt munkára kényszerülő és nem kényszerülő nyugdíjasokról beszélni, mint más foglalkozásbelieknél. Ha nem a mostanihoz hasonló válságos viszonyok kényszerének hatása alatt nézzük a dolgot, hanem a rendesnek nevezett nemzetgazdasági elvek szempontjából, akkor a munkára képesek henyélése — foglalkozás nélkül hagyása, nemzeti kár. Hányiszor olvashattuk azt, hogy pl. a különböző, de praeventióval elhárítható betegségek (járványok, tbc., nemibajok, lúgmérgezések, stb.) miatt megbetegedettek nemcsak ápolásuk és gyógyításuk révén okoznak költséget, hanem mennyi kár éri a nemzetet az elveszett sokezer munkanap miatt! Nem férhet kétség ahhoz, hogy a nem beteg henyélő dologtalan-sága is tetemes kárt jelent, ennek következtében a munkaképes nyugdíjas, minket érdeklően a munkaképes nyugdíjas orvos továbbmunkálkodása nemcsak egyéni, hanem nemzeti kötelesség! Mily kegyetlen iróniája a sorsnak, hogy ebben a kérdésben is összeütközik a dogmatikus ésszerűség és a mai kor követelte célszerűség! Ezt minden gondolkodó ember érzi és tudja; az intézkedésre hi-

vatottak még jobban talán, mint mások. Az ember önmagával is vitatkozásra kényszerül és amikor döntött, rádöbben, hogy vagy csak az ésszerűség, vagy csak a célszerűség oldalára billentette a serpenyőt. Becsületes kiegyezés nélkül megnyugtatóan határozni nem lehet! Én is a kiegyenlítést keresem, amikor a címben foglalt kérdéstről, helyesebben mondva arról írok, hogy *jogosan dolgozik-e a nyugdíjas orvos hivatása keretében?*

Eddig úgy volt, hogy a gyakorló orvos önszántából, míg meg nem rokkant, nem ment nyugdíjba. (Igy vannak az ügyvédek, magánmérnökök és egyéb szabadfoglalkozást űző lateinerek is!) Ha valamelyik gyakorló orvosnak fizetési állása volt is, kétségtelen, hogy nem fizetéséből élt meg, következésképpen, ha a fizetésthozó állásából nyugdíjba került is orvosi gyakorlatát tovább folytatta. Hogy a gyakorlatot is folytató orvos fizetéséből vagy nyugdíjából meg ne élhessen, arról gondoskodott mindig a többség, a többi lateinereknek járó fixumhoz képest lényegesen kisebbnek szabván meg az orvos fizetését, azzal a megokolással, hogy ezen felül és állása révén az orvos úgy is keres. A nyugdíjas orvos tehát kezdettől fogva munkára kényszerült. Az egyéni sorstól függött, hogy a magángyakorlata megkisebbedett-e vagy sem, — de az, — úgy hiszem, tételként felállítható, hogy az egészen kivételes esetektől eltekintve, *nem az orvos hagyott fel a praxissal, hanem a magángyakorlat hagyta el hosszabb-rövidebb idő alatt az orvost.* De csak az előregedettet! Hagy ma már a fiatalabbakat is elhagyta a praxis — kór és kórtünet —, de viszont ebben rejlik a magyarázata annak, hogy a magát munkaképesnek érző — egyébként nyugdíjas orvos — akár öreg, akár fiatal, — görcsösen ragaszkodik a praxist soványan pótló pénztári orvosi gyakorlathoz. A betegségi biztosító intézetek gyógyító orvosi állásai fejlődéstanilag *magángyakorlat eredetűek* és valójában magángyakorlatnak tekintik a legtöbb nyugati országban. Én hazánkban is e nézetet voltam, és vagyok, de most bontakozik ki valójában, hogy az orvosi rendtartásról (kamaráról) szóló 1936: I. tc. 30. szakasza miért különíti el a törvény alapján létesült intézetekben működő orvosnak a hivatalos kötelességen kívül kifejtett orvosi oklevélhez kötött tevékenységét, a hivatalos kötelességén belül kifejtett tevékenységtől, — *minősítvén csak az előbit magángyakorlatnak.* Mindez az állami beavatkozásnak kíván lehetőséget teremteni! Ez érthető. De ha így van, akkor meg azt nem értem, hogyha a törvény ilyen megkülönböztetést tesz, miért nem vonja le a belőle származó követelményeket az egész vonalon? Mert lehetnek és vannak az orvosokra nézve kedvező következmények is. Ezekről más alkalommal kell még beszélni.

Bárhogyan rendelkezik is a kamarai törvény a pénztári orvos szerződéses állásáról, kétségtelen, hogy vele kapcsolatban összeférhetetlenségeket nem sorol fel, tehát mégis elkülöníti a tisztviselő orvosi állás jellegétől. Ennyiben tehát a szerződéses állás mintegy átmeneti állapotnak fogható fel. A pénztári orvosoknak, mint ilyeneknek a jogviszonya máig is rendezetlen. Innen van, hogy most is külön törvényerejű szakaszt kellett alkotni, hogy a kormányprogram, (mert a nyugdíjasok ellásvállalástól eltöltése az) végrehajtható legyen az orvosok között is. Maga az a tény, hogy külön szabályzatot (nem akarom ezt jogszabálynak nevezni, mert hiszen jogot csorbít!), kellett alkotni ahhoz, hogy a nyugdíjas orvost eltilthassák a megnevezett körülmények figyelembevételével a pénztári orvosi gyakorlattól, bizonyítja azt, hogy a nyugdíjas orvosnak valóban joga van ahhoz, hogy a hivatása keretében dolgozhassék. Ezt a jogot az új rendelet, megszünteti, de a kamarai törvény értelmében vett magángyakorlatra nézve fenntartja. Ebből folyik a jogorvoslás

és egyúttal az orvosrendi érdekképviselői törekvések legfontosabb iránya. Minden módon növelni kell az orvosi magángyakorlat területét a megbiztosítási túltengések megszüntetése — a cenzusfeletti felszabadítása, — majd a szabad orvosválasztás bevezetése révén. Nézetem szerint ez sokkal határozottabban képviseli az állástalan orvosifjúság kérdését. Vegyük figyelembe, mi történik most. A kormány, az említett cél érdekében kénytelen a magánjog amúgy is már szitává lőtt, de valaha sérthetetlenek hitt védőköpenyén újabb lyukat ejteni, de elismerve a másik fél igazát is, a családvédelem és fontos egyéni léteérdekek figyelembevételével egyszersmind kivételeket kénytelen tenni és ez így van jól. Mindez azonban csökkenti az eredményt. És lássuk most már, hogy az adott esetben mi a maradék eredmény —, mi az az effectus, amiért a végrehajtók — bizonyára magánjogi véleményük ellenére — törvényesített magánjogcsorbításhoz nyúlnak? *40—42 állásmegvonás, — reméljük, ugyanemmi új állás!* Kétségtelenül valami a reménytelenség sivatagában. Hogy mekkora javadalommal járnak ezek az új állások, még nem tudjuk, de azt hallottuk, hogy nem megvetendő. A 40—42 állásmegvonásra ítéhető nyugdíjas orvost kb. 108—112 „nyugdíjas álláshalmozó” közül kellett kiválogatni, a többség olyan nehéz helyzetben van, hogy elvenni tőlük semmit sem lehetett. Nem hiszem, hogy ezzel az eredménnyel eléretett volna a cél, amiért az egész orvosi rend osztatlanul együtt küzd a felelős kormánnyal; azt azonban hiszem, hogyha a kormány az általunk óhajtott útra lép és cselekszik, akkor az egész orvosi rendet maga mögött találja és megoldja a kérdést. Igaz, *ez az út a nehezebbik.*

Keleti József dr.

VEGYES HIREK

Ma lesz a Medikus-bál a Gellért-fürdő csarnokában ezidén *Vámosy Zoltán* egyetemi tanár védnöksége alatt. A rendezőség szerint a siker biztosítva van, de mi mégis fel akarjuk hívni budapesti kartársaink, különösen az egyetemi professzorok, magántanárok, főorvosok és tanársegédek figyelmét arra a hagyományos szokásra, hogy az ifjúság e szép ünnepén mindenki találkozzon ott a vidám fiatalossággal és saját ifjúkori emlékeivel. — A jótékonyság anyagja is ezt várja.

300.000 pengős adomány az orvostudományi kutató munka támogatására. *Esterházy Pál* herceg az orvostudományi kutató munka támogatására 10 éven át évente 30.000 pengőt, összesen 300.000 pengőt adományozott. Célja, hogy az orvostudomány terén eredményesnek látszó kutatómunkák megindulásának, vagy folytatásának és kiváló tehetségű fiatal orvostudósok fejlődésének anyagi akadályait elhárítsa. Az actio eredményességének biztosítására szolgál annak teljes függetlensége és módszerei megválasztásában szabadsága. — Megvalósítására orvosszakemberekből álló tanácsadó bizottságot szervezett, melynek tagjai: *Johan Béla* államtitkár, *bárá Korányi Sándor*, *Grósz Emil*, *Verebélj Tibor*, *Herzog Ferenc* és *Szent-Györgyi Albert* professorok.

A testület megbírája a támogatásra beérkező kéréseket s javaslatokat, s a rendelkezésre álló összeget kevés fiatal szakember között osztja fel, hogy a kitűzött cél elérésére annál hatékonyabb legyen. A támogatásban részesülők jelentést tartoznak tenni munkásságukról. Az actio vezetését s a tanácsadó bizottság javaslatai feletti döntést az adományozó herceg magának tartotta fenn. *Esterházy Pál* herceg ez adományával az orvosi tudományos munkáknak kétségtelenül nagy lendületet fog adni s példát ad azoknak, kik megfelelő anyagi eszközökkel rendelkeznek.

Angliában *Lord Nuffield*, Amerikában *Carnegie*, *Rockefeller*, tettek ilyen alapítványokat. Nálunk *gr. Széchenyi István* óta hasonló jelentőségű s mérvű adományozás nem történt s ezzel *Esterházy Pál* herceg a magyar nemzetet s az egész tudományos világot mélyeséges hálára kötelezte.

Iskolaorvosi és egészségügyi tanári tanfolyam. Folyó év február hó 7-én a m. kir. vallás- és közoktatásiügyi miniszter 12.663—1933. IV. sz. alatti rendeletével megszabott *iskolaorvosi és egészségügyi tanári tanfolyam* kezdődik a Pázmány

Péter Tudományegyetem közegészségtani intézetében.

A tanfolyam vezetője: *Darányi Gyula* ny. r. tanár.

A felvételi kérvények az orvostudományi kar ez-dei dékánjához, *Belák Sándor* ny. r. tanárhoz címezve a közegészségtani intézetbe (Bp. VIII., Eszterházy utca 9.) február 4-ig bezárólag nyújthatók be.

A kérvényhez születési bizonyítvány, orvosdoktori oklevél és működési bizonyítvány mellékelendő.

A felvételre folyamodóknak február 7-én délután 4 órakor a felvételi bizottság előtt személyesen meg kell jelenni és ugyanakkor kell a tanfolyam díját, mely 85 pengő, lefizetni.

A tanfolyam előadásai naponta d. u. 5—8-ig, továbbá kedden és szombaton délelőtt 8—1-ig lesznek. A tanfolyam részletes tanrendje február 1-től kapható a közegészségtani intézetben.

A tanfolyam befejeztével a jelöltek vizsgára bocsáttatnak, mely szóbeli vizsgából és próbaelőadásból áll. Aki a szóbeli előadáson nem felel meg, próbaelőadást nem tarthat, csak két hónapi hospitálás után letett sikeres vizsga után. Ha valaki a próbaelőadásból utasítottat vissza, akkor szintén csak két hónapi hospitálás után jelentkezhetik a próbaelőadás újbóli megtartására. Ezen ismételő vizsgák díja 25.— pengő.

Úgy a vizsgán, mint a próbaelőadásán történt másodszori elégtelen minősítés esetén a jelöltek csak a tanfolyam ismételt hallgatása után bocsáthatók újabb vizsgára.

Azok az orvosdoktorok, kiknek „Népiskolai Iskolaorvosi” képesítésük van a tanfolyam egyes tárgyainak, (mely a tanrendben fel lesz tüntetve) hallgatása alól felmentetnek és vizsga nélkül, csak próbaelőadás tartásával képesítetnek. Ezek számára a tanfolyam díja 50.— pengő. *A tanfolyam április 9-ig tart.*

Individualpsychológiai tanfolyam orvosok részére. *Máday István dr.* egyetemi magántanár, a Magyar Individualpsychológiai Egyesület elnöke, 25 órás individualpsychológiai tanfolyamot tart orvosok részére a BOSz. helyiségében (IV., Városház-utca 14.). A kurzus január 17-én este 7 órakor kezdődik. Az első óra végén fog az előadó a hallgatókkal megállapodni, hogy a hét mely napjain és mely órában tartsa az előadásokat. Az első órán való megjelenés még semmire sem kötelez.

Megnyílt a mentők átrendezett múzeuma. A Budapesti Önkéntes Mentőegyesület igazgatósága a jubiláris évvel kapcsolatosan kibővítette és átrendezte érdekes múzeumát, melyben az egyesület 50 éves fennállása alatt gyűjtött emlékeit tártja a látogatók elé. A múzeum rendezését *Kalmár János* múzeumi őr végezte. A múzeum hétköznapiokon 9 és 12 óra között díjtalanul megtekinthető.

A Budapesti Orvosi Kaszinó Semmelweis-emlékvacsoráját január 25-én, kedden este 1/2 9 órai kezdettel tartja, a Royal-szálló e célra fenntartott külön termében. A serlegbeszédet *Ádám Lajos* ny. r. tanár tartja.

A vakság megelőzéséről az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága az Országos Közegészségügyi Egyesülettel karöltve január 8-án a Budapesti Kir. Orvosegyesületben előadást rendezett. A két szervezett elnöke *Grósz Emil* professor ismertette a vakság megelőzésére alakult nemzetközi szervezeteket, valamint a *gr. Károlyi Gyuláné* védnökségével megalakult magyar nemzeti bizottságot, mely anyagi eszközök hiányában eddig csak a felvilágosítás és ismeretterjesztés munkáját végezhette. *Petres József* a szem védelméről az iparban, tartott tanulságos előadást, melyben a balesetek és a foglalkozási szembajok elleni védekezésről szövegeket is igen érdekes képeket és filmet mutatott be. *Lénárd Imre* ismertette az 1886.V. tc.-en nyugvó félszázados védekezésünket e betegséggel szemben. *Bartók Imre* a csökkent látásúak iskoláinak szerepét változtatta s bemutatta az Országos Vaknevelő Intézet keretében működő egyetlen ilyen iskolánkat. Budapest Székesfővárosnak szüksége lenne legalább egy ilyen nyilvános osztályra. *Grósz Emil* prof. zárószavaiban hangsúlyozta az állam, a hatóságok és a társadalom együttműködésének szükségességét. Az ülés igen látogatott volt.

VII. Nemzetközi Fizikoterapeutikai Congressus Budapest. Az októberi nemzetközi balneológiai és rheumatológiai továbbképző tanfolyam egyik előadója *Günzburg* professor, mint a Nemzetközi Fizikoterapeutikai Egyesület elnöke felajánlotta, hogy a legközelebbi Nemzetközi Fizikoterapeutikai Congressust 1939-ben az Egyesület Budapestben rendezze meg. Ezt a bejelentést az illetékes tényezők nagy örömmel vették tudomásul, mert ezen előkelő, nagymultú egyesület congressusán számítani lehet arra, hogy a fizikoterapia legkiválóbb művelői nemcsak Európából, de Amerikából is Budapestre jönnének. A congressus magyar rendezőbizottsága

máris megalakult. A congressus elnöke *Vámosy Zoltán* ny. r. tanár, főtitkára *Bilkei Pap Lajos* egyet. m. tanár, helyettes főtitkár *Horváth Boldizsár* egyet. m. tanár, titkár *de Chatel Andor*, a Szt. Gellér gyógyfürdő adjunctusa. A congressus időpontja: 1939 májusa.

Frontátvonulások és kisérőjelenségeik 1937 dec. 28—1938 január 10. között. Az egész időszak alatt a frontátvonulások száma csekély volt, de az időszak utolsó napjaiban három erős front érkezett. Az első 10 nap a meteorológiai környezet szempontjából igen nyugalmas jellegű volt; öt napon (dec 28., 29., 31., jan. 4. és 5.) még gyenge frontátvonulás sem történt. A csendes derült időben a hótakaró kisugárzása következtében szélsőséges hideg alakult ki. (A legalacsonyabb talajmenti hőmérséklet jan. 4-én és 5-én Budapesten —20 C, Bánhidán —27 C volt). A nappali hőmérséklet Budapesten négy napon nem érte el még a —10 C-t sem. (Jan 5., 6., 7., 8.). A kivételesen hideg és ezért igen csekély páratartalmú levegőnek természetesen messzemenő hatásai voltak a szervezetekre, de fronthatások jan. 7-éig nem mutatkozhattak. A nagy hideg megszüntetését a jan. 7-i erős felsiklási front indította meg és a jan. 9—10.-ei erős felsiklási frontok fejezték be. Ezen az utolsó négy napon erős frontreációk feltételezhetők. A frontátvonulások részletes adatai a következő táblázatban találhatók:

Átvonulás ideje Budapesten	A front lejtője	Fejlettsége	Kisérő eseményei		
				hó	nap
1937	12	30 14	betörési	gyenge	Lent enyhül. a hegyeken erős lehülés
		30 17	betörési	mérsék.	Szélbetör. max. seb. 8 m/mp.
		1 12	felsiklási	mérsék.	Praefront. hav. éjj. 1 ó-tól 1mm
		1 23	felsiklási	gyenge	Praefront. hav. 21—23 ó., 0,2 mm.
		2 8	felsiklási	gyenge	Praefront. hav. 5—8 ó., 0,1 mm.
		2 18	felsiklási	gyenge	Praefront. hav. 13—órától 1 mm.
		3 2	betörési	gyenge	Kevés postfrontális havazás
		6 15	felsiklási	gyenge	Kev. praefront. hav.
		7 8	felsiklási	erős	Praefront. hav. estétől 3 mm.
		7 23	felsiklási	gyenge	Praefront. hószállingózás.
1938	12	8 2	felsiklási	gyenge	Praefront. hószállingózás.
		9 24	felsiklási	erős	Praefrontális hav. reggeltől 3 mm.
		10 13	felsiklási	erős	Praefrontális hav. 6—13 ó., 5 mm.

*) A számadatok a M. Kir. Országos Meteorológiai Intézet önrő műszereinek adatai. Részletes magyarázatot l. 1938. évi 1. számban.

HETIREND

Január 17-én d. u. 6 órakor: a Magyar Urológiai Társaság közgyűlése; **1/2 7 órakor** a Magyar Orvosok Rheuma Egyesülete és a Magyar Urológiai Társaság együttes ülése, (Urológiai klinika). Közgyűlés: 1. Elnöki megnyitó; 2. Titkári jelentés; 3. Pénztáros és számvizsgáló bizottság jelentése; 4. Jövő évi költségvetés és tagdíjak megállapítása; 5. Számvizsgáló bizottság megválasztása 1 évre; 6. Alapszabályszerűleg előterjesztett indítványok tárgyalása. — Előadás: *Puky Pál*: Összefüggés a húgyvivar-szervi és ízületi megbetegedések között. (Mult ülésről elmaradt referátum.) Hozzászólások: *Noszkay Aurél* és *Desinich Antal* mult ülésen tartott hasonló tárgyú referátumához.

Január 17-én este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Dabis László*: A nagyvárosok hygiénéje.

Január 18-án d. u. 1/2 7 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr-, és Gégegyógyászati Szakosztályának ülése. (Orr-, gége és fülklinika). Előadások: *Szende B.*: Az orrmelléküregek rosszindulatú daganatairól; 2. *Kelemen Gy.*: Homloküregek csontdaganatok.

Január 18-án este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése. *Báron Sándor*: Vérkeringést javító sebeszet.

Január 19-én a Közkórházi Orvostársulat ülése. Előadások: *Telegdi István*: Kanyaró és rózsahimlő elkülönítéséről; *Tardy Sándor*: Amerikai tanulmányutam tapasztalatai. Kórházak és egészségügyi intézmények.

Január 21-én d. u. 6 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése. Bemutatások: *Rácz Benő*: Pangásos vérzések mellkas-compressióban; *Farkas Jenő*: a) Padutinra gyógyult Raynaud-gangraena; b) B₁-vitaminnal gyógyított arsen-polyneuritis. Előadás: *Láng Adolf*: A nagy nyálmirigyek rosszindulatú daganatainak gyógyítása. — E napirend változást szenvedhet.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

Szabolcs és Ung k. e. e. vm. nyirbogdányi járásához tartozó demecseri egészségügyi körben megüresedett *körorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az egészségügyi körhöz Demecser székhelyen kívül Gégény, Berkesz, Kék községek tartoznak.

Az állás javadalma a 62.000—1936. B. M. sz. rendeletben megállapított, s a hatályos kormányrendeletekkel csökkentett készpénzfizetés. A körorvos a vármegyei szabályrendeletben megállapított díjazásért magángyakorlatot folytathat.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy pályázati kérvényeket a pályázati hirdeteménynek a „Népegészségügy” című hivatalos lapban történt közzétételét követő naptól számított 15 napon belül hozzám nyujsák be, mert a később érkező pályázati kérvényeket nem vehetem figyelembe.

A pályázati kérvényeket a m. kir. Belügyminiszterhez kell címezni és azokhoz eredetben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: a) születési anyakönyvi kivonat; b) hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítvány; c) a magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítvány; d) az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél; e) egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; f) tiszti, vagy községi orvosi képesítést igazoló okmány; g) polgári közszolgálatban alkalmazást igazoló okmány; h) közszolgálatra alkalmasságot igazoló újkeletű tiszti orvosi bizonyítvány; i) katonai szolgálatra vonatkozó okmányok; j) az esetleges szakképzettséget igazoló okmányok; k) az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatok.

Közszolgálatban álló pályázók, a fent felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon, (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, törzskönyvi lappal igazolhatják.

A pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek afelől, hogy közhivatalokban, közintézetekben és közintézményekben állandó javadalmazással járó, orvosképesítéshez kötött alkalmaztatást betöltenek-e vagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervezetet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölni.

Az 1936. évi IX. tc. 12. §.-a értelmében községi orvossá ezúttal kivételesen még olyan orvos is kinevezhető, aki a tiszti, vagy községi orvosi vizsgát még nem tette le. Az ilyen orvos azonban köteles a kinevezés napjától számított három éven belül a tiszti, vagy községi orvosi képesítést megszerezni, mert különben állását veszti.

A községi orvost az 1936. évi IX. tc. 11. §.-ának (1) bekezdése értelmében, a m. kir. Belügyminiszter nevezi ki.

Az állást jelenleg helyettes tölti be.

Kemecse, 1938. évi január hó 3-án.

Mikecz István főszolgabíró.

31—1—1939. ikt. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

A gyulai m. kir. állami kórházban megüresedett *alorvosi állásokra pályázatot* hirdetek. Az alorvosi állás javadalma a X. fizetési oszt. 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés és világítással, valamint I. oszt. élelmezés, az önköltségi ár 50%-ának megtérítése mellett.

Az állásra csak nőtlen (hajadon) orvosok pályázhatnak. A kinevezendő alorvosok szolgálatuknak tartama alatt nem nőülhetnek meg, (nem mehetnek férjhez), s a kórházban, a részükre kijelölt szobában kell lakniuk.

Az egyik állás betöltésekor elmeorvosi szakképzettséggel vagy hosszabb elmeosztályos gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

A kérvény 2.—P-ös okmánybéllyel ellátva és a m. kir. Belügyminiszterhez címezve a kórházigazgatóhoz adandó be a Budapesti Közlönyben történt megjelenést követő 15-ik nap déli 12 órájáig.

A kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló hatósági bizonyítványt; 3. magyar honosságot igazoló bizonyítványt; 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; 5. közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló hatósági orvosi bizonyítványt; 6. esetleges szakképzettséget igazoló okmányokat; 7. katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; 8. orvos-kamarai tagság igazolását; 9. nyilatkozatot afelől, hogy a pályázó közhivatalban, közintézetben, illetőleg közintézményben állandó alkalmazással járó, orvosi szakképzettséghez kötött alkalmaztatást betölt-e,

avagy seml. Igenlő esetben az alkalmazó szervezetet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölni 10. Curriculum vitatet, nyelvismeretekre vonatkozó adatokkal; 11. egyet. leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; 12. egyéb tanulmányi és szolgálati bizonyítványokat.

Közszolgálatban állók az 1—8 pontokat esetleg hivatalos törzskönyvi másolattal, illetve szolg. és min. táblázat másolattal is igazolhatják s e kérvényüket felettes hatóságuk által láttamoztatni tartoznak.

Az a pályázati kérvényt, mely a 9. pontban előírt nyilatkozatot nem tartalmazza, figyelembe nem vehetem.

Gyula, 1938. január 6.

Kórházigazgató.

50—1938. kig. sz. Künszentmiklósi járás főszolgabírájától.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

Pest-Pilis-Solt-Kiskúnmegye künszentmiklósi járásához tartozó Tass községben lemondás folytán megüresedett *községi orvosi állásra* a 900—1936. B. M. sz. rendelet 16. §.-ának (2) bekezdése alapján pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma a 62.000—1926. B. M. sz. rendeletben megállapított s a hatályos kormányrendeletekkel csökkentett készpénzfizetés és 3 szobából, orvosi rendeléből és mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás. Jelenleg magángyakorlatot is folytathat, melyért a vármegyei szabályrendeletben megállapított díjakat számíthatja fel.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy pályázati kérvényüket e pályázati hirdeteménynek a „Népegészségügy” c. hivatalos lapban történt közzétételét követő naptól számított 15 napon belül hozzám nyujsák be. A később érkező pályázati kérvényeket figyelembe nem vehetem.

A pályázati kérvényeket a m. kir. Belügyminiszterhez kell címezni és azokhoz eredetben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. erkölcsi bizonyítvány és a családi állapotot igazoló bizonyítvány; 3. magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítvány; 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító bizonyítvány; 5. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; 6. a tiszti orvosi, illetőleg községi orvosi képesítést igazoló okmány, (1936:IX. tc. 1. §. 4. bek.); 7. hatósági orvosi szolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tiszti orvosi bizonyítványt; 8. a katonai szolgálatra vonatkozó okmányt; 9. ha megelőzően közszolgálatot teljesített, a közszolgálati alkalmazást igazoló okmányt; 10. az esetleges szakképzettséget igazoló okmányokat; 11. az esetleges nyelvismeretere vonatkozó adatokat.

Közszolgálatban álló pályázók a most felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon fel vannak tüntetve, a törzskönyvi lappal igazolhatják.

Az 1936:IX. tc. 12. §.-ának (1) bekezdése értelmében a községi orvosi állásra olyan orvost is ki lehet nevezni, akinek az 1936:IX. tc. 1. §.-ának 4. bekezdésében megkívánt, a jelen pályázati hirdetemény 6. pontjában említett képesítése nincs meg. Az ilyen orvos az említett képesítést a kinevezés napjától számított három éven belül megszerezni köteles, különben állását veszti.

A községi orvost az 1936:IX. tc. 11. §.-ának (1) bekezdése alapján az m. kir. Belügyminiszter nevezi ki.

A községi orvosi állás helyettesítés útján ideiglenesen töltetett be.

Makró Jenő dr. főszolgabíró.

Új indicatio a cukorbetegség gyógyításában. *Rausch dr.* vizsgálatai szerint bizonyított, hogy a természetes „Mira” glaubersós gyógyvíz a cukorbetegség szénhidrátanyagcseréjét kedvezően befolyásolja és ezt a hatást tartósan fejti ki. Kívánatos tehát, hogy az insulin és diéta mellett, a kúra keretében a Mira glaubersós gyógyvízzel is támogassuk a kezelést.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

SEVENAL-CHINOIN

hypnoticum—antiepilepticum—sedativum

Dr. PÁPAY készítmények:

POLYSAN
OPSODERMIN
NEUROLYSIN
OPSOON

a szervezet védekezőerejének fokozására valamennyi lázzal járó betegségnél
polyvalens staphylococcus vaccina
neuralgiák és ischias kezelésére
polivalens gonococcus vaccina

Az 1937. XII. 26-tól, 1933. I. 1-ig. Magyarországon bejelentett heveny fertőző megbetegedések (Mb) és halálesetek (Mt)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphtheria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.					
1. Abauj-Torna	93.667	2	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	113.347	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.659	2	1	—	—	4	—	5	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—
4. Békés	336.592	4	—	—	—	10	1	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
5. Bihar	181.105	8	1	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.330	5	1	—	1	5	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.760	1	—	—	—	1	—	8	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
8. Csongrád	148.200	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9. Fejér	231.483	2	2	1	—	3	1	5	—	—	—	—	14	—	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.820	—	—	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11. Hajdu	181.283	2	—	—	—	5	—	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
12. Heves	323.191	6	2	1	—	5	—	3	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	421.741	7	—	—	—	7	—	9	—	—	—	—	6	1	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	182.450	2	—	—	—	3	—	12	—	—	—	—	82	—	—	—	—	—
15. Nograd és Hont	229.215	4	—	—	—	3	—	6	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,454.326	4	1	1	—	35	1	41	1	—	—	—	201	1	—	—	—	—
17. Somogy	390.100	1	—	—	—	2	—	7	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
18. Sopron	142.743	1	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	419.707	7	—	—	—	6	1	2	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	158.013	2	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
21. Tolna	266.405	5	—	—	—	4	—	13	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—
22. Vas	273.097	1	—	—	—	3	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23. Veszprém	247.787	—	2	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24. Zala	368.903	4	—	1	—	1	1	8	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
25. Zemplén	149.524	2	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	13	1	—	—	—	—
I. Baja	30.238	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1,043.459	1	2	8	1	28	1	41	—	1	—	—	105	3	—	—	—	—
III. Debrecen	124.128	1	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
IV Győr	50.872	—	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.429	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.735	1	—	—	—	3	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	65.825	1	—	1	—	2	—	2	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
VIII. Pécs	68.957	—	—	—	—	1	1	10	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—
IX. Sopron	35.938	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.858	—	—	—	—	10	—	6	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.646	1	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Összesen:	8,943.533	78	13	16	3	163	10	233	1	1	—	1	—	442	21	2	—	—
Előző évben:		70	10	9	—	158	9	213	2	1	—	2	—	255	8	—	—	—

KATONYI 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 220

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 TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Guszman József: A nyirokcsomók viselkedése a szerzett syphilis folyamán. (71—74. oldal.)
Végh Lajos: A mély harántállás okai, mechanizmusa és helyzetjavításának módjai. (74—78. oldal.)
Szép Ernő és Nyáry Lenke: Bőrrákok tükröződése a vérsavóban. (78—81. oldal.)
Pelláthy Béla és Németh Lajos: Concrementumképződéshez hasonló ritka kötőhártyabetegség. (81—82. oldal.)
Rósa László: Térproblema a rövidhullámú gyógyításban. (82—84. oldal.)

Bründlmeier István: Mikor kezdik mesterségesen táplálni a fővárosi gyermekeket? (84—85. oldal.)
Berzsenyi Zoltán: Eszköz a golyvaműtéthez. (85—86. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (13—16. oldal.)
Lapszemle: Belorvos. — Sebészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. (86—88. oldal.)
Könyvismertetés: (88—89. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (89—91. oldal.)
Grösz Emil: Herceg Esterházy Pál adománya. (91—92. oldal.)
Vegyes hírek: (93—94. o. és a borítólapon III. és IV. o.)

A nyirokcsomók viselkedése a szerzett syphilis folyamán.

(Klinikai előadás.)

Irta: *Guszman József dr. egyet. c. rk. tanár.*

A nyirokcsomókon pathologiai és klinikai szempontból felette jellegzetes és fontos változásokat észlelnünk a lues különböző szakáiban. Jellemző elváltozásait már régóta elsőrendű diagnostikai, sőt prognostikai jelnek tartották s bár a különböző vizsgálati eljárások nagy haladást jelentenek a diagnosis megállapításában, a nyirokcsomók különböző elváltozásainak ismerete továbbra is minden orvos számára nélkülözhetetlen marad.

Kétségtelen, hogy klinikai szempontból a nyirokcsomóknak a primaer affectio kapcsán keletkezett elváltozása a legfontosabb. Tudjuk, hogy a spir. pallida kifejezetten nyirok és szöveti parazita s így az emberi szervezetben ártalmas és romboló hatását elsősorban ezen minőségében fejt ki. E tulajdonságának következménye, hogy a bőrön, vagy nyálkahártyán keletkezett fertőzés esetén a nyirokcsomókon már igen korán észrevehető klinikai elváltozások. A spirochaeták fölötté nagy számban és már legkorábban kerülnek a fertőzés kapujától a nyirokutakon keresztül a legközelebbi táji nyirokcsomókba, melyek erre reakcióképpen jellemzően elváltoznak. Typusos esetben a nyirokcsomókon a következő elváltozást állapítjuk meg: porckeményedés, megnagyobbodás, különállóan egyenkénti mozgathatóság, a fájdalom hiánya. — Látnivaló tehát, hogy a hevenyés lob tünetei hiányzanak. Ez a typus az esetek óriási számában. Korai kezeléssel beavatkozás híján ezek a nyirokcsomók annyira megnőnek, hogy nemcsak tapintással érzékelhetők, de szemmel is láthatók, (ha csak nem nagyon hájas az egyén), amikor *bubo indolens*-ről szólunk.

Ehelyütt kell kiemelnem azt a jóformán általános tévedést, mely pedig csaknem minden tankönyvben található, hogy a primaer-affectio első nyilvánulása után csak ennyi, meg ennyi idővel később jelentkezik a tájéki nyirokcsomók fentemlített elváltozása. Ez teljesen hibás állítás, ellenben való, amire *Preis* rámutatott, hogy a pri-

maer-affectio leggyakoribb nyilvánulásával *egyidejűleg* a táji nyirokcsomók is megkeményednek. De ezen nincsen mit csodálni, hiszen mire a fertőzés helyén a primaer-affectio első jele mutatkozik, a spir. pallidák nemcsak elérték a tájéki nyirokcsomókat, hanem azokon már túl is haladtak. Meglepetésszerű eredmény volt eleinte, amikor *Brown* és *Pearce* állatkísérletekkel megállapította, hogy a nyirokcsomók a fertőzés után már 48 órával később spirochaetákat tartalmaznak. De ez az idő az irodalomban később még jobban megrövidült, amennyiben *Kolle* és *Evers* házinyulon már 30 perccel a fertőzés után győződhetett meg a csomókban lévő spirochaeták jelenlétéről. Sőt tengeri malacokon a bőrről történő oltás után a megfelelő nyirokcsomókban (poplitealis, inguinalis) már 5 perc után jelentek meg a spirochaeták, igaz ugyan, hogy ezek masszív kísérleti fertőzések, melyek nem lehetnek teljesen azonosak az embereken észleltekkel.

Mindezek az adatok a legjobb bizonyítékai annak, hogy mily meddő és hiábavaló erőlködés volt a lues szervezeten belüli elterjedésének meggátlása céljából a primaer-affectio excisiója, amint azt sokáig és sokan propagálták. A regionalis nyirokcsomók elváltozása kétségtelenül a legjellemzőbb és legálhatatosabb kísérője a primaer-affectiónak (úgy kísér, mint a testet az árnyéka, *Ricord*) és ismétlem: mindenkor annak feltűnésével egyidejűleg jelentkezik. Pedig az egyes szerzők napok, hetekről szólnak, melyek a lueses sanker és a nyirokcsomó-elváltozás feltűnése között eltelnének. Így *Mauriac* 2—3 napot említ, viszont pl. *Pinkus* a sanker feltűnése után következő 3 héten belül (!) időről beszél. Az egyik legújabb kézikönyvben pedig *Löhe* 1—2 hétben állapítja meg azt az időt, melyben a tájéki nyirokcsomóduzzanat először nyilvánulna a primaer-affectio feltűnése után.

Van-e primaer-affectio tájéki nyirokcsomóduzzanat nélkül? Igen van, bár ez bizonyára ritkán előforduló észlelés. *Zurhelle* erre vonatkozóan 2.5%-ot számított ki a régi statistikai adatokból. Tekintve azonban, hogy ezek a birtokunkban lévő adatok még a mai vizsgálatok előtti időből származnak, teljesen megbízhatónak nem tekinthetők, s így véleményem szerint ez a számarány túl magas. Meg kell ehelyütt említenem, az *ú. n. syphilis à bu-*

bon d'emblée esetét, amikor a syphilis legelső megnyilvánulása — sanker elmaradásával — egyedül nyirokcsomó-duzzanat képében jelentkezik. Ez a vajmi ritka jelenség, melynek létezését sokan tagadták is, *E. Hoffmann* észlelése által bebizonyosodott. Az eset orvosra vonatkozik, aki szűrás útján, minden helyi nyom nélkül fertőződött, a tájéki mirigyek azonban, — mint a lueses fertőzés első jele — keményen megduzzadtak. *Gougerot* szerint is a fertőzés (*spirochaeta*) átjárhatja a bőrt és nyálkahártyát anélkül, hogy azon sanker formájában nyomot hagyana. Állatkísérletek egyébként ezt a lehetőséget sokszorosan és véglegesen beigazolták.

Említettük, hogy a luesesen duzzadt tájéki nyirokcsomókra jellemző szabad mozgathatóságuk. Ennek magyarázata az, hogy a nyirokcsomó körüli kötőszövet alig betegszik meg s így összeolvadás, összekapaszkodás, mint pl. a lágyfekély kapcsán, nem keletkezik. A fájdalom hiánya pedig onnan ered, hogy a heveny gyulladás rendszerint hiányzik. Ha mégis erősebb, lobos jelenség mutatkozik, ami még leginkább a száj körüli sankerek kapcsán fordul elő, akkor vegyes fertőzés jöhet szóba. (*Zieler*). Kivételesen láttam esetet, hogy a lágyéki, illetve állalatti nyirokcsomók heves, lobos jelenségek (fájdalom, magas láz) kíséretében gyermek, sőt férfikölönyre nöttek, holott ugyanakkor a primaer-affectio lényegtelennek mutatkozott. Természetes, hogy ehelyütt a primaer-affectióval esetleg párhuzamosan keletkező lágyfekély, avagy az ú. n. kevert fekély (*chancre mixte*) nyomán fennálló bubótól eltekintek. Egyébként a tisztán lueses fertőzés nyomán keletkező bubo ellágyulása, illetve elgenyvedése ritka. (*Fournier* szerint 1—2% körül). Nem mulaszthatom el azonban, hogy reá ne mutassak, hogy ezek közé az „elgenyvedések” közé az „ellágyulásokat” is szokták sorolni. Pedig a különbség lényeges, mert ez utóbbiak tartalma steril, tehát hiányzik a vegyes fertőzés. *Patoir* szerint az ellágyulás lényegileg aseptikus nekrosis, mely a hiányos vérellátásból származik és itt említem meg, hogy *Finsterlin* ilyenkor mesarteriitist állapított meg.

A lágyéki nyirokcsomók több csoportra oszlanak és az egyes csoportok nem duzzadnak meg mind egyformán. *Bruhns*, aki a Gerota-féle injectiós technikával dolgozott, 5 csoportot állapított meg. A lágyékban a leggyakrabban és legjellemzőbben a lymphoglandulae inguinales superfic. keményednek és növekszenek meg, tehát azok, melyek a lig. inguinale mentén fekszenek. Utánuk következnek a felületes subinguinalis nyirokcsomók a vena saphena beömlése helyén. Ezek az utóbbiak leginkább a *gáton lévő és a végbélnyílás körüli sankerek* esetén duzzadnak meg. A mély subinguinalis nyirokcsomók megkeményedése legfeljebb igen sovány egyéneken állapítható meg. A lueses bubo indolens néha keresztveződik, amennyiben a sanker a másik oldalon ülhet; a középvonalban lévő sankerek kétoldalt egyformán kifejezett indolens bubóval szoktak járni. Elvi fontosságú, hogy a nyirokcsomók közül mindenkor a primaer-affectióval összefüggő tájéki a legduzzadtabbak, ami különösen az extragenitalis fertőzések felkutatásában fontos irányító. Persze egy esetleges tbc-s lymphoma (pl. a nyakon) ne ejtsen zavarba. Az extragenitalis fertőzésnek az ajak a leggyakoribb helye; ennek kapcsán mindenkor az állalatti, esetleg a fülelőtti nyirokcsomók lesznek a legduzzadtabbak. A kéz ujjainak lueses sankerje elsősorban a cubitalis nyirokcsomók (lymphogland. cub. superf.) megnagyobbodásával jár, ha a fertőzés a IV.—V. ujjon történik. A hüvelyk-, mutató és középujjon lévő primaer-affectiók ezzel szemben inkább a hónalji nyirokcsomók duzzanatát okozzák, amikor a cubitalis csomó csak lényegtelenül nagyobbodik

meg. A látszat ekkor az, mintha a bubo indol. átugorta volna ezt a nyirokcsomót. Sajátságos és hirhedt localisatio, ha a lueses sanker a köldökön ül. Itt ugyanis az anatómiai viszonyok folytán akár 4 bubó is kifejlődhet (2 axill. és 2 inguinalis).

A syphilités bubo nem rövid életű. Amíg a tájéki nyirokcsomók még nagyok és kemények, egyéb teljes tünetmentesség ellenére sem tartható a beteg meggyógyultnak. A régi orvosok egyéb módszer híján azért tartották oly fontosnak a nyirokcsomók viselkedésének megfigyelését. De kivételek is léteznek. Vannak ugyanis egyének, akikben a spirochaeták által létrejött lobos reactio végeredményben egyénileg a tokban és a trabeculákban fokozott kötőszöveti hyperplasiát okozott, úgy hogy még akkor is, amikor a kórokozók a nyirokcsomókból már rég eltűntek, duzzanat és főként a keményedés továbbra is fennmaradhat. Ugyanezt a folyamatot észlelhetjük más fertőzés folyamán megduzzadt nyirokcsomókon is. (pl. az áll alatt fog, torok inf. után.)

A tájéki nyirokcsomók indol. bubójának kialakulása mindenkor a spir. pall. jelenléte által kiváltott reactio eredménye. A kórokozó jelenlétét állatoltásokkal a spir. pall. felfedezése előestéjén már *Metschnikoff* és *Roux* mutatta ki. Közvetlenül ezután 1905 tavaszán *Schaudinn* és *E. Hoffmann* egy kimetszett nyirokcsomó nedvében mutatta ki a spirochaeta pallidát. Ezt nyomban követte még *E. Hoffmann* 6 esetben végzett nyirokcsomópunctiója, ugyancsak positiv spir. pall. lelettel. Ez a *Hoffmann-féle punctiós eljárás* azóta igen fontos diagnosztikai eljárássá vált, noha kétségtelen, hogy ennek az értékes eljárásnak szakkörökben is sajnos még mindig csak alárendelt a szerepe. Pedig ez az eljárás, melyre különösen *E. Hoffmann*, *Düring* és *Preis* mutatott rá, főként akkor bír becses, sőt pótolhatatlan diagnosztikai értékkel, ha a kórokozó kimutatása a primäraffectióban bizonyos okok folytán (phimosis, behámosodás, előzetes helyi kezelés, syphilis à bubon d'emblée) nehézségekbe ütközik. A regionalis nyirokcsomók punctiójának az a különös nagy jelentősége, hogy bennük a spir. pall. szinte tiszta tenyészetben található. A punctio technikája *E. Hoffmann*-tól ered. A siker feltétele a gondos technika betartása, ami abban áll, hogy a jól rögzített nyirokcsomó legnagyobb domborulatát tág kaliberű tűvel úgy szúrjuk meg, hogy a nedv a kéregállományból legyen szívható. A spirochaeták ugyanis a vasa afferentiákon keresztül a nyirokcsomókba jutva, kezdetben főként a *peripheriás sinusokban* vannak nagy számban. Akik tökéletesen bírják az eljárás technikáját, 90%-ig nyernek positiv eredményt. A továbbiakban a spirochaeták a nyirokcsomókban elterjednek és pedig úgy a lymphoid szövetben, mint a tokban s az abból kiinduló trabeculákban, sőt a vénák falaiban is. A csiracentrumokban azonban hiányoznak. (*Zurhelle*)

Tekintve, hogy a gyakorlatban a syphilités fertőzés, akár genitális, akár extragenitális uton jött legyen az létre, az esetek túlnyomó részében a test felszínén megy végbe, a velejáró duzzanat is a hozzáférhető nyirokcsomókon állapítható meg. Másként áll a helyzet a *portiosanker* esetén, mely a nők fertőzése esetén elég gyakori. Bár a statisztikai adatok e localisatiót illetően a beteganyag különfélesége miatt érthetően fölülte eltérők (0.94%—32%), annak előfordulása átlagban mégis kb. 10—15%-ra tehető. Már most, ha a sanker *isoláltan* csakis a portión foglal helyet, az esetek zömében a jellemző inguinalis scleradenitis hiányozni fog, hiszen a portióval közvetlenül összefüggő tájéki nyirokcsomók a kismedencében, főként az a. iliaca mentén fekszenek. A vizsgálatok azt mutatták, hogy a hüvely felső szakaszának és a cervix uterinak nyirokutai a parametralis, hypogastrialis és ili-

acalis nyirokcsomókba (lymphogl. iliaca) ömlenek. Érdekes azonban, hogy az izolált portiósankerhez kivételesen mégis csatlakozik a lágyéki nyirokcsomók duzzanata és pedig akkor, ha a nyirokerek sajátos anastomosisa áll fenn. E kivételes állapot magyarázatát abban lelné, hogy a méh és cervix nyirokpályái között anastomosis áll fenn, már pedig az uterus nyirokerei a lig. rotundum ereivel állanak összefüggésben, mely utóbbiak pedig az inguinalis nyirokcsomókba ömlenek. (Oppenheim.) Hogy ez a felvétel helytálló, arra Louste, Ducourtioux és Lotte esete is mutat példát, amennyiben e szerzők egy a méhnyakon lévő lágyfekély kapcsán a lányékon észleltek elgenyedő bubót. A valóban izolált portiósanker megállapítása azonban igen pontos vizsgálatot tételez fel, mert az ú. n. törpe-sankerek nagyon is elbujhatnak a külső női nemi részeken, amikor pedig alágycéki bubó jelenléte normalis tünet lesz.

Minél erélyesebb a korai kezelés, annál jobban és gyorsabban fejlődik vissza a tájéki nyirokcsomó duzzanata. És érdekes, jóllehet kezdetben a spirochaeták a nyirokcsomókban jóformán hemzsegek, a vizsgálatok s főként a klinikai észlelések mégis a mellett szólnak, hogy ugyanakkor azokban hatalmas védekező folyamat is indul meg, mely a spirochaeták tömeges pusztulásához vezet. A legjobb syphilidologusok már régen a lues rosszabb lefolyására következtettek, ha a tájéki nyirokcsomók szokásos és jellemző elváltozása elmaradt. Elég itt arra hivatkozni, hogy az u. n. *lues maligna* éppen jellemző lehet a tájéki, sőt az általános nyirokcsomóduzzanat hiánya, illetve gyenge kifejlődése.

Az u. n. második lappangás szakra, tehát a primär-affectio jelentkezése és az első exanthema közötti időre esik az általános skleradenitis kifejlődése. Ez kb. a hatodik hétben (p. inf.) szokott bekövetkezni, amikor — kezelés híján — a tájéki nyirokcsomóduzzanat tetőfokát érte el. A vizsgáló ujjá által elérhető felületesen fekvő nyirokcsomók lassanként megduzzadnak, megkeményednek és borsó-habszem, kivételesen kismogyoró nagyságúra is nőnek, de soha akkorák nem lesznek, mint amint a tájéki *indolens bubók csomói*. A klinikai vizsgálat tárgyai elsősorban a nyakszirttájéki, a fülmögötti, a nyaki, a kulcsontföldrötti, a pectoralis, a hónalj és cubitalis nyirokcsomók. Egymagában egyik ilyen csoportnak a duzzanata sem abszolút jellemző tünete a korai luesnek, mert sok más folyamat is okozhatja azt. A cubitalis csomók pl. nem adhatnak luesra különös gyanúkat, ha a vizsgált egyén keze gyakran sérül, vagy apró fertőzésekbe esik. (mészáros, bádógos, asztalos), szintúgy megduzzadhatnak, főként fiatalabb egyéneken a nyakszirti, fülmögötti nyirokcsomók a fejtetőn lévő bármely gyulladási folyamat nyomán. (folliculitis, impetigo) *Valamennyi tapintható nyirokcsomónak egyenletes kemény, de rugalmas duzzanata azonban mégis eléggé jellemző tünete a korai luesnek*. A nyirokcsomók ritkán nagyobbak a babszemenél, néha azonban a mogyorónagyságot is eléri. *Pinkus*-nak itt egy tévedésére kell utalnom. E szerző szerint follicularis kispapulás syphilis esetén a nyaki csomók különösen nagyra nőnek, holott a valóság éppen fordítva az, hogy tbc.-s háttérrel bíró egyéneken, főként, ha nyaki lymphomái vannak, az exanthema a súlyosabb follicularis kispapulás alakot szokta ölteni, mely syphilidtypusban tudvalevően szövetileg tbc.-s structurát lehet felismerni. Az ok tehát a gümős szervezet, mely a bőrön a spirochaeták hatására a súlyos follicularis kispapulás syphiliddel reagál.

A nyirokcsomók duzzanata azonban nem mindenütt tapintható. Számos csoport elég gyakran hiányzik. Az u. n. paramamillaris csomó pl. igen gyakran nem tapintható,

holott ha feltalálható, több a gyanujelnél, sőt némely szerző nézete szerint luesre egyenesen pathognomonicus.

Pathogenetikai szempontból az általános skleradenitis különbözik a primär stadium tájéki bubójától, mert míg az utóbbi tisztára *lymphogen* után jön létre, addig az előbbi elsősorban is lényegileg *haematogen* uton keletkezik. Ez természetes, hiszen már a primär szakban a véráram bőven tartalmaz spirochaetákat, melyek akkor már minden szervbe eljutnak. De ez a *haematogen út csak a főtípus*. Már évtizedek előtt elhangzott ugyanis az a nézet, hogy az exanthema elemeiből, pl. papulákból irányuló nyirokáram útján is duzzadnak meg a megfelelő nyirokcsomók, más szóval, hogy az általános skleradenitis lymphogen úton is jöhet létre. Ezt eleinte némelyek tagadták, pedig ezt a lehetőséget oly kiváló syphilidologus mint A. Fournier is állította. Utóbb kiderült, hogy a nagy klinikusok helyesen következtettek, mert Ehrmann vizsgálatai kiderítették, hogy a exanthema elemeitől a nyirokcsomóhoz vezető nyirokutakban bővebben lelhetők fel a spirochaeták. De a klinikai megfigyelés is megerősíti ezt a véleményt. Korai localis recidivák esetén pl. a Thalmann-féle solitär-secundär affectio, amit újabban a salvansan-aera óta monorecidivának is szoktak nevezni, a tájéki nyirokcsomók csaknem a primär szakhoz hasonlóan újra megduzzadnak.

Mindezek után csak természetes, hogy a lues florid szakában az egyes nyirokcsomók kisebb-nagyobb számban spirochaetákat rejtenek magukban, amint azt a bacteriologiai, illetve a különböző pozitív állatoltási kísérletek beigazolták. Így pl. Lewandovszky egy genitálisan fertőzött egyén cubitalis csomójának a nedvében talált spirochaetákat. Úgyszintén Finger és Landsteiner 7—9 hónapos lueses cubitalis nyirokcsomóból oltott pozitív eredménnyel. Mucha és Scherber, jóllehet egy lueses egyén nyirokcsomójának metszetében nem találtak spirochaetákat, átoltás útján mégis tudtak pozitív eredményt elérni.

A florid szakban a nyirokcsomók szöveti elváltozása nagyban hasonlít a legkorábbi szakban lévő nyirokcsomók elváltozásához. Az általános skleradenitis visszafejlődése általában lassu, főként ha a kezelés, hiányzik, illetve hiányos, elaprózott. Az erélyes kúra mindenesetre leginkább járul hozzá ahhoz, hogy a csomók erősen visszafejlődjenek. E tekintetben a bismutban találtam különösen hatásos gyógyszert. Mindenesetre amíg az általános skleradenitis kifejezett, ne bizzunk a lues gyógyulásában, még akkor sem, ha a serologiai reakciók állandóan negatívak.

A syphilis úgynevezett *latens szakában* a nyirokcsomók viselkedése ismét több szempontból figyelemre méltó. E ponton mint legérdekesebb kérdés elsősorban az merül fel, hogy meddig tartalmaznak a nyirokcsomók spirochaetákat, illet. meddig sikerül ezeket bennük kimutatni? A felelet a kérdésre Hoffmann és Beer nyomán három fajta vizsgálattal kereshető: 1. punctio, 2. kimetszés és impregnatio, 3. állatoltás. A vizsgálatok nem könnyűek és bizony nem adnak egyöntetű választ. Frühwald 14 latens eset közül 3 ízben kapott pozitív eredményt. Buschke és Fischer tünetmentes 2½ év óta férjezett nő lágyékcsoomójából pozitív spirochaetaleletet kapott; az asszony ugyanabban az időben congenitálisan lueses gyermeket szült. Állatoltásokat (házinyul) végzett latens lueses egyének nyirokcsomóival Ebersson és Engmann is, kb. 20% pozitív eredménnyel. Brown és Pearce latensen lueses házinyul poplitealis nyirokcsomójával egy ízben még 51 hónap múlva (p. inf.) is tudott pozitív oltási eredményt elérni.

Mindenesetre minden eddigi vizsgálat arra mutat, hogy a spirochaeták jelenléte jóval tovább mutatható ki

a nyirokcsomók szövetében mint pl. a keringő vérben. E tekintetben fel kell említenem, hogy ezen adatok birto-
kában nyilvánvaló, hogy a régi *Jullien-Virchow*-féle fel-
vétel, mely szerint a recidivák főként az által jöhetnek
létre, hogy a latens szakban a kórokozó leginkább a nyi-
rokcsomókban és a csontvelőben rejtőzik, ahonnan időn-
ként a véráramba kerül s ily módon újabb tüneteket tá-
maszt, mai nap már szilárdabb alapon áll. Kétségtelen,
hogy ez a *recidivák egyik pathogenesisise*, bár ma már ál-
talanosan elfogadott nézet, hogy a bármily jellegű *recidi-
vák zöme* nem ezen a módon, hanem az *első haematogen
elárasztás* alkalmával deponált spirochaetáknak in loco
életben maradt és ott veszteglő maradványaiból jön létre.
Ezidő szerint csak azt tudjuk, hogy a spirochaeták a
nyirokcsomókban csak egy ideig, a korai szakban mutat-
hatók ki. Éppen *R. Frühwald*, aki pedig leginkább híve
annak a felvételnek, hogy a recidivák a nyirokcsomókból
eredő újabb elárasztásból támadnak, 89, a lues különböző
szakára vonatkozó punctió eredményéből megállapítja,
hogy a spir. pall. csak kb. 3 évig mutatható ki a nyirok-
csomókban, legkönnyebben a legkoraiabb szakban. Ezzel
szemben 4 *tertiär esetben egyszer* sem tudott spirochaetá-
kat kimutatni.

A syphilis késői, úgynevezett *tertiär szakában* a nyi-
rokcsomók fajlagos megbetegedése, legalább is klinikai
megnyilvánulásban, felette ritka. Ez mindenesetre első
hallásra meglepő, hiszen éppen a már fennemlített adatok
mutatták, hogy a spirochaeták az első években aránylag
gyakran mutathatók ki azokban. Ne felejtjük el azonban,
hogy a szervezet egyben éppen a nyirokcsomókban bir ha-
talmos védőrendszerrel, immunizáló erővel. Ily felvétel-
lel inkább érthető, hogy ha a későbbi években a nyirok-
csomó kötőszöveti részeiben (trabeculák) esetleg még
veszteglő kórokozó csak egészen rendkívüli és általunk
még ismeretlen okokból válik a késői tünetek létrehozá-
sában részessé. Tény az, hogy amilyen szabályszerű a
nyirokcsomók klinikailag jól megállapítható elváltozásai, a
lues korai szakában, éppen oly kivételes azoknak *tertiär*,
gummás megbetegedése. *Gold* *tertiär statisztikájában* pl.
egyetlen egy eset fordul csak elő, *Nobl* 7000-nél több lues-
ses betegnél csak 3 ízben talált gummás nyirokcsomót.
Figyelemreméltó a *Fournier*-től eredő legnagyobb *tertiär*
statisztika is (3629 eset), amelyben egyetlen *bubó gummo-
sus* sincs említve. Én magam 22 év alatt nagy kórházi
beteganyagomon eddig 2 esetet észleltem, az elsőt (ingu-
nalis bubó gummosus) 1927-ben Régi János kórházi osztá-
lyomon, a másodikat a Szent-István kórházi osztályo-
mon; ez utóbbit a nyakon, amelyről *Pilau* számolt be.

A gummás lymphomák tünetei elég enyhék és heve-
sebb fájdalommal nem szoktak jární. A nyirokcsomók
gummája kezdetben cseresznye-babszem-mogyorónagy-
ságu csomó képében jelentkezik, mely kezelés híján lud-
tojtás nagyságúra is megnőhet. Növekvése közben a köz-
pontjában ellágyulás áll be, amikor azután a lefolyás a
széteső gumma szokásos képét veszi fel. A bőr felette fo-
kozatosan elvékonyodik, majd áttörve azt, szemünk elé
tárul a *lymphadenitis gummosa exulcerans*. Ennek a bántal-
omnak két kedvenc helye van: a lágyék és a nyak, de
előfordulhat természetesen rejtve a testüregben is, ami-
kor azt csakis a sectiók lelet deríti ki. *Birch-Hirschfeld*
a bronchialis és mediastinalis, *Buday Kálmán* a mesenteria-
lis nyirokcsomók nagymérvű gummás elváltozásait írta
le.

A klinikai diagnosis nem könnyű, hiszen elsősorban
több más és kétségtelenül gyakoribb bántalom fennfor-
gása (tbc., lymphosarcoma, leukaemia, lymphogranuloma-
tosis, carcinoma) jön szóba. Mindenesetre fontos, hogy a

nyirokcsomó subacut tumorszerű megnagyobbodása, majd
centralis ellágyulása esetén *syphilisre is gondoljunk*. A
többi betegség megfelelő vizsgálatokkal való kizárása, a
positiv anamnesis, sero- és luotest-reactio a diagnosist
a lues felé fogja irányítani, eldönteni a kérdést azonban
leginkább az antilueses kúra gyors sikere van hivatva.

A késői szakban egyébként a nyirokcsomók tájéki
duzzanata alig fordul elő, sőt fekélyes folyamatok, tumor-
szerű képződmények esetén a *nyirokcsomók normalis
nagysága* tudvalevően inkább késői *lueses bántalom mel-
lett szől*. De azért tapasztalás szerint itt is figyelembe
kell venni, hogy nagyobb gummás fekély esetén, főként
ha az megfelelő kezelés híján sokáig áll fenn, a tájéki
nyirokcsomók meduzzadhatnak, igaz ugyan azok nem ke-
mények, mert egyszerű lobos reactio eredményei.

Kétségtelen, hogy a nyirokcsomók viselkedése a lues
folyamán jelentőség dolgában némiképp veszített a Wa. r.
alkalmazása óta. De azért nagy hiba volna, ha azokra
most már kevesebb figyelmet fordítanánk, mert egy újabb
értékes vizsgálati eljárás megismerése nem jogosít fel
arra, hogy ugyanakkor más, nagy fontosságú és régen
megállapított klinikai jeleket elhanyagoljunk.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. női klinikájá-
nak közleménye. (Igazgató: Burger Károly ny. r. tanár.)

A mély harántállás okai, mechanismusa és helyzetjavításának módjai.

Írta: Végh Lajos dr. klinikai tanársegéd.

A közelmúltban 5 éves szülési anyagunk alapján be-
számoltunk arról, hogy a medence kimenetének szűkülete
milyen módon járul hozzá a teljes gátrepedés keletkezé-
séhez. Megállapítottuk, hogy teljes gátrepedés különösen
olyan asszonyokon fordul elő, akik medencéjének kime-
nete nemcsak a haránt, hanem hátsóegyenes átmérőjében
is szűkebb. A kimeneti méréseket erre a célra szerkeszt-
ett eszközünkkel végeztük. E közleményemben egyrészt
arról óhajtanék beszámolni, hogy a medence tölcséres
alakulatának mekkora a szerepe azon esetekben, ame-
lyekben a magzati koponya, a csontos szülőtutakon, a szo-
lott szülési mechanizmustól eltérő módon halad keresz-
tül; másrészt elgondolásunkat és tapasztalatainkat sze-
retném ismertetni abban az eddig meg nem állapított
kérdésben, hogy az ilyen szülésmechanizmusbeli eltérés
mennyire szorul helyzetjavításra és azt milyen módon
végezzük. Ezért a II. sz. női klinikának másfél éves anya-
gát átvizsgáltuk s 2.500 szülés közül azokat a haránt és
ferdeállásokat tárgyaljuk, amelyekben a fej a medence
alapját elérte anélkül, hogy a nyilvarrat a rendes szülés
mechanismusa szerint az egyenes átmérőben tudott volna
elhelyezkedni. — A szerzők nagyobb csoportja a mély-
harántállást meglehetősen ritka esetnek tartja. Így pl.
Kangas a wiipuri kórház szülészeti anyagában csak 0.2
%-ban találta ezt a rendellenességet, *Claus* 0.26%-ról
bennél, *Ahlfeld* szerint 1.26%, *Sellheim, Berlas* szerint
1—1.5%, *Schumacher* szerint 1.9%-ban fordul elő.
Brockhausen 5.78%-ra emeli az arányt. Feltűnően nagy
arányokról beszél *Demme*, aki 54%-ban találta a fejet
harántul futó nyilvarrattal a medence fenekén, *Brühl*
viszont a keresztcsont közepe táján már 70%-ban a fer-
dében és csak 25%-ban találta a nyilvarratot még a ha-
rántban. Ezek a százalékos nagy különbségek alkalma-
sint azzal magyarázhatóak, hogy a mélyharántállás meg-

ítélése nem egységes szabály szerint történt. *Sellheim* mély harántolástról beszél ha a fej, a szülőcsatorna hajlított részén túlérve nyilvánvalóan a harántátmérőben megreked. Mások (pld. *Kangas*) viszont azt tartják mély harántállásnak, ahol a fej már ilyen helyzetben túl haladt a kimeneten.

Nem teszünk éles különbséget aközött, hogy a medence fenekén a nyilvarrat teljesen a harántban helyezkedett, vagy már kissé a ferde felé tendál, mert sokszor csak árnyalati különbségről van szó és a lelet attól függ, hogy a belső vizsgálatot fájás alatt vagy szünetben, gyakori vagy ritka fájások között, narcosisban vagy ébrenlétben végezzük. Tapasztalataink ugyanis azt mutatták s erről több szerző is említést tesz, hogy a fej kitolás alatt mintegy igyekszik, hogy nyilvarrattal az egyenesbe forogjon, azonban az akadályok miatt ez keresztülvihetetlen és ezért később újból az előbbi helyzetét foglalja el. Előfordul, hogy ugyanannál az asszonynál később végzett belső vizsgálattal, az előbbi még ferdén futó nyilvarratot újból a harántban találjuk. Anyagunkban 2.500 szülés közül 82 esetben találtuk a fejet hosszabb ideig a medence fenekén haránt vagy ferdeállásban, ez az összes szülések 3.7%-a. Hogy e kérdésben tisztábban lássunk, célszerűnek ítéltük azt, hogy a fejlap adatai mellett újból átvizsgáljuk szülőnőinket medencéjük szempontjából. Sajnos csak 40 szülőnőnk jelentkezett utólagos vizsgálatra, így csak ezekkel foglalkozhatunk e közleményünkben részletesebben.

Az e kérdéssel foglalkozók a mély harántállás kialakulását részben anyai, részben magzati okokkal magyarázzák. Előidézője lehet olyan tényezők hiánya, mely rendes körülmények között a koponyát forgásra kényszeríti; másrészt olyan szokatlan tényezők jelenléte, amelyek ezt a forgást akadályozzák. Így a medence bemeneti szűkülete, a fájások gyengesége, a lágyszövetek ernyedtsége; a magzati koponya deflexiói vagy középtartása, a magzati koponya kerek volta, a vállak elhelyezkedése, a köldökzsínornak többszörösen a magzat köré csavarodása, a magzat feje és a csontos medence közé szorult kar stb. A szerzők szerint ezek a tényezők ritkán egyenként, gyakrabban halmozódva akadályozzák meg azt, hogy a koponya második medencebeli forgását elvégezhesse. Ilyen tárgyú közleményekben gyakran emlegetik azt, hogy mély harántállás kialakulásához nagy százalékban hozzájárul már a medencebemenet szűkülete. Rachitikus laposmedence esetén ugyanis a fej deflexiói, vagy középtartásban illeszkedik be és ha ezt a tartást később nem változtatja meg, mély harántállás jön létre. A fej középállása ugyanis sokak szerint a mély harántállás egyik jellemző tulajdonsága. Ezen rachitikus lapos medencék harántfeszülése is rendszerint nagyobb és így a koponya elfér egyenes átmérőjével a kimenet harántjában ilyenkor ha a kitolás gyorsan folyik le, a fej nyilvarrattal a harántban meg is születhetik. *Bickenbach*, aki *Brühl* által közölt 23 mély harántállásos szülés lefolyását elemezte, hangsúlyozta, hogy nem annyira a csontos medence atypusos formájának van döntő befolyása a második forgás elmaradására, hanem inkább a megváltozott medencefenék izomzatának. Ez a véleménye *Martiusnak* is és a szülés mechanizmusát úgy magyarázza, hogy akkor, amikor a fejnek ilyen indifferens az állása az erők egyenlő hosszúak és ha még ezen kívül a medencefenék gyengült izomzatának sincs forgatóereje, a fej harántállásban marad. Elgondolását támogatják *Brühl*, *Kangas*, *Berlas*, *Bickenbach* stb. által közölt mély harántállásban történt szülések esetek, mert ezek legnagyobb részben multiparákon folytak le, akiken tehát a medence alapjának izomzata gyengült, ernyedt volt, *Jaschke*

és részben *Schumacher* viszont a fájásgyengeségnek tulajdonítanak nagyobb jelentőséget, mert ilyenkor a forgatóerő másik tényezője hiányzik. Az utóbbi szerző, anyagában 47%-ban talált fájásgyengeséget és főképen azokban az esetekben, ahol a medence általánosan szűk és lapos volt.

Bár *Seitz* már rámutatott arra, hogy mély harántállás gyakran fordul elő tölcseralakban szűk medencék eseteiben, *Sellheim* pedig a szülésmechanizmus taglalásakor kiemelete, hogy a szülési tengely ellaposodása kedvező tényező a mély harántállás kialakulásában, az irodalom tanulmányozásakor feltűnt és *Schumacher* is kiemelte közleményében, hogy a szerzők, általában a többi alakító tényezővel szemben, ez utóbbinak csupán jelentéktelen szerepet tulajdonítottak. *Schumacher* 102 mély harántállásos esetben ezen rendellenesség kialakulását 33 alkalommal a tölcseres medencére vezeti vissza. A mi anyagunkban pedig 40 esetből 36-ban szűkebb volt a kimenet a rendesnél, 3 asszonyban a rendes nagyságot elérte és csupán 1 esetben volt valamivel nagyobb. *Sellheim* előírása szerint a medenceüreget is pontosan kitapintva, azt találtuk, hogy a keresztcsont 15 esetben lapos, 10 esetben pedig egészen kis vájulatallal rendelkezett, 3 ízben mélyebb és 12 ízben rendes mélységű volt a keresztcsont vájulata. A keresztcsont vájulatának ilyen gyakran talált laposabb voltát, illetve a tölcseres medence gyakoribb előfordulását talán támogatja *Riedl* antropológus monographiája, amely szerint 367 hazai keresztcsonton végzett pontos tanulmány alapján a magyarországi keresztcsontok hosszabbak és laposabbak, mint általában a környező államok egyéneinek keresztcsontjai és a magas assimilációs medence is itt 35%-ban fordul elő.

Amíg ezt a tényezőt ilyen nagy százalékban találtuk (40-ből 36), szerzők által említett többi alakító tényező eseteinkben csak elenyésző csekély számban fordult elő. 40 mély harántállásos esetiink között a medence csak hatszor volt szűkebb a bemenetben, még pedig alak szerint négyszer I^o-ban szűk rachitikus és kétszer I^o-ban egyaránt szűk. A rachitikus medencék közül a harántfeszülés csupán az egyik esetben volt valamivel nagyobb a rendesnél s a kimenet hátsó egyenes átmérőjét is itt nagyobbra találtuk. A másik angolokoros lapos medence kimenetének méretei rendes nagyságúak voltak, míg a megmaradt két rachitikus és a két egyaránt szűk medence ily méretei nem ütötték meg a rendes mértéket sem. Ezek alapján tehát a medence bemenetének szűkülete, a mély harántállás előidézésében meglehetősen elhanyagolható számban szerepel.

A 40 szülőnő közül 37 először szülő volt és ezek közül tizennégy 30 éven felüli, tehát idős pr. p. Csupán három esetiinkben szerepel többször szülő nő. Tehát a második forgás elmaradásának előidézésében eseteink alapján a lágyszövetek ernyedtségének alig juthatott szerep. Nem szólnak eseteink mások azon gyakori megfigyelése —mellett sem, hogy mély harántállásban a magzati koponya gyakran deflexióban, vagy középállásban ér le a medence fenekéhez, mert ezt csupán két ízben észlelhetjük. Az egyik esetben a deflexió tartásban lévő fej nyilvarrattal a harántmérőben két óráig stagnált a medencefenéken s ekkor a szülést fogóműtéttel fejeztük be. Ennek érdekessége az volt, hogy a fej *Martius* által dorso anterior fejtetőtartásnak nevezett mechanizmus szerint született meg. (Ez esetiinkre később még visszatérünk.) A többiekben kifejezett flexió tartásban találtuk a koponyát a medence fenekén, sőt egy ízben a magzat expressiora flexió tartásban született meg harántul futó nyilvarrattal.

Fájásgyengéséget, amelynek általában oly fontos szerepet tulajdonítanak, 40 szülónőnkön csupán 9 esetben észleltünk. A fájásgyengesség 2 esetben elsősleges volt, de javult, hatszor másodlagos, egyszer pedig a szülés folyamán végig tartott. Megfigyeléseink alapján a másodlagos fájásgyengesség sokszor nem annyira oka, mint inkább következménye a mély harántállásnak. Csupán két esetünk támogatja *Nelius* azon megfigyelését, amely szerint a forgás elmaradását a többször körülcsavart köldökzsinór előidézheti, vagy a részben bekövetkezett forgást vissza-kényszerítheti. Ebben a két esetben ugyanis a köldökzsinór többször a magzat köré volt csavarodva. Egy ízben pedig rendkívül rövid, 25 cm-es köldökzsinórt találtunk. Ez alkalommal 20 percig tartó kitolás után a magzat szívhangjainak romlása miatt a mély harántállásban levő fejre alkalmaztuk a fogót. Lehetséges, ha ez a rendellenesség nincs jelen, később a nyilvarrat az egyenesbe foroghatott volna.

Anyagunkkal nem támogathatjuk mások azon tapasztalatát, amely szerint mély harántállás akkor fordul elő, ha a magzatok súlya és fejkerülete nem éri el, vagy csak éppen megüti a rendes méreteket. Ezt inkább olyankor tapasztaltuk, ha a fej, mint fentebb említett egyik esetünkben történt, nyilvarrattal a harántmértőben meg is született. Ekkor úgy, mint a közölt csaknem hasonló esetek többségében, a fejkerület kisebb, 30 cm. volt és a magzat súlya 2750 gr. Ezenkívül még egy magzat fejkerülete volt nagyon kicsi, 29 cm. Kettőé 32 és négyé 33 cm. A többi magzat fejkerülete 34–36 cm-t mutatott. Súlyban és hosszúságban csupán két magzat nem érte el a rendes határt, míg a többiek jórészt e fölött, sőt két magzat 4000 gr-t is meghaladta.

Az *Ahlfeld*, *Franque*, *Mueller* által írt rendellenes karelhelyeződést egy esetünkben sem tapasztaltuk.

Vizsgálataink összegezéseképpen tehát anyagunkban a mély harántállás kialakulása, illetve a fej második forgásának elmaradása elsősorban a csontos medence tölcéséres alakulatával, vagyis a kimenet haránt és hátsó-egyenes átmérőjének szűkebb voltával, valamint a keresztcsont laposságával és másodsorban a lágyrészek merev voltával magyarázható.

Schumacher 33 tölcéséres medencéjű szülónőn tett megfigyelése alapján részletezte ilyen esetekben a szülési mechanizmust. Szerinte a mély harántállás létrejöttének főfeltétele, hogy térránytalanság legyen a medencekimenet és a fej között, mielőtt még a szülőcsatorna izmos része a koponyát állás- és tartásváltozásra kényszeríthetné. Tölcéséres medence esetén a lefelé convergáló oldalsó medencefalak és a lelapított tarkó szoros érintkezésbe kerülnek egymással, ami a koponya második forgását megakadályozza. Ezt a mechanizmust egy megfigyelésünkkel támaszthatjuk alá. Amint említettem, esetünk egy részében a keresztcsont is ellaposodott volt. Ilyenkor tehát a magzati koponya akkor lesz legelőnyösebb helyzetben, ha a legkisebb, vagyis a bitemporalis, illetve biparietalis átmérőjével halad át a medence megrovidült egyenes átmérőjén. Ezért nem forog ilyenkor a fej nyilvarrattal egészen az egyenesbe az összes forgásra kényszerítő tényezők hatására sem (erős fájások, jó medencefenéki izomzat, stb.). A fejlet rendszerint jelentékeny flexióban találjuk, mert a nyomóerő a gerincoszlop folytán a tarkóra hat, tehát a kiskutacs süllyedt mélyebbre, viszont a koponya másik oldala a homlok, ill. a fejtető a neki megfelelő lefelé convergáló medencefalon visszamarad. A koponyatető tehát tapasztalatunk szerint nem szállhat lejjebb és ilyent tölcéséres medence esetén *Schumacher* sem látott.

Hogy önként szülés lehetséges-e, az a térvizonyokból adódik. Tapasztalataink alapján jó szülőfájások és a fejnek megfelelő alakulása után megszülethetik a fej nyilvarrattal a harántban, foroghat a ferdébe, de kedvező körülmények között esetleg az egyenesbe is. Ez utóbbi esetben gyakran fordul elő, hogy a kiskutacs hátraforog. Ha a fej nagymértékben alakulni kész vagy kicsi, a medencének pedig inkább a hátsóegyenes átmérője szűkebb, akkor a fej a fronto suboccipitalis átmérőben annyira meg tud rövidülni, hogy a nyilvarrattal a harántban is megszülethetik, mint ezt egyik esetünk mutatta. Ha a térvizonyok kis forgást megengednek, akkor a fej nyilvarrattal a ferdébe forog. A további forgásban ilyenkor megakadályozza a lapos keresztcsont, s ez a ferdeállás lesz a fej számára a legkedvezőbb helyzet, amelyben episiotomia vagy gátrepedés után megszülethetik. Ritkán fordul elő, hogy a fej nyilvarrattal magától az egyenesbe forog és segítség nélkül születik meg. 40 szülésünk közül ezt 4 esetben láttuk, még pedig a kiskutacs egy ízben előre és három ízben spontán hátrafelé forgott. Ez utóbbi körülményt az magyarázza, hogy tölcéséres medencében a hegyesszögben találkozó szeméremágak között a kisebb bitemporalis átmérővel könnyebben tud beilleszkedni a koponya a szűkebb szeméremágak közé, mint a nagyobb biparietalissal. Így tehát a tarkói rész a forgási kényszer alatt a medencekimenet szélesebb tája felé csúszik, míg keskenyebb része a szeméremszöglet felé hajlik s így teremti meg a maga számára a legjobb helyzetet.

Természetesen a nagyobb akadályok legyőzése több időben telik, ezért tölcéséres medence esetén a szülés rendkívül elhúzódhat. Átlagban ezen szüléseinkben a tágalás szaka 22 óra 29 percig, a kitolás 2 óra 34 percig tartott. Ha esetenként vesszük szemügyre a kitolás szakát, akkor 3–4–6 órás kitolást figyelhetünk meg. Hogy az átlagos idő mégis csupán 2 óra 34 perc, annak oka az volt, hogy több esetben a szülést már korán be kellett fejezni a magzat érdekében.

A mély harántállás kialakulására a magzat második állása esetén nagyobb a lehetőség, mint első álláskor. Már *Küstner* és *Ahlfeld* is ezt állította, hogy második harántállás túlsúlyban van az első felett. *Schumacher* 60%-ban találta második és 40%-ban első állásban a magzatot. Eseteink közül 23-szor (57.5%) második állásban, 17-szer (42.5%) első állásban helyezkedett el a magzat. Második állásban ugyanis a tarkó többnyire hátratekint, így a vezérpontnak 45°-kal nagyobb utat kell leírni ahhoz, hogy az egyenes elülső végpontjához jusson.

Tapasztalatainkat összegezve tehát arra az eredményre jutottunk, hogy a mély harántállás kialakulásában legnagyobb szerepe a medencekimenet szűkülésének és a keresztcsontvájulat ellaposodásának van. Spontán szülés ez esetben leginkább úgy lehetséges, hogy a nyilvarrat a ferdébe, esetleg az egyenesbe forog, az utóbbi esetben gyakrabban hátraforgó kiskutacsal.

E megfigyeléseink és tapasztalataink kiváló példáját adja 4 szülési esetünk, amelyek egyuttal támogatják azt az álláspontunkat, amelyet mély harántállás kezelésében elfoglalunk.

Hogy tölcéséres medence esetén a mély harántállásban levő fej megszületésére kedvezőbb a kiskutacs hátraforgása, ezt három ilyen spontán szülésünkkel kapcsolatban már megemlítettük. Alábbi esetünk azt mutatja, hogy a fogóműtét mély harántállás esetén könnyebb lehet, ha a magzatot hátsókoponyatartásban hozzuk világra.

1. Az egy órája tartó kitolási szak, az anya praeklampsiás állapota és a magzati szívhangok romlása miatt a szülést be kellett fejezni. Jó fájások ellenére a nyilvarrattal harántban elhelyezkedett koponya a medence fenekén sem mu-

tatott hajlandóságot a forgásra és kigördülésre. A szülő 33 éves I. P. medencéje első I^o-ban egyaránt szűk, keresztcsontja lapos. Kimeneti harántméro 7 cm., hátsóegyenes átméro 5.4 cm., a mellső 7 cm. Mivel a nyilvarrat teljesen a harántban állott, Kielland-fogót vezetünk fel. A kiskutacs előretorgatása azonban nem sikerült. A fogó kanalai oldalirányban lecsúsztak, ezért újból fölvezettük őket és megkíséreltük a kiskutacsot hátraforgatni. Ez a művelet különösebb nehézség nélkül sikerült is és előzetes episiotomia után a fej szinte akadály nélkül kigördült. 2650 gr-os, 51 cm. hosszú, 33 cm. fejkerületű asphyxiás magzat született, élesztésre csakhamar sirt.

Egy másik esetünk szerint kiskerületű koponya, tölcséres medencén nyilvarrattal a harántátmérőben megszülethetik, ha ez számára a legkedvezőbb helyzet. Irodalmi közlések alapján ez meglehetősen ritkán fordul elő. *Brühl* által 1926-ban összegyűjtött 23, és azóta *Cohen*, *Berias*, *Bickenbach*, *Wisoczky* által közölt esetek száma összesen mintegy 30. Valószínű azonban, hogy több eset nem került közlésre.

2. I. P., 18 éves. Külső medenceméreték: d. sp. 25 cm., d. cr. 28 cm., conj. ext. 18.5 cm. Kimenetei: haránt 8 cm., egyenes hátsó 5 cm., egyenes mellső 6.5 cm. A 27 órás táguást több mint 6 órás kitolás követte. A kitolás alatt végzett több belsővizsgálat azt mutatta, hogy fájás közben a harántban álló nyilvarrat rövid időre a balferdébe került, majd ismét a harántba fordul vissza. Végül is jókora hüvely-metszésre és erős expressióra a fej kigördül nyilvarrattal a harántátmérőben. 50 cm. hosszú, 2750 gr-os, 30 cm. fejkerületű magzat született a *Winckel* által leírt typosos flexiós tartásban, tehát úgy, ahogy azt észlelés alatt végig találtuk. A megnyúlás a mento-occipitalis átmérő irányában történt.

Ez az eset nemcsak azt mutatja, hogy a fej harántul álló nyilvarrattal megszülethetik, hanem azt is, hogy az a szülés folyamán igyekezett inkább a ferdébe forogni, ami azonban csak átmenetileg volt számára lehetséges.

Közölt anyagunkban, mint említettem, egyetlen esetben észleltük azt, hogy a fej középtartást vett fel és ezt a szülés végéig megtartotta. Ezt az esetet részint ezért emeljük ki, másrészt pedig azért, mert az előreforgott kiskutacs meglehetősen elrontotta az optimális helyzetet és emiatt egészen ritka szülési rendellenesség alakult ki.

3. I. P., 24 éves. Rendes külső medenceméreték, laposabb keresztcsont, mérsékelt és arányos kimeneti szűkület. Egy órás kitolás után a magzati szívhangok váltakozása miatt a szülés befejezésére kerül a sor és ezért belsővizsgálatot végzünk. Kiderül, hogy a medencefenékre támaszkodó fej nyilvarrattal a balferdében helyezkedik el, inkább az egyenes felé. Legmélyebb pontja a nagykutacs, kissé balra, közel a középvonalhoz. Körülötte erősen kifejlődött fejdaganat. Episiotomia után Naegelle-fogót alkalmazunk és nehézségek árán erős lefelé húzás és csekély forgatás után kigördítjük a fejet. Ekkor kiderült, hogy a *Martius* elnevezte dorso anterior fejtetőtartásos szülésről volt szó. A magzat 3000 gr-os, 53 cm. hosszú, 34 cm. fejkerületű volt. Fejmeinyúlás a magassági átmérőben, fejdaganat a nagykutacs tájékán.

E ritka szülési fajta *Rossenbeck* által leírt mechanizmusát a kimeneti szűkület még támogatta abban, hogy a kimenet harántátmérője felé közelebb hajló keresztcsont, a fejet mellfelé, az előreforgó occiputot tehát symphysis belső felületén felfelé nyomja. Ennek következtében a symphysis alatt nem a subocciput, hanem a kiskutacs előtt levő rész tud megtámaszkodni. *Jenő* az I. sz. női klinikáról közölt hasonló esetet 1936-ban s előtte *Nordmeyer* a világirodalomban összegyűjtve összesen 9 ilyen esetet talált.

Végül a 4. esetünk bizonyosága annak, hogy a fej megszületésére tölcséres medence esetén gyakran akkor kedvezőbb a helyzet, ha a koponya nyilvarratával valamelyik ferdeátmérőben helyezkedik el a kigördülés pillanatában. Orvosló beavatkozásunk irányelveit különö-

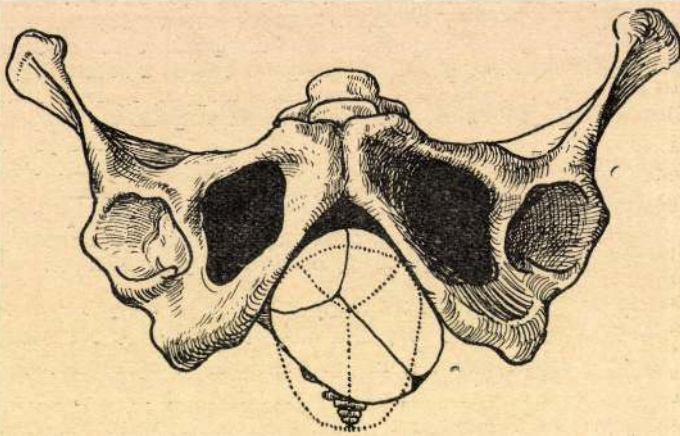
sen ezen szülés alkalmával tett megfigyelés és észlelés támogatja.

4. I. P., 22 éves. Rendes külső medenceméreték. Kimeneti harántátmérő 7.5 cm., hátsóegyenes átmérő 4 cm.! Mellsóegyenes 8 cm., spinák erősen beugrók. Jó szülőtevékenység. 2 órás kitolás után a magzat érdeke a szülés befejezését teszi kívánatossá. A medence alapján, nyilvarrattal a harántban, jobbra tekintő kiskutaccsal stagnáló fejre episiotomia után alkalmazzuk a Kielland-fogót és próbáljuk a nyilvarratot egyenesbe forgatni. A forgatás azonban csak a ferdeig sikerül, a további erőltetéskor a fogó kanalai lecsúsznak. A hüvelyből vérzés indul. Erre a ferdeben próbáljuk extrahálni a fejet, ami sikerül is különösebb nehézség nélkül. Rendes nagyságú és fejkerületű magzat születik.

Saját tapasztalataink alapján tehát a mély harántállás kialakulásának legfontosabb tényezője a tölcséres medence, éppen ezért a helyes orvoslás megválasztásakor erre kell elsősorban tekintettel lennünk. Ehhez azonban pontosan ismernünk kell a medencekimenet haránt és különösen hátsóegyenes átmérőjét. Tartsuk szem előtt *Martinnak* azt a mondását, hogy: „A szülés nehézségeit megbecsülni nem szabad anélkül, hogy medencemérésekkel a medence nagyságáról és alakjáról ne tájékozódnánk.” Elsősorban is osztozunk azok véleményében, akik a szülő nőt már idejekorán a kiskutacs oldalára fektetik, hogy az mélyebbre szállhasson. Helyesnek tartjuk ugyanis *Schumacher* álláspontját, hogy jobb a kilátások akkor, ha a kiskutacs mélyebbre száll. Természetesen, ha fájásgyengeség mutatkozik, akkor lehetőség szerint fájáskeltőket adagolunk, mégpedig thymophysint és glandurit kis adagban (1—3 V. E.). Akár sikerül azonban a fájások erősítése, akár nem, a szülés további elakadása-
kor részben vitális, részben prophylaktikus javallatból a szülés befejezésére sor kerülhet és ilyenkor szóba jön a szülésnek fogós befejezése. Itt meg kell jegyeznem, hogy klinikánk álláspontja az, amit *Burger* prof. már évek óta előadásában is, tudományos közleményben is hangoztatott, hogy a fogóműtéttel, bár azt nagyon alaposan megfontoljuk, nem tanácsos túlzottan takarékoskodni, mert ez sem a magzat, sem az anya érdekét nem szolgálja. Álláspontja, hogy a fogóműtétet nem akkor kell végezni, amikor a magzat már súlyos asphyxiában szenved, hanem akkor, amikor ez az asphyxia még megelőzhető. (Részletesebben: O. H. 1933. év 35. sz.)

Ezen elv szemmel tartása óta szülészeti eredményeink mind az anyákra, mind a magzatokra vonatkozólag fel-tűnően javultak. A fogóműtétre nézve pedig mély harántállás esetében következő az álláspontunk: Tekintettel arra, hogy a fej megfelelő konfigurációja és jó szülőtevékenység esetén a nyilvarrat spontán is az egyenesbe foroghat, ezért szükség esetén fogóval is minden körülmények között megpróbáljuk a nyilvarratot az egyenesbe forgatni. Vannak azonban esetek, ahol a tölcséres medence kimenete igen szűk, a keresztcsont vájulata lapos, hátsóegyenes átmérője nagyon megrövidült; itt a forgatás csak a lágyrészek nagyobb fokú sérelme árán, sőt nem egyszer a csontos medence ellenállása miatt még így sem vihető keresztül. Amint említettük, ily tétemes kimeneti szűkületű tölcséres medence esetén a mély harántállás kialakulása tulajdonképpen a tölcséres alakú medencébe süllyedt fej legkellőbb elhelyezkedésének következménye. Ilyenkor tehát, ha a szabályos mechanizmust erőszakoljuk, tulajdonképpen a kedvező helyzetet rontjuk el. Tapasztalataink alapján az az álláspontunk alakult ki, hogy ilyen kivételes esetekben olyan irányban és addig végezzük a forgatást, ameddig különösebb nehézség nélkül lehetséges. Megkísérelhetjük tehát a kiskutacs hátraforgatását, ami a fent említett szempontok miatt néha könnyebben kivihető, vagy pedig előreforgatjuk a kis-

kutacsot a megfelelő ferdeátmérő elülső végpontjáig és ebben a helyzetben gördítjük ki a fejet. Ez utóbbi lehető-



ség tapasztalataink szerint nem egy esetben fordul elő. Amint a mellékelt ábra is mutatja, ugyanis nagyobb fokú kimeneti szűkület esetén a kigördüléskor a nyilvarrattal valamelyik ferdeben álló koponyának nem kell olyan mélyre szállnia, mert részint az os parietale szöglete inkább beül a szeméremszárak közé, mint a széles tarkó, másrészt pedig a homlok rész ilyen körülmények között nem ütközhet az igen erősen előreálló keresztcsont csúcsának, hanem a megfelelő oldalon a diaphragma urogenitalét feszíti meg. Az ilyenkor elegendő episiotomia megnyitja az utat a fej számára, ahol az nagyobb sérülés nélkül kigördülhet. Hogy a koponya mintegy keresi az ilyen helyzetet a kilépésre, azt mi sem bizonyítja jobban, mint az a közismert tény, hogy mély ferdeállásból fájások alatt nem egyszer a másik oldali ferdeállásba fordul a fej. Néha ugyanis megessik, hogy fogóműtét közben, az optimalison alkalmazott fogóval ferdeállás esetén, csak negyedfordulatot végeztünk és kigördülés előtt a fej mégis félfordulatot vett úgy, hogy kigördüléskor a nyilvarrat már a másik ferdeben állott. Ezt a jelenséget gyakran mint „túlforgást” könyvelik el, pedig véleményünk szerint jól elhelyezett fogó esetén ez nem egyéb, mint hogy a koponya a szeméremszárakról a másik irányba lecsúszik és a húzási kényszer alatt keresi a legjobb kilépési lehetőséget. Ebben a véleményünkben megerősít bennünket az, amit *Frommolt* közölt a *Stoockel*-klinikáról, mely szerint a fej 7%-ban nyilvarrattal nem az egyenesben, hanem a ferdeátmérőben születik meg. Bár ezt százalékban kifejezni jelen közleményünkben nem tudjuk, de tapasztalataink alapján mi is számos hasonló megfigyelésről számolhatnánk be.

Ezek figyelembevételével véleményünk szerint nagyfokú kimeneti szűkületű töksés medence esetén újrazizgálatra szorulna az a szabály, mely szerint fogóval a nyilvarratot *mindenképpen* az egyenesbe kell forgatni. A fogó olyan műszer, amellyel nemcsak a szülőerőt pótoljuk, de a legmegfelelőbb mechanizmus szerint gördítjük ki a fejet. A fent említett ritka kivételes esetekben különösen betartandó a non vi sed arte elve. A legjobb helyzetet itt a ferdeállás adja meg, amelynek alsó végpontja irányában a diaphragma urogenitalét jókora metszéssel felszabadítjuk és így a kimenetet a kigördülő fej számára megnyitjuk. Az episiotomiát tehát célszerű mindig abban az irányban végezni, amelyben a homlok, illetve az arc van. A vélemények megoszlanak abban, hogy mély harántállás esetében — ha szükség van rá — Naegele- vagy Kielland-fogót alkalmazzunk. A nagyobb többséghez csatlakozva, mi a Kielland-fogót használjuk ilyen esetekben, főként azért, mert az egyenesben alkalmazhat-

juk és így a fejet a legkellőbben ragadhatjuk meg. De még ha azt az álláspontot fogalnánk is el, amit az amerikai szülészek, hogy t. i. medencegömbületes (*Naegele-Smellie*) fogót is alkalmazzunk az egyenesbe, ilyen lapos keresztcsontú medence esetén mindenképpen jobb szolgálót tesz a Kielland-fogó laposabb kanalai miatt.

A Tisza István Tudományegyetem bőr- és nemibeteg klinikájának közleménye. (Igazgató: Neuber Ede ny. r. tanár.)

Bőrrákok tükröződése a vérsavóban.*

Írta: Szép Ernő dr. és Nyáry Lenke dr.

A rosszindulatú daganatokkal kapcsolatos immunbiológiai és serochemiai vizsgálatoknak célja és feladata végeredményben azoknak a hézagoknak a betöltése, melyeket a daganatok pathológiájában, de elsősorban diagnosztikájában és prognostikájában a kórszövettan üresen hagy. Így pl. a daganatképződés kezdetének megállapításában nem mindig támaszkodhatunk biztosan jellemző szöveti képre, sőt ez olykor tévedésekre is vezethet. Kétségtelen, hogy bár a határ-típusok, mint a Bowen-f., Paget-f. strukturák, az erythroplasiák, tehát a dysplasiás dyskeratikus formák közvetlen, többnyire irreversibilis megelőzői a ráknak, még sem lesz belőlük minden esetben rák.

A bőr rákos és rákelőző betegségeinek aránylag könnyű és korai felismerhetősége, nagyobb részüknek jóindulatúsága, eredményes gyógyíthatósága az oka elsősorban annak, hogy a dermatologusok nem méltatták beteganyagukkal kapcsolatban nagyobb érdeklődésre az egyes rák-serodiagnostikai eljárásokat és nem sok figyelmet fordítottak a vérsavónak azokra a physikochemiai változásaira, melyeket e betegségekkel kapcsolatban ismertettek. Hogy bizonyos elváltozások a vérsavó részéről már a rákelőző állapotokban és kezdődő carcinoma esetében is észlelhetők, azt több vizsgálat igazolja.

A bőr rákelőző betegségeivel kapcsolatban *Kennaway* a globulin mennyiségének ingadozását, *Fischer-Wasels* a vér alkalicitásának fokozódását észlelte és ennek több kutató prognostikai jelentőséget tulajdonít a rosszindulatú daganatképződés szempontjából (*Redine, Hueper*). *Martinez*nek bőrrákos betegek vérsavójával végzett serochemiai és immunbiológiai vizsgálatai a következő eredményt adták: 18 eset közül 6 esetben volt észlelhető hyperglykaemia, 9 eset közül 7 esetben a vér fibrinogen-tartalma kisebb volt a rendesnél; bőrrák 55 esetében a Botelho-f. rákpróba 13 esetben gyengén pozitív, 10 esetben pozitív és 1 esetben erősen pozitív eredményt adott. *Klein* a Freund-Kaminer-féle intracutan-próbát végezte el bőr- és nyálkahártya-carcinómásokon és minden egyes esetben pozitív eredményt kapott. Ugyanakkor egyéb heveny, félheveny és idült bőrelváltozások esetében 1 kivételével negatív eredményt észlelt. *Cholewa* és *Cernelc* ugyancsak pozitív eredményt kapott a Freund-féle cutan-reactívál bőrrák mindhárom vizsgálat esetében. Különféle rák-reactíválkkal — pl. a Lehmann-Facijs — Witting-reactívál (*Weiss*), a Fuchs-reactívál (*Snellmann* és *Ebenius*) — bőrrákok esetében végzett néhány vizsgálat eredményei is arra mutatnak, hogy bőrrákokkal kapcsolatban is figyelmet érdemel a vérsavó tanulmányozása. De emellett szólnak újabban *Baló* és *Korpassy* megállapításai is: kimutatták ugyanis, hogy azok között, akiknél aggkori szemölcsök fejlődtek, háromszorta gyakrabban fordult elő rák, mint azok között, akiknél ezek az elváltozások nem voltak. Ennek alapján az öregkori szemölcsök jelenlétéből a szervezet rákhajlamosságára következtetnek.

Tudtunkkal még alig tanulmányozták a rák-seroreactiók értékét nagyobb bőrbeteganyagon. A fentebb közölteken kívül bizonyára azért, mert azok a kisszámú vizsgál-

*) A Magyar Dermatológiai Társulat 1937. évi nagygyűlésének előadása alapján.

latok, melyeket bőrrákok eseteiben végeztek, diagnostikai szempontból nem adtak biztató eredményeket. A Klein által módosított Freund-Kaminer-próba is, — mely a rák-próbák közül a legszebb eredményeket adja (93—98%) — felületes bőrrákok esetében általában negatív eredményű; ezzel szemben a mélybe hatoló spinocellularis bőr- és nyálkahártyarákok, melyek már korán okoznak áttételeket a nyirokpálya útján, korán adnak pozitív reakciót. Ebből arra következtetnek, hogy a vérsavó megtartja ráksejtoldó hatását, amíg a rák felületes.

Mi *Lehmann-Facius* és *Witting* megállapításai alapján és módszerével tanulmányoztuk a vérsavó viselkedését a bőr atypusos hámburjánzása folyamán és ennek megindulása alkalmával. E kutatók *Abderhalden*, továbbá *Lüttge* és v. *Mertz* vizsgálatai nyomán kimutatták, hogy a rákos betegek serum-fehérjéjét az egészséges ember savójában, valamint a tengerimalac serumában is jelenlevő normalferment ill. antitestek megtámadják, elbontják, miáltal alkoholban oldódó fehérjebomlástermékek keletkeznek, melyek reagensükkel — a ninhydrinnel — kimutathatók.

A *Ruhemann* előállította ninhydrin (triketohydrindehidrat) az aminosavszerű fehérjebomlástermékek reagensé, s először *Abderhalden* alkalmazta a terhesség és a rákos betegségek folyamán megjelenő védőfermentumok kimutatására. T. i. ha terhesek serumát placenta-extractummal, vagy p-dig rákos betegek savóját rákos daganat kivonattal hozzuk össze, akkor a védőfermentumok hatására kismolekulájú fehérjebomlástermékek keletkeznek, vagyis olyan anyagok, melyek dializálással a nagymolekulájú fehérjetestektől elválaszthatók és ninhydrinnel szín-reakciót adnak. *Abderhalden* nek ezt az igen bonyolult és érzékeny eljárását később *Lüttge* és v. *Mertz* úgy egyszerűsítette, hogy a nagymolekulájú fehérjetesteket a kismolekulájúaktól a körülményes dializálás helyett, az előbbieknél 96%-os alkoholos kicsapásával különítette el. Az utóbbiak oldódnak alkoholban és így abból ninhydrinnel kimutathatók. Bár *Lehmann-Facius* és *Witting* is a ninhydrin használják fel a kismolekulájú fehérjebomlástermékek kimutatására, próbájuk mégis nagymértékben különbözik *Abderhalden*, illetőleg *Lüttge* és v. *Mertz* eljárásától. T. i. míg az utóbbiak daganat-kivonatot használnak próbájukhoz, addig az előbbiek e helyett a rákos beteg savóját normális serummal hozzák reakcióba és az alkohol-elválasztás után ninhydrinnel pozitív reakciót kapnak.

Az *Abderhalden*- és a *Lüttge-Mertz-f.* reakcióknak egyik gyengéje, hogy megfelelő tumor-anyag, illetőleg kivonat szerzése még nem könnyű feladat. T. i. a rákos betegek serumában lévő védőfermentum számára a tumorfehérjét lehetőleg kórélettani állapotban kell nyújtani, vagyis olyan alakban, amelyben a tumor-fehérje a szétesés és feiszívódás folyamatakor a rákos szervezetben, mint idegen-plasmájú anyag a vérpályába lépett. Mert a beteg-serum a daganat-fehérjét csak ilyen alakban tudja elbontani (*Lehmann-Facius-Witting*).

A most leírt kísérletes vizsgálatok eredményei alapján mutatta ki *Lehmann-Facius* és *Witting* azt, hogy a rákos betegek serum-fehérjéjét az egészséges ember serumában, valamint a tengerimalac serumában is jelenlevő anyagok — antitestek — megtámadják, elbontják, miáltal alkoholban oldódó fehérjebomlástermékek keletkeznek, melyek reagensükkel — a ninhydrinnel — kimutathatók. Ilyen módon lehetséges a kérdéses betege savó tumor-fehérje-tartalmát vizsgálat tárgyává tenni. Az antitest-hatás feltételezésére támpontot nyújtanak *Fuchs*, valamint *Loeschcke* és *Lehmann-Facius* vizsgálatai, melyek szerint az antigen-antitest-reakciókor is chemiailag kimutatható változások jönnek létre. Pl. a fajlagos praecipitációkor másodlagosan, alkoholban oldódó, ninhydrinnel reagáló termékek keletkeznek. *Lehmann-Facius* és *Witting* azután későbbi vizsgálataikban azt találták, hogy sokkal törvényszerűbb értékek nyerhetők, ha ép embersavó helyett tengerimalac serumát használják, úgy hogy próbájukhoz ma már csupán tengerimalac-serumot alkalmaznak.

Lehmann-Facius és *Witting* kimutatták azt is, hogy reakciójuk a normalis serumban jelenlevő thermolabilis principiumhoz van kötve. Amíg ugyanis a rosszindulatú daganatban szenvedő betegek seruma 1/2 órán át 63°-on tartáskor nem változott, addig a normalis savó hatástalan, inactiv lett. Az eddig elmondottakból az is következik, hogy ez a daganat-fehérje-kimutatás a mechanizmusát illetőleg nem az *Abderhalden*- és a *Lüttge-Mertz-f.* reakciókhoz áll közel, hanem a *Freund-Kaminer*-reakciókkal rokon.

Az eljárás technikáját *Lehmann-Facius* és *Witting* a Dtsch. med. Wschr. 1934. évi 45. számában ismertették és ennek alapján vizsgálatainkat a következőképen végezzük: steril kémcsőben 0.2 ccm. activ vizsgálandó savóhoz 0.2 ccm. friss normalis tengerimalac-serumot adunk, melyet előzőleg élettani konyhasóoldattal egyenlő arányban hígítottunk. E serum-keveréket 18—24 órán át thermostatban 37°-on digérjük. Ezután minden egyes csőbe 5 ccm. 96%-os alkohol mérünk és vízfürdőben az alkohol egyszeri felforrásáig főzzük, majd egy másik kémcsőbe *Schleicher-Schüll*-féle no. 595 szűrőpapíron átszűrjük. Az alkohol-szűrülethez 1%-os alkoholos ninhydrin-oldatból (mi a *Meister-Lucius & Brüning-f.* ninhydrinnel dolgozunk) 0.15 ccm-t adunk, üvegbotot teszünk a csővekbe és 1 1/2 percig *Bunsen-láng* felett főzzük. Ellenőrzésképen minden vizsgálandó serumhoz 0.2 ccm. élettani konyhasó oldatot adunk, épen így a kétszer hígított tengerimalac-serum 0.2 ccm.-éhez is. Csak azokat a serumpróbákat vehetjük kifogástalanul pozitívnak, melyeknek alkohol-filtrátuma ninhydrinnel kifejezett lila színeződést mutat, míg ugyanakkor a hozzátartozó kontrollok vagy viztszák maradnak, vagy legfeljebb sárgás színt öltenek. A reakciót a ninhydrinnel való főzés után azonnal leolvassuk s csak az ekkor kapott lila színeződést értékeljük. Az ibolya szín erőssége szerint egy kis gyakorlattal ++++ reactio-erőségeket különböztethetünk meg. Elengedhetetlen az éhgyomorra vett, friss, haemoglobintalan savóval való, steril dolgozás.

Érdemesnek tartottuk ezeknek a vizsgálatoknak bőrbetegségekkel kapcsolatban való elvégzését, egyrészt, mivel még ilyen vizsgálatokat ezzel az érzékenynek és fajlagosnak ígérkező eljárással nem végeztek, másrészt a bőrrák szemünk előtt fejlődik, szövettanilag is könnyen ellenőrizhető s így e vizsgálatokkal 1. a bőrrákokkal kapcsolatos vérsavó változásokhoz szolgáltatathatunk adatokat, 2. kiegészíthetjük ennek az eljárásnak a diagnostikai értékére vonatkozó eddigi vizsgálatokat, 3. eredményeinkből következtetéseket vonhatunk a nehezen kórismézhető belsőszervi rákokra vonatkozólag is. *Lehmann-Facius* és *Witting*-en kívül *Weiss* számolt be a bécsi *Denklinikáról* eredményes tumor-fehérje-vizsgálatokról sebészeti rákkal, illetőleg betegségekkel kapcsolatban.

Táblázatunkban 110 bőrbeteg vérsavó-vizsgálatának eredményeit mutatjuk be. Ebből leolvashatjuk, hogy bőrcarcinoma 23 esete közül 7-szer erősen pozitív, 11 esetben pozitív, 3 esetben gyengén pozitív és 2 esetben negatív eredményt kaptunk. Összesen tehát 91.3%-ban nyertünk pozitív eredményt, ha egyáltalán szabad e kis számú esetek kapcsán százalékban kifejezni eredményeinket. Összehasonlítva ezeket *Lehmann-Facius* és *Witting*, valamint *Weiss* eredményeivel, akik általában carcinoma eseteiben 70, illetőleg 80%-ban kaptak ezzel az eljárással pozitív eredményt, látjuk, hogy a tumor-fehérje jelenlétét bőrrákos betegekben is az esetek tekintélyes százalékában meg lehetett állapítani. Feltűnő a carcinoma spinocellularis két negatív esete. Az egyik esetben (cc. in lupo colli) kétszer, a másikban (cc. labii inf.) háromszor végeztük el a próbát. Jelenleg ezeket az eredményeket csupán leszögezhetjük. T. i. hogy ezekben az esetekben a ninhydrinnel reagáló aminosavszerű bomlástermékek ki nem mutathatóságának oka e bomlástermékek tényleges hiányában, vagy e rákos betegek serumának a szokásostól eltérő viselkedésében rejlik-e, azt most még nem tudjuk megmondani.

Diagnosis:	Esetek száma	Lehmann—F.—Witting-reactio eredménye				
		—	†	††	†††	††††
Bőrrákok:	23	2	3	11	7	
a) cc. basocellulare	11	0	2	6	3	
b) cc. spinocellulare	9	2	1	4	2	
c) cc. baso-spinocellulare	3	0	0	1	2	
Morbus Paget	1	1	0	0	0	
Verruca senilis	2	1	0	1	0	
Morbus Darier	1	1	0	0	0	
Acne picea	1	0	1	0	0	
Ulcus cruris	8	1	4	3	0	
Leukoplakia m. o.	1	1	0	0	0	
Tbc. cutis luposa	7	6	1	0	0	
Tbc. cutis colliquativa	3	1	0	2	0	
Tbc. cutis verrucosa	2	2	0	0	0	
Erythematodes	16	9	3	3	1	
Dermatitis artef.	3	3	0	0	0	
Salvarsan-derm.	2	2	0	0	0	
Ekzema	6	6	0	0	0	
Pyoderma	4	4	0	0	0	
Aktinomykosis	5	5	0	0	0	
Skleroma	3	2	1	0	0	
Trichophyta profundis	3	3	0	0	0	
Psoriasis	3	3	0	0	0	
Skleroderma	1	1	0	0	0	
Congelatio	2	2	0	0	0	
Lues I—III.	6	6	0	0	0	
Gonorrhoea	7	7	0	0	0	

Igen érdekesek azok az eredményeink, melyek szerint már *lencsényi basaliomák* pozitív eredményt adtak. Ezt fontosnak tartjuk azért, mert arra mutat, hogy a nyhezen kórismézhető kezdődő belsőszervi rákra — gyanu esetén — már igen korán figyelmeztethet. Nyolc, többnyire évek óta fennálló olyan makacs bőr-carcinoma esetében is alkalmunk volt elvégezni a vizsgálatokat, amikor előzőleg több ízben röntgen-besugárzásban, egyes esetekben pedig még kauter-kezelésben is részesült a beteg. Ezekben az esetekben egy kivételével (cc. in. lupo colli) pozitív, illetőleg erősen pozitív eredményt kaptunk. A most mondottakból azt a tanulságot vontuk le, hogy a makacs, nem kielégítő kezelésben részesült bőrrákok a vérsavóban erősen tükröződnek. Hogy egyedül a röntgen-besugárzás által okozott szövetszétésés nem befolyásolja e reactio eredményeit, azt több eset kapcsán volt alkalmunk tapasztalni.

Mi belsőszervi ráknak csak néhány (5) esetében végeztük el e reactiót — minden esetben pozitív eredménnyel, — egyrészt *Lehmann-Faciús* és *Witting*, valamint *Weiss* teljesen egybehangzó eredményei miatt, másrészt pedig ezeket a vizsgálatokat e kérdéssel foglalkozni kívánó klinikusok számára óhajtanók fenntartani, akik ezeket az eseteket klinikailag is, szövettanilag is pontosabban megfigyelhetik s így komolyabban is elbírálhatják e vizsgálatok értékét, érdekes egy 14 éves rectum-rákos fiúgyermek esete, akinek baját először e reactio derítette ki a diagnosist azután a műtét és a histologiai vizsgálat is megerősítette.

Lássuk most azokat az eredményeinket, melyeket a bőr rákelőző betegségeink vizsgálatakor kaptunk. A *Paget-kór* esetében kapott negatív eredmény megerősíti azokat a megállapításokat, melyek szerint bár a dysplasiás dyskeratotikus formák az utolsó, többnyire irreversibilis megelőzői a ráknak, mégsem fejlődik belőlük minden esetben rák. *Verruca senilis* két olyan esetét vizsgáltuk, amelyben a betegek ezzel a panasszal keresték fel klinikánkat. Mint táblázatunkból látható, az egyik esetben kifejezetten pozitív reactiót kaptunk. Mindkét esetben nagy kiterjedésű, régi elváltozásokról volt szó. Az öregkori verrucák jelenlétéből *Baló* szerint is a rákos

hajlamra következtethetünk, s az így kapott pozitív eredmény megerősíti alább a rákelőző megbetegedésekre vonatkozólag közölteket, bár rontja e próba körjelző értékét, mert pozitív akkor is, amikor még nincs irreversibilis folyamat. *Morbus Darier* csaknem az egész testre kiterjedő, évtizedek óta tartó esetében, ahol rákos elfajulásnak nyomát még nem találtuk, a tumor-fehérje-reactio is negatív eredményt adott. Ugyancsak negatív eredményt kaptunk *leukoplakia* esetében. Az *acne picea* esetében pedig, ahol nagy kiterjedésű verrucosus hámburjánzások is előfordultak, gyengén pozitív eredményt tapasztaltunk.

Ulcus cruris 8 esete közül 4-ben gyengén pozitív, 3-ban kifejezetten pozitív volt a vizsgálat eredménye. Minden egyes esetben évek óta tartó alszárfekélyekről volt szó. Ezeket a betegeket kórszövettani ellenőrzés alatt tartjuk annak megállapítása végett, hogy kimutatható-e az elváltozásban valamely rendellenes burjánzás, vagy pedig már ennek megállapítása előtt észlelhető a serum-fehérjének a rákra jellemző elfajulása és ennek a normalsavó antitestjei által való elbontása. Érdekes párhuzamot mutatnak ezek az alszárfekélyekkel kapcsolatban kapott eredményeink *Freund* és *Kaminer*-nek a cytolytikus reactiójakkal nyert megállapításaikkal. E kutatók u. i. azt találták, hogy az *ulcus cruris* alkotó szövet kivonata teljesen elveszítette az ép szövetnek azt a képességét, hogy a ráksejteket szétbontsa. Mégis különbség van a rákos és az alszárfekélyes szövet viselkedése között, mert míg a rákos szövet kivonata a ráksejteket a normalis serum ellen is védi, az alszárfekély szövetéből készült extractumnak ilyen képessége nincs. Idült és heveny gümőkóros, valamint genyes gyuladással szövetek ilyen, az alszárfekélyekre jellemző tulajdonságot nem mutattak.

Bőrgümőkór 12 esete közül *tbc. luposa cutis* 1 esete gyengén pozitív, *tbc. colliquativa cutis* 2 esete határozottan pozitív eredményt adott. *Lehmann-Faciús* és *Witting*, valamint *Weiss* is a gümőkört jelölik meg nem fajlagos reactiót adó betegségekül s mi ezt az eddig még nem vizsgált bőrbetegségekre megerősíthetjük.

Figyelemreméltó az *erythematodes* 16 esete közül 3 gyengén, 3 határozottan és 1 erősen pozitív eredmény. Ezeknek az értékeknek nem tudunk magyarázatot adni. Megemlítjük azt, hogy egy activ kétoldali tüdőgümőkórhoz társult *erythematodes* vizsgálatokor negatív eredményt kaptunk.

Egyéb bőrbetegek savójának vizsgálata — táblázatunk adatai szerint — egy évek óta tartó *scleroma nasi* et *pharyngis*ben szenvedő beteg savójának kivételével (gyengén pozitív) negatív eredménnyel járt. Kétségtelen, hogy a nem rákos és a rákelőző betegségek eseteiben kapott pozitív eredmények azt a kérdést is felvetik, jogos-e ezt az eljárást tumor-fehérje-kimutatásnak nevezni?

E reactio eredménye nem volt összefüggésben a *Wassermann-reactio* eredményével, sem az életkorral. Mint látjuk táblázatunkból, nem mondhatjuk azt, hogy általában a szövetszétéséssel járó folyamatok adnak pozitív eredményt. A bőrelváltozások tartama és a reactio erőssége között összefüggés nem mutatkozott. Mert észleltünk pl. egy hónap óta tartó basaliomával és egy év óta meglevő *erythematodes* kapcsolatban — utóbbit 14 éves leányon — határozottan pozitív és fordítva egy év óta tartó tüskéssejtű rákkal és 6 éves *erythematodes* + *scrophulodermás* folyamattal kapcsolatos negatív eredményt (42 éves beteg).

Megemlítjük, hogy *Weiss* e reactióval *egyéb rosszindulatú tumorok* eseteiben, mint *sarcoma*, *hypernephroma*, *struma maligna*, *glioma cerebri malignum*, *psammoma*, pozitív eredményt kapott. E reactiók pozitivitása tehát ál-

talában rosszindulatú daganatra vall. Sarcoma cruris egy esetében mi is erősen positiv eredményt észleltünk.

A Lehmann-Facius-Witting-reactio technikájára vonatkozólag megjegyezzük, hogy többször előfordult az, hogy a serum kontroll is lila szineződést adott. Ez vagy a savó haemolytikus voltára, vagy a hiányos sterilitására volt visszavezethető. E tapasztalataink megegyeznek Weiss észleletével. Ilyen esetekben természetesen újabb vizsgálatot végeztünk. — Mi a legtöbb esetben középerős reakciókat kaptunk.

E vizsgálatok jelentősége többirányú. Az a körülmény, hogy a bőrrákok szemünk előtt fejlődve könnyen vizsgálhatók, eredményezi azt, hogy ennek az eljárásnak az eredményei is könnyebben ellenőrizhetők. Az a körülmény, hogy egészen kis kiterjedésű, felületes basalioma esetében is kimutatható volt a tumor-fehérje, arra mutat — amint ezt fentebb is említettük, — hogy e vizsgálat eredménye már igen korán, kezdődő belsőszervi rák jelenlétére is felhívhatja a figyelmet, aminek jelentőségét nem kell külön hangsúlyozni. Egyéb klinikai és laboratóriumi vizsgálatok segítségével ez az eljárás is hozzájárulhat ahhoz, hogy az ideális rák-gyógyásban: a korai és megfelelő műtéti illetőleg sugaras kezelésben részesüljön a beteg.

A rákelőző állapotokban kapott positiv eredmény — ha ez *Denk* értelmében a rákkészség kifejezője, — egybehangzóan *Baló* és *Korpássy* megállapításaival szintén ezeknek az elváltozásoknak sürgős orvoslására int. E rákelőző folyamatokban kapott eredményeink arra is mutatnak, hogy serologailag talán hamarabb kifejezésre jut a rosszindulatuság, mint szövettanilag.

Tisztában vagyunk azzal, hogy több, e vizsgálatokkal kapcsolatban felmerülő kérdést hagyunk válasz nélkül. Egy éves megfigyelés alapján azonban még nem nyilatkozhatunk afelől, hogy például hogyan viselkedik a reactio az epitheliomák eltávolítása után? Positiv marad-e akkor is, mint a rákkészség kifejezője, vagy pedig ekkor már negatívá lesz. Nagyobb tapasztalat, hosszabb megfigyelés, többirányú kutatás állapíthatja meg azt, hogy a ráktól mentesnek talált kontroll-betegek positiv reactiója valóban ráktól mentes egyénektől származott-e? Van-e ezekben az esetekben rejtett rák, vagy pedig — mint fentebb is említettük — e reactio általában a carcinoma-készség kifejezője? Tudjuk u. i., hogy az ú. n. rákelőző kórképek nagyrésztében sohasem támad rák és gyakran keletkezik rák anélkül, hogy gyanús praecarcinomas szakot lehetne megfigyelni. Kérdezhetjük tehát, hogy a tumor-fehérje-kimutatás nem a rák-hajlam reactiója-e?

Ez alkalommal csupán azt kívánjuk bemutatni, hogy *e tumor-fehérje-vizsgálattal a vérsavóban a bőrrákoknak erős tükröződése volt megállapítható. Továbbá a rákelőző bőrbetegségek számos esetében kimutatható volt a vérsavónak a rákra jellemző megváltozása.*

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

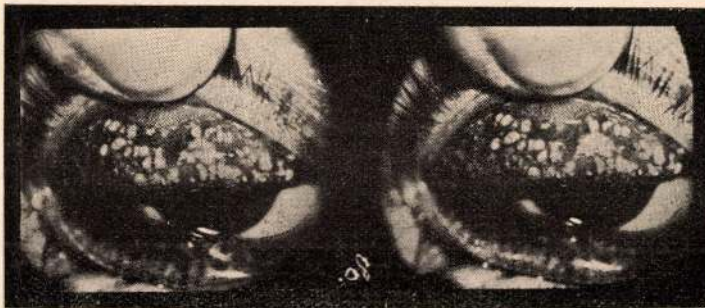
A Pázmány Péter Tudományegyetem szemklinikájának közleménye. (Igazgató: Blaskovics László ny. r. tanár.)

Concrementum-képződéshez hasonló ritka kötőhártya-betegség.

Írta: *Pelláthy Béla dr.* egyetemi magántanár és *Németh Lajos dr.* egyet. tanársegéd.

E. M. 50 éves férfibeteg azzal a panasszal jelentkezett, hogy kb. féleve mindkét felső szemhéja duzzadt s szemét nem tudja annyira kinyitni, mint azelőtt.

Mindkét, de különösen a bal felső szemhéj vastagabb a rendesnél és keményebb tapintatú. Bal oldalt ptosis (szemrés 8 mm) jobb oldalt a szemrés alig keskenyebb (9.5 mm.). Az alsó szemhéji kötőhártyán és áthajló redőn a chronikus kötőhártyahurut szokásos tünetei, a kötőhártya enyhe megvastagodásával. A felső szemhéji kötőhártya szemhéjszél-melletti része és a sulcus subtarsalis rendes színű, sőt egy árnyalattal halványabb, vérhálózata normális. A szemhéji kötőhártya felső felén és az áthajlóredőnek a pillaporccal szomszédos részén láthatók azok a változások, amelyeknek tömeges volta és szokatlan alakja feltűnik.



1. ábra.



2. ábra.

Ezeken a helyeken sűrűn egymás mellett levő, sárgás színű, pontnyi, kölesnyi, kásaszemnyi, concrementumnak látszó képletek vannak, amelyek helyenként a kötőhártya szintje fölé emelkednek. (Lásd ábrák.) Ezek a képletek az áthajlóredők elülső részén, mintegy 6–8 mm. szélességben oly tömegesek, hogy itt fél-lencsényi ép kötőhártyarész sem látható. A sárgászínű képletek az áthajlóredő kezdeti részén legsűrűbbek, de a tarsus felső harmada feletti kötőhártya részeken is tömegesek, a sulcus subtarsalis felé számuk mind kevesebb, a sulcus pedig már csaknem mentes tőlük. Hámhiány, vagy kifekélyesedés a kötőhártyán nincs. Az áthajlóredőben, a szemtekei kötőhártya felé eső részen sem éles határral végződnek a sárgás képletek, hanem mind kisebbek, majd pontszerűek és ritkábbak lesznek, s kb. 8 mm.-re a tarsus felső szélétől megszűnnek. A kötőhártya ezeken

a helyeken szemmel láthatóan megvastagodott, illetve az egész szemhéj vastagabb. Ha a felső szemhéjat Desmarres-kanállal kifordítottuk, akkor a sárgás képletek előemelkedőbbek lettek, egyik-másik meg is repedt, és sárgás színű, kásás, ujjal könnyen szétnyomható tartalom ürült belőle. A kötőhártyának ez a változása mindkét oldali felső áthajlásban megtalálható, bal oldalt nagyobb mértékben és kiterjedésben, mint jobb oldalt. Ennek megfelelően a felső szemhéj is bal oldalt vastagabb és a szemhéjcsüngés is itt kifejezettebb.

Mivel conservatív, vagy mechanikai kezeléstől eredményt nem remélhettünk, előbb a bal, majd a jobb oldalon kimetszettük az áthajlóredő beteg részét a pillaporc felső egyharmadával együtt. Műtét után két héttel a szemhéj rendes vastagságú lett, a ptosis megszűnt. A kimetszett kötőhártyarészek szöveti vizsgálatának eredménye a következő:

A kötőhártya többszörösére megvastagodott, felszínét ellaposodott kétrétegű köbhám fedi, amelynek felülete egyenetlen. A hámréteg keskeny mirigycsövek formájában sok helyen bemélyed a tunica propria felé, oly módon, hogy ezek a csövecskék el is ágazódnak. A metasztet legnagyobb részén azonban az epithel-bemélyedések, mint különböző tágasságú, kétrétegű hámmal bélelt lumenek láthatók. Az alapi sejtek köbösök, a lumen felőliek hengeresek, sok kehelysejt is látható. Egyes lumenek hatalmasan tágult, cysticus kinézésűek, mások pedig egyszerű tubulosus mirigyekhez hasonlítanak. Ott, ahol az üregek a kötőhártyai felszín közelében vannak, az epithel elvékonyodott, kiboltosodó, sőt egyes üregek fala meg is nyílt. A lumeneket, főleg a tágultakat helyenként egyszerű alakú törmelékanyag tölti ki. A detritus-szerű massa, kétségkívül a kehelysejtek váladékából, levált hámsejtekből és leukocytákból származik. Ez az anyag lassanként beszárad, egyneművé válik s helyenként concentricusan rétegzett fehérjeköknek látszik. Egyes helyeken enyhén acidophil, másutt basophil festődése van. Weigert-féle fibrin festéssel a körkörösön festett homogén massában helyenként sötétkékre festődött élesen elkülönülő területek mutatják a reakció pozitív voltát. Egyes nagyobb üregekben több homogén tömegtől álló concrementum látható, amelyeket némi rostos szerkezetű anyag fűz össze, melyben sok leukocytá és néhány kereksejt látható. Teljesség kedvéért elvégeztük a Hart-féle rugalmasrost festést és a Foot-féle ezüst impregnatiót is, valamint zsírfestést is végeztünk. Ezek eredménye negatív volt. A Kóssa-féle mézimpregnatio mély jelenlétét kizárta. Ezt különben már a klinikai vizsgálat alkalmával is sejtettük, mert a csomóknak a szemhéj kettős kifordításakor helyenként kiürülő sárga szemcséit könnyen szét lehetett nyomni. A törmelékanyaggal telt üregek felett a kétrétegű hám erősen ellaposodott, hámbélésük körül, finom kötőszövetes tok van, amely a nagyobb üregek körül kifejezettebb. A kötőhártya substantia propria igen erősen beszűrődött, főleg kerek és plasmasejtekkel, valamint kevesebb számú leukocytával. Átvándorló leukocyták nagyobb számban a mirigyszerű lumenek falában találhatók. Az erek tágultak és bővéretek. A pillaporc, Meibom-mirigyek teljesen épek. Fenti folyamat a kötőhártya áthajlása, valamint szemhéjszéli része felé nyhül.

A folyamat kétoldali volta és nagy kiterjedése miatt is érdemes volt a közlésre, de főleg azért, mert bár szöveti képe a kötőhártya concrementumainál látható képhez hasonló, mégsem tekinthetjük azzal azonosnak. A concrementumképződés ugyanis inkább az alsó áthajlásban jelentkezik, kisebb kiterjedésű, megújuló gyulladá-

sok kapcsán fejlődik. Betegünkön előzetes gyulladás nem mutatható ki, a betegség alkalmasint önállóan fejlődött.

Nehéz annak a kérdésnek eldöntése, hogy a gyulladás volt-e az első bántalom, vagy pedig a kötőhártya-hám glanduláris burjánzása okozta a substantia propria reaktív gyulladását és megvastagodását. Az előzmény szerint mégis ez utóbbi látszik valószínűnek, akkor is, ha a folyamatot egyszerű cronikus kötőhártyagyulladás előzte volna meg. A baj klinikai képe is, de szövettani lelete is egész szokatlan, az irodalomban ily magyartömegű mirigyes szerkezetű, hámburjánzással kapcsolatos concrementumok leírása nem található, ezért külön körképnek tekinthetjük, melynek lényege a kötőhártya hámjának a mélybe terjedő, mirigyszerű burjánzása, levált hámsejtekből és kehelysejtek váladékából létrejött tömeges kásaszerű törmelékkepződéssel, amely a hám mirigyszerű képződményeinek üregét cystaszerűen kitágítja. Ha nevet akarnánk adni neki, akkor a szövettani lelet alapján *conjunctivitis hypertrophica glandularis*nak nevezhetnénk.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika sebészeti osztálya rövidhullámú rendelésének (Igazgató sebészfőorvos: Lobmayer Géza egyetemi magántanár) és a Pajor-sanatorium rövidhullámú intézetének (Igazgató főorvos: Pajor Ferenc) közleménye.

Térproblémák a rövidhullámú gyógyításban.*

Irta: Rósa László dr. főorvos, v. egyet. tanársegéd.

Ha valamely rövidhullámú tér biológiai értékének megítélésében nem csupán az elektromos teljesítményt, vagy a durva melegítést tartjuk mértékadónak, akkor lehetővé válik oly térfeléseknek is a gyógyításba való bevonása, amelyekben a hőképződés, mint a térindikatorának helyére, más jelenségek lépnek. E „kisteljesítményű” tereket a téralakulás sokféle változatában állíthatjuk be a biológiai kutatás szolgálatába. Ha a condensator-tértől, mint a rövidhullámokkal történő gyógykezelés legősibb és classikus formájától eltekintünk, érdekes és értékes kutatási lehetőségek nyílnak meg az ú. n. *elektromágneses*, vagy szórt terek vizsgálata révén.

E szórt terek sokféle megoldásban alakíthatók ki, figyelmünket egyelőre a következő két, könnyen megoldható elrendezés kössze le. Az egyik féleség egy unipolarisan alkalmazott elektroda sugárzó tere, mintegy a földdel alkotott végtelen condensator-tér, a másik pedig valamely rezgőkör primaer tekercsének irányított tere. Intézeteinkben, vizsgálataink során a térképzés számtalan fajtát alkalmaztuk, a rendelkezésre álló idő azonban nem engedi meg, hogy itt mindezekről beszámoljunk. Ha a rövidhullámú tér hőhatását, mint a tér biológiai aktivitásának egyik hordozóját tekintjük, természetes az, hogy oly körformákban, ahol a mélyreható átmelegedés áldásos hatásairól lemondani nem kívánunk, sohasem válik feleslegessé a rövidhullámú tér nagy teljesítménye. E kezeléseknél a célja nagyrészt izzadmányok felszívódásának az elősegítése és az a melegítés, amely e törevéseket támogatja, szórt terek alkalmazásával nem pótolható. Ezzel szemben, ha az intézeteinkben megforduló betegnyag nagy statistikáját átnézzük, határozottan állíthatjuk, hogy immár 5 év óta, évi átlagosan 12.000 kezelés esetében, a szórt terek alkalmazása mindenütt pótolni tudja a nagy-

*) Az I. Nemzetközi Bécsi Orvosi-, Fizikai- és Biológiai Congressuson, 1937. júniusában tartott előadás.

teljesítményű condensatorteret ott, ahol a folyamat mint olyan, a hőkezelést nem kívánta meg.

E tapasztalati észlelésen kívül a szórt terek rendszeres alkalmazása során oly biológiai jelenségeket is volt alkalmunk észlelni, amelyek sajtáságos különbségeket mutatnak fel a condensator térben észlelt hatásokkal szemben. Azt mondhatnók, hogy a szórt terek biológiai aktivitása nagyobb, mint a condensator téré. Azt látjuk, hogy minimalis, pár Wattos energiájú szórt térnek, már 3 perces alkalmazása után is, bizonyos kórformák reakciókkal felelnek, amelyek hőemelkedésekben, a fájdalmak fokozódásában, a vérsejtsüllyedés gyorsulásában stb. nyilvánulnak meg. Természetes, hogy e nagyobb biológiai aktivitás a gyógyító lehetőségek hatósugarát megnöveli, hiszen a kiaknázható energiakálát szélesíti ki.

Önkéntelenül felvetődik itt az a kérdés, hol kezdődik a szórt terek biológiai érte'emben vett hatása és mi az az elektromos adat, amely a therapiásan alkalmazható adag megjelölésére alkalmas, mi az a közös elektromos sajátság, amely e térféleségekben épp úgy jelen van, mint a nagyteljesítményű condensator térben; mely tényezője a két térféleségnek váltja ki az azonos gyógyító hatásokat a nagy teljesítménykülönbségek ellenére is.

A szórt tér közös sajátsága a condensator térrel az a jelenség, mely a ködfénylámpa felvillanásából áll és amely mindkét térféleségben megfigyelhető akkor, ha a feszültsége eléri a lámpa felgyújtásához megkívánt mértéket. A szórt térben a sugárzás iránya, a tér alakulása olyan, hogy már aránylag igen kicsiny, tehát pár Wattos adóteljesítmény mellett, a térbe került emberi test egész felületén kimutatható a feszültség. Ez a feszültség legyen bár még olyan kicsiny, hívja azt létre, bármily alacsony intenzitású áram, biológiai szempontból nem közömbös a szövetekre és ha tudjuk azt, hogy a condensator tér alkalmazása esetén ily feszültségek a tértől távolos testrészekben már nem mutathatók ki, már látunk magyarázatot, amely talán közelebb visz a biológiai különbségek megértéséhez is. Kétségtelen, hogy a feszültségek, amelyek ködfénylámpával jelezhetőek, minimális erősségű áramok feszültségei. E kis áramerősségek azonban jelen vannak, biológiai hatások kifejtésére alkalmasak és gyógyításra felhasználhatók.

A kezelendő egyén körül és az annak közvetlen testfelületén jelenlévő, ú. n. külső tér adagolására és összehasonlító megjelölésére technikai munkatársam, Gellis Andor mérnök közreműködésével mérőműszert készítettünk. A műszer antenpáját érő sugárzásnak feszültsége van, amely egyenirányító segítségével a készülék voltméterére átvihető és a műszer mutatóját kilengésre bírja. A készülék minden rövidhullámú adóberendezéshez felhasználható, önmagában zárt egység, hálózatból, vagy telepből táplálható és igen kicsiny térfogatánál fogva nemcsak kézben szállítható, hanem valamely adó körzetében 8—10 méter távolságban a tér legkisebb zugainak, így testüregeknek a belsejében jelelntkező áramok mérésére is alkalmas. A műszer mutatója skálabeosztáson mozdul el, amely 1250 fokra van beosztva. Az 1250 részbeosztás 50 egész foknak felel meg, mert 1 egész fok 25 részbeosztásból áll és 2.5 Tesla egységnek felel meg. A készülék tehát 2.5 Tesla egységet 25 részbeosztással 25x0.1 Tesla egységre oszt fel. 0.1 Tesla egység megfelel annak a kitérésnek, amelyet a készülék mutatója valamely 6 méter hullámhosszon, 300 Watt kimenőteljesítménnyel működő arnyékolatlan adóberendezés primaer körében szórt térben, az adóberendezéstől 10 m. távolságra végez és kb. 100—120 millivolt annak az áramnak a feszültsége, amely a készülék tekercsén átfolyik.

Valamely 2 Watt teljesítményű adóberendezés primaer tekercsének a terében, a tekercstől $\frac{1}{2}$ cm távolságra a mutató kb. 20 Tesla-egységre tér ki. Ugyanazon (6 méter) hullámhosszon működő 300 Wattos adó secundaer körébe kapcsolt condensatorlemez felületétől $\frac{1}{2}$ cm. távolságban a kilengés kb. 125 Teslaegységnek felel meg. Ha gondoskodunk arról, hogy a nagy adó primaer tekercse pontosan a közepén földeltessék, és a mérőkészülék antennáját a condensator tér geometriai középpontjában helyezzük el, a műszer kilengése 25—35 Teslaegység. A jelenség oka minden physikus előtt ismeretes. Valamely condensator tér különböző pontjain a tér potentialkülönbsége más és más. A potentialkülönbség mértéke a legnagyobb a condensatorlemezek felületén, a közép felé fokozatosan csökken és a geometria középponton, tökéletes mérőműszereket feltételezve, nullára száll alá.

A térviszonyok pontos, physikai felmérése nem a gyakorló orvos feladata. Készülékünk összehasonlító adatokat közöl. Körülbelüli értékeit adja meg a tekercsen keresztülfolyó áram feszültségének. Anélkül, hogy igényt tartanánk a physikai mérések pontosságára, teljes tudatában annak, hogy a tér felmérése ily, physikai szempontból korántsem tökéletes berendezéssel meg nem oldható, legyen szabad a következőket állítani: dosimeterünk mutatójának kilengése a rövidhullámú tér indicatora. Ez az indicator annyira érzékeny, hogy az általa jelzett térerősségek határtalanul kisebbek azoknál, amelyeket köznapi, vagy egyszerűbb hőműszerekkel és ködfénylámpákkal jelezhetünk. Ily módon a tér felkutatásában az eddigi határt jóval meszebbre toltuk ki a megismerés számára és oly területeket vontunk bele a kutatás körébe, amelyek mind eddig felismerhetetlenek, tehát járhatatlanok voltak. Készülékünk lehetővé teszi azt, hogy különböző oscilátorok és kezelőkészülékek sugárzásait, de a különböző térféleségeket is egymással összehasonlíthassuk és ez összehasonlítás következtetéseit levonjuk.

A tér, amelyet eddig gyengének, melegnek, erősnek, forrónak, világosnak, vagy sötétnek neveztünk, számértékekben jellemezhető és számértékek módját adnak arra, hogy oly nehezen megálapítható elektromos viszonyairól, ha csak körülbelül is, de e határokon belül megbízhatóan következtethessük. Módunk van arra, hogy a kísérleti egyént körülvevő külső teret legalább, egységekben mérhessük fel és e felmérés során mint mondánk, legalább azt a teret ismerhessük meg, ahol a kezelés és ilyenformán valószínű adag absorptiója történik.

Méréseink rendkívül érdekes és meglepő eredményt mutatnak. A teret jellemző számértékek a 2 Wattos oscilator tekercsének a felületén ugyanazok az értékek, amelyeket bármely 300 Wattos adó condensatorterében, a condensator tér közepén mérünk. Mindkét esetben 20 és 30 Teslaegység között ingadoznak.

Gondoljunk Krassny—Ergen vizsgálataira, pompás felvételeire, amelyek igazolták előttünk azt, hogy a fajlagos rövidhullám térhatások nem a condensator tér szélei, hanem a tér közepe táján mutatkoznak meg a legszebben. Idézzük emlékeztünkbe Ornstein fejtegetéseit, amelyek bizonyították azt, hogy a nagy rövidhullámú energiák a sejtekben, mint condensatorokban, a rövidzárlatok sorozatát hozzák létre és a fajlagos rövidhullámhatások csupán a kicsiny energiájú térben jutnak érvényre. Ha végezetül számbavesszük azt, amit a bécsi iskola, Liebesny és Weissenberg, de csak pár nappal eelőtt maga Schliephake is, a kis adagok therapiás alkalmazásáról mondtak, megvilágosodik előttünk több oly meglepő igazság, amelyeknek felismeréséhez, bár különböző módszerekkel, de azt hiszem ma vaalmennyien eljutottunk. Meg-

világosodik előttünk az, hogy a condensator-tér hatalmas teljesítménye mellett is, miért nem okoz túlmelegedést? Hiszen látjuk, hogy a tér szélein csak melegedés érhető el, de fajlagos rövidhullámhatás nem, a tér közepe felé pedig a nagy teljesítményű condensator-térben is annyira csökken a potenciálkülönbség, amennyire azt a gyógyító célok számára éppen optimálisan kicsinynek nevezhetjük. Az a körülmény, hogy a jó gyógyeredmények éppen a nagy légrések közbeiktatásával mutatkoznak meg, nyilván nem a kitűnő, mélybehatoló hőátvitellel magyarázható meg, hanem a feszültség kellő csökkenésével. Világos előttünk az ellentmondás, amely ezek után nem paradoxon többé: a nagy adók condensator-térben és a kicsiny adók elektromágneses terében elért sokszor egyező gyógyeredmények, de világosan az elektromágneses térnek a condensator-térrel szemben mutató, attól eltérő és annál néha jóval erősebb biológiai hatóképessége is.

Ráműtöttünk a tér feszültségének a megismerése útján, készülékünk segítségével egy jelenségre, amely magyarázatot talál arra, hogy a rövidhullám nagy adagjai, mint hőterápia áldásosan és kifogástalanul állják meg helyüket, ott, ahol a javallatok ezt megkívánják, ahol a felszívódást kell elősegíteniük, de a hőtermelésen túl a rövidhullámok biológiai hatásainak más ismertetőjele van, s ez az ismertetőjel a kicsiny energiák alkalmazása esetén is jelenlévő s terapiásan aktiv potenciálkülönbség, bizonyos, eddig azonban csak megközelítően ismert értéke.

Mikor kezdik mesterségesen táplálni a fővárosi gyermekeket?*

Irta: Bründlmeier István dr.

Magyarországon a csecsemőhalandóság még mindig igen nagy, a külföldhöz viszonyítva az átlagos mértéket jóval meghaladja. 1936-ban 14.8% volt az országban az egy éven aluli csecsemők halálása, Budapesten pedig csak 10.2%. Angliában Svájcban stb. országokban pedig, — bár mind jobban tért hódít már a születéstől kezdett mesterséges táplálás, — szintén kicsiny a csecsemő halálása.

Budapesten az 1936-ban egy éven alul elhunyt csecsemők 19.4%-a bélhurutban és vérhasban pusztult el és mivel e bajok jórészt a hibás táplálásból, a szennyezett és fertőzött táplálékból származnak, tehát a csecsemők 1/5-e olyan okok folytán hal el, melyek nagy mértékben csökkenthetők lehetnének. Az előbbi számok még nagyobbak lesznek aránylag, ha figyelembe vesszük azt, hogy 29.6% jut a koraszülöttekre, életgyengeségben és egyéb korai halálal elhalálozottakra. Husler klinikáján 300 csecsemő halál közül 50%-ban a megelőzés hiánya volt a betegség oka és ezek közül mindössze csak 23 volt olyan, akit megfelelően szoptattak. A táplálásnak ilyen ismert nagy jelentősége mellett érdemesnek látszott, hogy vizsgálat tárgyává tegyem a Madarász-uccai kórházban megfordult csecsemőkön a táplálkozási viszonyokat.

Összesen 940, két éven aluli csecsemőre vonatkozó adatot vettem fel személyes kikérdezés alapján, természetesen csak azokat, ahol a bementések megbízhatónak látszottak. Ezek közül 275 mint bejáró beteg, 665 mint fekvő beteg szerepelt nálunk. Az anyákat kikérdeztem arra vonatkozólag, hogy milyen sokáig szoptattak kizárólag, milyen idős korban kezdték a vegyes és milyenben a mesterséges táplálást. Feljegyeztem a foglalkozásra vo-

natkozó adatokat. Négy csoportba osztottam a szülőket; munkanélküliekre, napszámosok, iparosok és egyébek, (ezek főleg eltartottak, cigányok, házalók, koldusok stb.) arra, hogy törvényes-e vagy törvénytelen-e a csecsemő és végül azon esetekben, hol az elválasztás hat hónapnál hamarabb történt, mi volt az elválasztás oka. Itt a következő csoportokat állítottam fel: szervi betegségek, az emlő betegségei, tejhiány, szociális ok, egyéb ok és ok nélkül.

Az anyag összeállítását után a következőket lehetett megállapítani: A 940 csecsemő közül 91 egyáltalán nem szoptott, tehát 9.6% kezdettől fogva mesterségesen tápláltatott.

849 csecsemő közül, akiket anyatejjel tápláltak, 314 még szoptott az adatok felvétele idején és ezek közül 169 csupán női tejen, a többi vegyes táplálékon volt. A 314 csecsemő kora nagyjából egy és négy hónap között volt a bemutatás alkalmával és ezeknek 47%-a legalább három hónapig szoptott, tehát majdnem a fele és 5 hónapig 21 %-a. Ezeknek egy része bizonyosan még egy ideig természetes táplálékban részesült.

A többi 535, akik a szoptást már befejezték, a szoptatás befejezésének időpontjára vonatkozólag következőképp oszlottak meg:

I. táblázat.
Csupán szopás:

1 hónapig	84.67%	6 hónapig	23.55%
2 „	76.44%	9 „	6.35%
3 „	57.38%	12 „	1.68%
5 „	30.84%		

Ha az öt hónapos kort vesszük határidőnek, ameddig kívánatos a női tejjel való kizárólagos táplálás, akkor látjuk, hogy azt csak 30.84%-ban teljesítették az anyák. Ha ezekhez még hozzávesszük azokat, akiket a szopás mellett még mesterségesen is tápláltak, akkor az előbbi számok 3 hónapos korig 64.5%-ra, hat hónapra pedig 33.4%-ra emelkednek. Egy éven felül 2.2% szoptott még, legtöbbször kapott kizárólag női tejet egy csecsemő 13 hónapig, vegyesen tápláltak egy csecsemőt 24 hónapig.

Különösen szomorúnak mutatja a helyzetet a következő táblázat, látjuk, hogy sokan kezdik el korán — 3 hónap alatt már a fele — javarészt anyatejéről közvetlenül, vagy legfeljebb 1—2 heti átmenet alatt a mesterséges táplálást. Hat hónap alatt pedig már csak a negyede kap anyatejet.

II. táblázat.

Kizárólag mesterséges táplálás megkezdése:

Születés után:	9.59%	3 hó. alatt	51.9 %
2 hét alatt	6.9 %	6 hó alatt	74.2 %
1 hó alatt	19.1 %	9 hó alatt	90.2 %

Ezen adatokat összehasonlítva a Stefánia kórház 1906-os adataival, melyet Flesch és Schosberger állított össze a kórház beteganyagán, azt látjuk, hogy a kezdetől mesterségesen táplált csecsemők száma 5.04% volt, tehát sokkal kisebb mint ma. Csupán szoptott 6 hónapos korig 65.38%, ma pedig csak 23.55%, és a mesterséges táplálékot 6 hónapnál hamarabb mindössze 34.62%-ban vezették be, adataimban pedig 74.22%-ban. Akkor még általában hosszú ideig szoptattak az anyák, 6.13% egy éven is túl.

Németország helyzete jelenleg a szoptatást illetően a miénknél rosszabb. Husler adatai szerint 9% egyáltalán nem szoptott, 32% 6—8 hétig szopik, 3 hónapig 40—50% és 6 hónapig 8—10%. Tehát a szoptatást ott nagyrészt a 3. hónap végén befejezik; okául a 3 hónapig járó szoptatási segélyt tartják.

*) A Magyar Gyermekorvos Társaságnak 1937 évi nagygyűlésén tartott előadás.

Orosz Dezső egyetemi-magántanár urtól elkértem összehasonlítás céljából a Stefánia szövetség adatait. Szivességéért köszönetem fejezem ki. Ha a Stefánia szövetség 1936 évben gondozott csecsemőivel összehasonlítjuk a mi anyagunkat, az életkor és táplálkozás szerinti felosztásban azt látjuk, hogy lényeges különbségek vannak, jóllehet a mi csecsemőink is mind a Stefánia szövetség gondozottai. Ennek okát abban látjuk, hogy kórházunkat majdnem kizárólag beteg csecsemők keresték fel. A csecsemők aszerint vannak beosztva az egyes rovatokba, hogy az első életév egyes negyedeiben milyen táplálékban részesültek, ugyanígy állítottan össze ezért a mi eseteinket is.

A Stefánia Szövetség felosztása 1936. évben:

	1—3. hónap	4—6. hónap	7—9. között	10—12.
Gondozás alatt állott	19.812	20.950	15.722	15.064
Anyatejjel táplált	80.8%	42.9%	8.8%	2.9%
Vegyesen táplált	15.1%	42.5%	61.6%	48.0%
Mesterségesen táplált	4.1%	14.6%	29.6%	49.1%

A Madarász-utcai kórház felosztása:

	1—3.	4—6.	7—9.	10—12.
Észlelés alatt állott	940	663	454	360
Anyatejjel táplált	77.3%	40.3%	17.8%	7.5%
Vegyesen táplált	13.1%	17.5%	22.9%	16.0%
Mesterségesen táplált	9.6%	42.2%	59.3%	76.5%

Látjuk, hogy az első negyedben nagyobb különbség nincs, az anyatejjel tápláltak a későbbi negyedben lényegileg megegyeznek egymással. A vegyesen tápláltak száma a mi eseteinkben kisebb, a mesterségesen tápláltak pedig sokkal több.

A korai elválasztás oka az anyák szerint elsősorban a tejhiány másodsorban szociális ok. A szervi betegségek közé, mint az elválasztás további okai betegségek így a tüdő, szív és vese bajai s általános gyengeség; azután az emlő betegségei. Egyéb okok, s ok nélküli elválasztások csak kis számban szerepelnek. Az arány a törvényesek és törvénytelenek esetében egyforma.

A szülők foglalkozás szerinti megoszlását tekintve legnagyobb számmal a napszámosok szerepelnek, iparosok és egyéb foglalkozásuak körülbelül egyenlő mértékben voltak, a munkanélküliek pedig az összesnek 10%-át tették. A törvénytelen csecsemők száma legnagyobb az egyéb foglalkozásuak között. A munkanélküliek $\frac{1}{3}$ -a, a napszámosok $\frac{1}{4}$ -e, viszont az iparosoknál csak 8%-a törvénytelen.

Összegezve az elmondottakat, látjuk, hogy a csecsemők legnagyobb része születés után női tej. táplálásban részesül és csak egy kis hányadát táplálják mesterségesen mindjárt a születésétől kezdve. Általában azonban a kizárólagos szoptatás nem tart sokáig, s a mesterségesen táplálás elkezdése korán történik.

A helyzet ezek szerint nem lenne rossz és tisztán ezt véve alapul, csecsemőhalandóságunknak sokkal kisebbnek kellene lenni. Bizonyos, hogy e tekintetben sok körülmény szerepel. Ennek oka bizonyos mértékben az, hogy a szoptatás ideje mégsem tart addig, ameddig kívánatos volna és a mesterséges táplálékok anyaga, elkészítésük módja, tisztasága nem kifogástalan azonban emellett főoknak a rossz gazdasági és a primitív egészségügyi viszonyokat kell tekinteni. Csak megemlítjük, hogy a halálos hurutos betegségek mily nagy számmal rontják statisztikánkat. A Stefánia szövetség kétségtelenül nagy eredménnyel működik. Lényeges javulást azonban — úgy látszik — csak az általános gazdasági helyzetnek, a falu lakásviszonyainak megváltoztatásával remélhető.

Fejérvármegye Szent György közkórházának közleménye.
(Igazgató-főorvos: Berzsenyi Zoltán.)

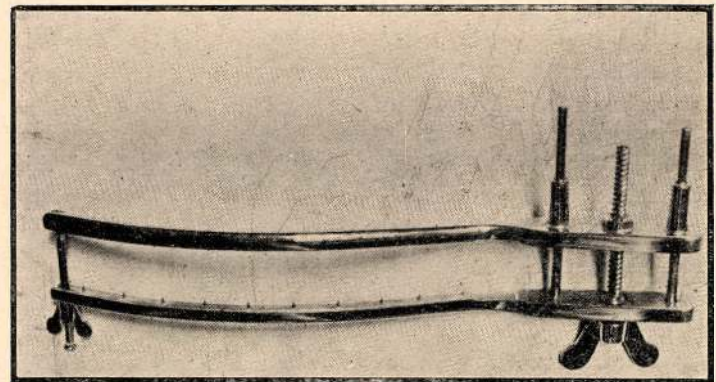
Eszköz a golyvaműtéthez.

Irta: Berzsenyi Zoltán dr., a sebészeti osztály vezetője.

Évekkel ezelőtt ugyane lap hasábjain (I. Lvi. LXXIII. 43. sz.) szóltam arról a műtési technikáról, amellyel — véleményem szerint — a golyva a legveszélytelenebb s így legcélszerűbb módon operálható. Kétségtelen, hogy a golyva műtete a nehezebbek közé tartozik. Nehézsége abban rejlik, hogy a szokott műtési esélyeken kívül a következő eshetőségekkel is számolnunk kell:

1. vérzés;
2. parathyreoidealis testek,
3. a n. recurrens és
4. a légcső veszélyeztetettségével.

Közleményemben rámutatom arra, hogy eme veszélyek bekövetkeztének lehetőségét csökkenti, a műtét idejét megrövidíti, technikáját pedig egyszerűsíti az, ha az a. thyreoidea inferiort nem kötjük le és így, ha azt nem is keressük fel, ami által a n. recurrens sem kerülünk collisióba. Mindannak ellenére, hogy az n. és v. thyreoidea inferiort nem kötjük le, a műtétet csekély vérvesztéssel el lehet végezni a következő technikával: A perithyreoideum felhasítása után külön-külön lekötjük az a. és v. thyreoidea superiort, aztán átöltő varratokat helyezünk egymástól 3—4 cm-nyi távolságra a golyvába, fokozatosan ennek felső polusától az alsóig. Eme behelyezett és megcsomózott átöltő varratokat a segéd nyehűzés alatt tartja, ami által a golyva jóformán magától kiluxálódik. Az ily módon kiluxált strumához vezető vénák külön-külön lekötése után annak isthmusát a gégetől izoláljuk, egy a gége és az isthmus közé vezetett hajlított Lummitzer segélyével. A gége és az isthmus között legtöbb esetben oly laza az összeköttetés, hogy minden nehézség nélkül sikerül a hajlított műszerrel köztük megfelelő rést készítenünk, amelyen át az általam fenti közleményemben már ismertetett „isthmusfogó” segélyével az isthmust jobbról-balról átfoghatjuk. A két műszer között azután az isthmust ávágjuk. Az ily módon elkülönített strumafeleket kocsányosítjuk s belőlük akkora darabot csonkolunk, amekkorát szükségesnek tartunk. A csonkolás elvégzésére igen alkalmasnak bizonyult fenti cikkem megjelenése óta szerkesztett „strumalszorító” műszerem. E műszer párhuzamos szorítási lehetőségével



alkalmas arra, hogy a csonkolandó golyvát mindenütt egyforma erővel szorítsa le. Hogy a műszer a golyváról semmiképpen le ne csúszhasson, arról a műszer két szárába behelyezett fogazat gondoskodik. A kocsányosított és egymástól a fenti módon szétválasztott golyvagöbökre ráhelyezett műszer alatt egy-egy egyenes tüvel duplán

ellátott fonállal elvarrjuk a bentmaradó mirigyrészt úgy, hogy mindkét tűt egymással ellentétes irányban ugyanazon szurtesatornán vezetjük át, miután előzőleg a strumaszorító mirigyrészt eltávolítottuk. Az említett varratok alkalmazása után minden további nélkül levesszük a strumaszorítót, s noha az arteria thyreoidea inferior nincs lekötve, a golyva csomók egyáltalán nem véreznek.

Meglehetősen nagy golyvaanyagomon szerzett tapasztalataim alapján mondhatom, hogy egyetlenegy esetben sem volt arra szükségem, hogy az itt nagy vonásokban vázolt műtéli technikát követve, az a. és v. thyreoidea inferiort is le kellett volna kötnöm. Ezzel a vázlatosan előadott technikával, az általam szerkesztett és jelen közleményemben ismertetett műszer segítségével a golyva műtété sokkal könnyebbé válik s meg is rövidül és csak ismételhetem azt, amit előbbi cikkemben mondtam, hogy emellett a műtéli eljárás mellett a fent ismertetett műszerek segítségével törődni sem kell az artéria thyreoidea inferiorral és így a n. recurrensel sem.

(Az ismertetett strumaleszorító műszert Schneider Lajos budapesti műszerész készíti. XI., Eszék-u. 3.)

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A sternalpunctio jelentősége a secundaer anaemiás betegek megítélésében. *Stadtmeister.* (Dtsch. Med. Wschr. 1937. 45. sz.)

Három vérvesztés utáni s egy toxikus eredetű (endokarditis lenta) secundaer anaemiás felnőtt betegen végzett vörösvérkép és sternum punctiós vizsgálatainak tapasztalatairól számol be.

A vérzés után kifejlődő anaemiák esetében a csontvelőben jelentős normoblastszaporulat következik be, de számuk a granulocytákét nem haladja túl. A kiváltó ok kizárólag a vér alacsony haemoglobintartalma s független a vörösvértestek számától. A haemoglobin spontan, vagy gyógyszeres emelkedése vasadagolás a gyors excessiv normoblastszaporulathoz vezet, ú. n. normoblastkrisis következik be: a normoblastszaporulat anaemia esetében mindig jó jel, mert a csontvelő reakcióképességére mutat. A normoblastkrisis pedig a vér regenerációjának bevezető jele. A normoblastszaporulat és haemoglobintartalom-változás közötti összefüggés magyarázza a vastherápia sikerét s a fenti esetekben előzőleg megkísérelt májkezelés eredménytelenségét. A vasat ferrostabil alakjában adagolták. Miután a normoblastkrisis alatt a vérben nem jelennek meg a normoblastok, a vérben található normoblastok nem tekinthetők regenerációs jelnek, hanem a csontvelő sejtkibocsátó funkciójának zavarára engednek következtetni. Toxikus esetekben a normoblastszaporulat elmarad, tehát a vas is hatástalan.

Flesch István dr.

Konduktormeghatározás és vércsoportmegozslás haemophiliában. *S. Löfgreen.* (Klein. Wschr. 1937. 1782.)

A haemophiliát nemhez kötött recessive öröklődő betegségnek tartjuk. Hogy nőn valódi haemophilia előfordul, theoretikusan lehetséges, mint haemophil férfi és konduktor nő gyermekén, de máig biztosan még ilyen nő nem ismeretes, miért is *Bauer* úgy képzelte, hogy a kétoldalról is haemophiliásan terhelt pete fejlődésképtelen (lethal factor). Az öröklődés recessiv tulajdonságánál fogva elsősorban a továbbörökítő (konduktor) nő ilyen terheltégének megállapítása fontos a prophylaxis szempontjából. Ez *Schloesmann* szerint oly módon lehetséges, hogy a recessivitás mégsem teljes, hanem a konduktor nők erősebb vérzésre hajlamosak, főképp azonban, hogy vérárvadási idejük meghosszabbodott. Szerző 1935. óta vizsgált egy népes svéd családot, melynek 2—3—4. generációjában van életben, 10 nőtagja közül 2 biztosan konduktor, 6 pedig férjhezmenedő sorban van. A vérzési idő, vér-calcium, thrombocytaszám, capillaris-resistentia mind a 10 nőn normalis. A 2 biztosan konduktor asszony alvadási ideje lényegesen meghosszabbodott, a többiek közül 3-nak szintén lényegesen hosszabb volt az alvadási ideje (*Schloesmann-Fonio* és *Hedenius* szerint) s így konduktor tulajdonsága valószínű,

míg a többiek konduktor tulajdonsága ezen az alapon nem volt biztosan megállapítható. Az eljárás értékéről csak a további megfigyelés adhat bizonyítékot.

A *Kubányi* által leírt összefüggést a haemophilia és a vércsoportok közt (a haemophil O, a konduktor A-csoportú) más szerzők nem tudták igazolni s bár e svéd család legtöbb tagja is a recessive öröklődő O-csoportbeli, az összefüggés mégis csak látszólagos lehet és a haemophil tulajdonság nem az O-génhez van kötve, mert e családban előfordult O-á; egészséges férfi (OO homozygota) és B-csoportbeli (BB, ill. BO gén párral) haemophiliás is.

Petrányi Gyula dr.

Gyors vizsgálati módszer diphtheria kimutatására orrgarat váladékban. *Rudolf Heinritz.* (D. Med. Wschr. 1937. 52.)

Szerző *Folger*nak 1900-ban közölt eljárását újítja fel. Serumba áztatott, majd felületet coagulatióig láng felett szárított steril vatta-pálcikát használ váladékvételekhez. Ezeket steril csőben thermostatba helyezi, 2—4 óra múlva tárgylemez készítményen vizsgálja. Ereményei azonosak *Löffler* táptalajon 24 órán át történt tenyésztés eredményeivel. Hangsúlyozza, hogy a pálcikák elkészítését közvetlenül a vizsgálat megejtése előtt kell végezni. Birkavérsav a kalmazásával jobb eredményeket kapott, mint marha, vagy lóserum használatával.

Wallner Emil dr.

Sebészet.

Koponyasérülések gyógykezelése. *H. van. Beek.* (Zbl. f. Chir. 1937. 15.)

Koponyasérülések (commotio cerebri, contusio cerebri, csonttöréssel, vagy anélkül) alkalmával jelentkező nyugtalan-sági állapot és egyéb tünetek, mint: fejfájás, eszméletlenség, szédülés, rendszeres calcium-brom adagolással eredményesen leküzdhetők. Fontos az agadolást kezdettől fogva, megszakítás nélkül folytatni. Az eszméletlenség ideje alatt naponta 2—3-szor injiciáljunk 10 ccm calciumbromátot intravenásan vagy intramuscularisan, azonkívül adjunk 3x1 tabletát naponta. A gyógyszer kellemes és a betegek jól tűrik.

Szabolcs dr.

Idegingerek behatása csonttörések gyógyulására. *W. Okonewsky.* (Zbl. f. Chir. 1937. 15.)

Szerző kísérletekkel bizonyította, hogy: 1. az idegek átvágása nem hogy késleltetné, ellenkezőleg elősegíti a csontképződést; 2. neuritisek erősen késleltetik a csontképződést, miért is a pseudarthrosok aetiologiájában bírnak fontos-sággal; 3. neuritisek a csontképződés elhúzódsán kívül a végtag distalis végében trophikus zavarokat is okoznak, ami csak úgy a csont, mint a légyrészek atrophájában nyilvánul.

Szerző egy klinikai esettel kapcsolatban emleri anyagon igazolni tudja fentebbi kísérleteinek helyességét, amennyiben egy radius sérüléssel járó felkarktörés esetében az ideg traumikus neuritise a csontképződést késleltette.

Szabolcs dr.

Hydrogenionconcentratio viselkedése rosszindulatú daganatok esetén. *Josef Gasinski.* Krakow. (Arch. f. klin. Chir. 1930. 1.)

Rosszindulatú daganatok esetében a korai kórisme felállításának eszköze lehet a vér hydrogenion koncentrációjának vizsgálata. A vizsgálatok kivitelekor szerző *Oszacki* és *Kurzweil* eljárását használta. A vizsgálat célja a hydrogenionconcentratio fokának megállapítása volt, rosszindulatú daganatok alkalmával, nevezetesen a kezelés előtt, operatio, vagy röntgenbesugárzás után és áttételek esetén. 205 eset közül 199 esetben megállapítható volt a hydrogenion koncentratio lúgos irányban eltolódása (kb. 7.36, tehát 97.07%). Gyökeres beavatkozás és röntgenbesugárzás után csökkent a hydrogenion koncentratio 1—2 hét lefolyása alatt. Gyökeres műtétekre nem alkalmas esetekben, vagy amelyek röntgenbesugárzásra nem reagáltak fokozódott a PH. Tünetmentes műtéli állapot esetén a PH. rendszer, állandó értéket mutat. Emelkedő, különösen műtét előtti érték fölé emelkedő PH. áttételekre és kiujulásokra utal.

Szél Imre dr.

A sympathicus idegek sebészete. *K. H. Bauer.* (Med. Klin. 1937. 41.)

A sympathicus idegek sebészete nem teljesen kielégítő eredményeit a szerző azzal a körülménnyel magyarázza, hogy a műtétek javallata és végrehajtása nem állott

összhangban az élettani és bonctani adottságokkal. A műtét helyeként szóba jöhet: 1. a rami commun'cantes átvágása; 2. a határköteg átvágása; 3. a nagy autonóm törzsek átvágása, a gerincvelő és a nagy ganglionok között (splanchnicusok); 4. a ganglionok kiirtása; 5. a peripheriás sympathektomia. A javallatok főbb fajtái: 1. az átáramlás fokozása; 2. a fájdalom csökkentése; 3. a zsigerek motilitásának befolyásolása; 4. az izzadságmirigyek kóros működésének megszüntetése. Az átáramlás fokozódását csak addig remélhetjük, amíg az erek szűk voltát nem anatómiai elváltozás okozza. Az áramlás javulását a bőrhőmérsékkel ellenőrizhetjük. A műtét hatását előzetesen kipróbálhatjuk, ha a sympathicus-hatást cocaínnal felfüggesztjük. Az egyes betegségeket tárgyalva a szerző a következő eseteket említi. Raynaud-betegségben minden esetben tanácsolja a műtét elvégzését. Thrombangitis obliteransban anatómiai elváltozások vannak, de a fájdalom is igen nagyfokú. Az első stádiumban mindig jó, a másodikban bizonytalan a műtét hatása, a harmadik stádiumban azonban nem kerülhető el az amputatio. Ezen betegség minden szakában jó hatást látott hypertoniás dextrose és NaCl adagolásától. Angina pectoris, essentialis hypertonia, sklerodermia esetében is próbálkoznak a sympathicus átvágásával. Fájdalomcsillapításra csak akkor lehet alkalmazni, ha a sympathicus vezet a fájdalmat (érgörcs). Megacolon Hirschsprung esetén bizonyosan jó hatású a műtét. A sympathektomia minden esetben javítja a vérrellátást és ezzel a gyógyulási lehetőségét is.

Juvancz Iréneusz dr.

Szülészet.

A méh sarkomája. E. Novák és D. Fyfe Anderson. (Am. Journ. of Obst. and Gyn. 1937. 34. 5.)

Tanulmánya 59 méhsarkomát foglal magában, amit 25 év alatt gyűjtöttek össze 26.972 nőgyógyászati esetből. — (0,22%). — A méh rosszindulatú betegségeinek a sarkoma anyaguk 4,5%-át tette ki. Legtöbbször (35%) az ötödik évtizedben fordult elő. Tünetei általában nem jelezgetések, kórismézése nehéz, vagy lehetetlen, gyakran egészen a műtét idejéig, sőt sok esetben mindaddig, míg a görcsövi vizsgálat meg nem történt. Kiindulhat a méh falának bármelyik alkotó eleméből, vagy a méh izomdaganataiból, rendszerint azonban myogen eredetű. Érett izomzatból, miként régebben hitték, nem indulhat ki, hanem csaknem bizonyosan éretlen és differenciálatlan izomsejtekből. 0,56%-ban eseteikben izomdaganatból indult ki. A sarkomák osztályozásában legcélravezetőbbnek tartja a kórszövettani felosztást, kerek-, orsó- kevert- és óriássejtű sarkomákra. Eseteikből azt a tanulságot vonták le, hogy a daganatokban a fonális magoszlások nagy száma egyenes arányban van a klinikai rosszindulatúsággal. Az izomdaganatokban fejlődő sarkomák körjárata a méh izomzatából a nyálkahártyából kiindultakkal szemben kedvező. A betegek sorsát 50 esetben kísérhették figyelemmel. Közülük 5 év múltán 15 (30%), 10 év elmúltával 12 (24%) volt életben.

Kováts Károly dr.

Tüszőhormon túltermelés okozta vérzésék felismerése. R. Joachimovits. (Wiener Klin. Wschr. 1937. 5.)

Négy módon lehetséges: 1. a vizelet hormontitálása útján. Kevés helyen végzik, épen ezért nehezebben hozzáférhető methodus. Több hibaforrással is van. 2. A hüvelyfal-kenet görcsövi képeinek változásaiból. Tüszőhormon túltermelésekor állandó az a kép, melyet hüvelyfal-kenetben egyébként csak a menstruatio utáni 9—12. napon találunk, amikor physiologián is legnagyobb a folliculin termelés. (Hüvelyepithel-sejtek elszaporodása, sok nagy laphámsejt, piknikus maggal, kevés fehérvérsejt, sok nyák). 3. Emlök fájdalomassága gyakran észlelhető. 4. Kifejezett méhnyálkahártyatúltengés.

Orbán György dr.

A vegetatív idegek eloszlása egészséges és gyulladásoz méhkiürt falában. J. Beauvais. (Arch. Gyn. 1937. 164. 3.)

36 egészséges és 12 gyulladásoz elváltozásokat mutató méhkiürtöböl készült metszetben vizsgálta a vegetatív idegrendszer elemeinek elrendeződését, leginkább Bielschowsky—Gros-féle impregnálás segítségével. A vegetatív idegek végágai a kiürt falának különböző rétegeiben, a sima izomrostok és kötőszöveti rostok között, továbbá az erek falában és a nyálkahártyában dús hálózatot képeznek. Az erek falának minden egyes sejtjét a vegetatív idegek végágainak finom hálózata veszi körül. A nyálkahártya alatt futó idegrostok egyes ágai a hám alatti kötőszövetbe is betérjednek, de magukba a hámsejtekbe nem hatolnak be. A gyulladásoz el-

változást mutató méhkiürtök falában ép vegetatív idegelemek mellett egyes helyeken az idegszövet jellegzetes elfajulásos jelenségei észlelhetők, úgymint a neurofibrillumok szemcsés szétesése és a Schwann-hüvely magvainak vacuólás elfajulása. A méhkiürt falában lévő nagyszámú vegetatív idegelem szá-bályozza a kiürt peristaltikus mozgását s ezzel kapcsolatban a peteszállítást is. Az a körülmény, hogy méhkiürtgyulladások esetén a vegetatív idegelemek is kóros elváltozásokat szenvedhetnek, egyes esetekben a meddőség oka lehet.

Ujj. Mauks Károly dr.

Szemészet.

Glaukoma a Wills-kórházban. Lehrfeld és Reber. (Arch. of Ophth. 1937. dec.)

Szerzők a philadelphiai Wills Hospital 10 éves glaukoma anyagáról (1926—35) számolnak be; 1876 glaukomás betegük közül (szembetegek 0,78%-a) 413 szenvedett másodlagos zöldhályogban (22%); itt a sérülés mellett a lues játszott fontosabb szerepet. Az esetek egy harmada súlyos látászavarral végződött. 22 veleszületett és 20 fiatalkori glaukomát észleltek. 1415 elsöleges zöldhályogból 28% congestiv (incompensált vagy „inflammatorius”) és 72% nem congestiv (simplex vagy compensált) típusú volt. — Ezeket kor, fénytörés, kezelés, eredmény, stb. és egyéb szempontok szerint elemzik. Az átlagos kor 59 év; a zsidók nagyobb számaránya nem tűnik ki. Az acut glaukomás roham inkább a hideg és változékonny időjárásakor tör ki. A „followup” rendszer alapján az Elliot-féle trepanatio látszik a leghatásosabbnak. (Ez a felfogás divik Angliában is. Ref.) 784 szem már akkor került vizsgálat alá, mikor látása a normalis egy tizedére csökkent; ebből következik a felvilágosítás fontossága, laikusok, háziorvosok és szemüvegrendelő látszerések számára.

(Feltűnő a simplex glaukomák nagy száma; minálunk alig 10%-kal szerepel a simplex típusú glaukoma. Ennek az ellentmondásnak az oka az, hogy az egyes elnevezésekhez minden szerző más és más fogalmat és típust köt. Ref.)

Grósz István dr.

Korszerű szemtükrözés. Ballantyne. (Trans. Ophth. Soc. Un. Kongd. 1937.)

Az északangliai szemésztársaság gyűlésén tartott előadás, melyben a szemtükrözés haladását ismerteti. A fontosabb állomások; a reflexmentes tükrök (Gullstrand, Thorne), a Cardell-féle polarisációs tükrök, a Franceschetti-féle vörösmentes Gullstrand. Nagy jelentőséget tulajdonít a szemfenék focalis megvilágításának, melyhez régebben érintkező kagyló és réslámpa kellett; e területen Koepe, Friedenwald és Zamenhoff nevei említendők, kik az eljárást egyszerűsítették. A szemfenéki szintkülönbségek megállapítására nélkülözhetetlen módszer; erre oly villanytükrök használható, mely réslámpa módjára működik. Ennek híján kicsiny, tömör izzószálú körte használható fényforrásul; legjobb az olyan kéztükrök, melyen a fénykéve convergentiája újjal változtatható. Fontos lépést jelentett a retinalis reflexek vizsgálata, valamint a retro-illuminatio bevezetése. A válogatott fény klinikai felhasználása a Vogt-féle vörösmentes tükrözés útján történt. Duke—Elder e célra higanyvifénynt alkalmaz Crookes szűrővel, mely kiszűri a 365 μ alatti abiotikus sugarakat. Szerző is ilyen fényt használ (Osira) direct és indirect tükrözéshez vörös-szegény szűrővel; e lámpa különben gyári és utcai megvilágítás céljait szolgálja. (L.: Thiel, Heidelberg, 1935.) Nagy jövőt jósol szerző a sárga natrium-fénynek, mellyel jól tanulmányozható az erek elváltozásai (falvastagodás, stb.), érhártya izzadmány, valamint, — főleg szöke szemfenéken — az érhártyai érrajzolat. Vérzés és erek feketék (vér elnyeli a sugarakat). Káprázás nincs.

Grósz István dr.

Gyermekgyógyászat.

Scarlat kapesán jelentkező streptococcus meningitis és agytályog esetei. Gordon, Litvak és Caronna. (Amer. Journ. of Dis. and Child. 1927. 53. 1447.)

A genyes agyhártyagyulladás relative ritka complicatioja a scarlatnak. Az irodalom adatai szerint 59.254 scarlatos beteg közül 74 betegedett meg meningitisben, illetőleg agytályogban. Szerzők 15 esetet észleltek. Ezek közül 2 meningitises beteg residuumok nélkül meggyógyult. A kezelés mindennapos intralumbalis és intravenás scarlatserum befecskendezéséből állt. Szerzők súlyt helyeznek a massív serum adagokra. Scarlattal kapcsolatos agytályogot közel 6000 scar-

latos beteg közül csak kétszer észleltek. Mindkét beteg sebészi kezelésben részesült. Ez és a serumkezelés egy esetben, melyben a tályog a kisagyban volt, teljes gyógyulást eredményezett.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

A csecsemőtáplálás vitatott kérdései. *Vogt.* (Dtsch. Med. Wschr. 1937. 41.).

A csecsemőtáplálásban újabban sokat vitatott kérdés úgy a női tej, mint a mesterségesen táplált csecsemők esetében, mikor adjunk gyümölcsöt és főzeléket. *Czerny* a főzelék és gyümölcs adását a hatodik élethónapban jelölte meg. Ezzel szemben újabban főzeléket már a harmadik élethónapban, gyümölcslevet pedig már a harmadik héttől szokás adni. Ezen korai főzelékadagolás alapját részben az újabb sav-has-szegysúly vizsgálatok, részben a táplálékok hamutartalmának vizsgálatai adták. A főzelékek főleg a C-vitamintartalom szempontjából veendő tekintetbe. A mesterségesen táplált csecsemőkön kétségtelenül gyakrabban előfordul a C-vitaminhiány, ilyen esetekben azonban citromlé, almalé, vagy ascorbinsav nyújtását ajánlja főzelékek helyett, mivel fiatal csecsemőkön főzelék adása után táplálkozási zavarok jelentkeznek. Az utóbbi években sokat vitatott kérdés a savanyútej használata. A savanyított teljes tejjel táplált csecsemők gyomrában ugyanolyan aciditási fok észlelhető, mint nőitejjel tápláltakon, nagy előnye, hogy a coli és lactis aerogenes csoport szaporodását nagymértékben gátolja. Ezen mesterséges savanyításkor a fehérje könnyen emészthető, finom pelyekben csapódik ki és nagyobb mennyiségű zsírt tudunk nyújtani a csecsemőknek, emellett előnye, hogy olyan emésztési zavarokat nem idéz elő, mint a vajlisztleves. Az exsudatív diathesisben a tej, tojás megsaporítását ajánlja, de nem híve a mesterséges fogyasztásnak.

Martyn Róbert dr.

Bőrgyógyászat.

Ekzematidek alakjában jelentkező salvarsan exanthemák. *M. U. Wiersema,* Groningen. (Arch. f. Derm. u. Syph. 172. 2.)

A groningeri bőrklinika beteganyagán aránylag gyakran, 16 esetben, az összes esetek 2.5%-ában észleltek salvarsankezelés közben ekzematideket. A kórismét *Draier* előírása szerint állították fel: kerek, vagy sokszög alakú, élesen határolt, piros hámlást mutató, teljesen száraz göcök. Leírja a groningeri klinikán használatos, ú. n. rövid- és hosszú anti-syphillises kúrák menetét. A 16 eset közül a betegek fele rövid, másik fele pedig hosszú kúrában részesült. Feltűnt, hogy salvarsan ekzematidét csakis télen és tavasszal észleltek, aminek magyarázatát szerző a vitaminokban keresi. Hogy ezek az elváltozások a salvarsan-kezelés következményei, azt szerző igazolni nem tudja, de erre mégis gondol, mert a) salvarsan adagolás után az ekzematidek fellángolását észlelte; b) az esetek leg többjében a kezelés után főfájást, mások a szemhéjjak duzzadását, végtagfájdalmat, arcoedemat, vagy náyingert figyelt meg. Lebénypróbát és intracutan reakciókat is végzett neosalvarsan oldattal. Az előbbivel egy esetben kapott pozitív reakciót, az utóbbi eljárás szerint azonban pozitív eredményt nem értek el. A psoriasiform ekzematoid és valódi psoriasis elkülönítésére szöveti vizsgálatot tart szükségesnek.

Preininger Tamás dr.

A rövidhullám besugárzás hatása a pathogen gombákra. *E. Troeltsch.* Marburg. (Derm. Wschr. 1937. 40.)

Szerző arravonatkozólag végzett kísérleteket, hogy a rövidhullámú besugárzás mennyiben befolyásolja a gombák növekedését. Kísérleteit 8 csoportban végezte s ezekből kitűnik, hogy 6 m. hullámhosszon (ultratherm készülék), a trichophyton gypseumon és violaceumon, valamint az epidermophyton gypseumon nem észlelt hatást biopositív, vagy bionegatív értelemben.

A radiotherm készülék 12 m. hullámhosszú besugárzásával a trichophyton gypseumon és violaceumon inkább enyhe növekedést elősegítő, mint gátló hatást figyelt meg. Ez a serkentő hatás azonban a besugárzás befejezésével megszűnt. Az epidermophyton gypseum tenyésztete teljesen befolyásolatlan maradt.

Véleménye szerint nem beszélhetünk a rövidhullámú gombákra gyakorolt hatásáról. A görcsövi készítményekben egyes esetekben tapasztalt spora-szaporulatot inkább esetlegesnek, véletlennek kell tartanunk. Szerző állatkísérleteket is végzett trichophyton gypseumnak és violaceumnak tengerimalacokba ojtásával, azonban itt sem észlelt virulentiaváltozást. Hasonlóképpen befolyásolatlan maradt a besugárzott

epidermophyton gypseummal végzett állatkísérlet is. A tenyésztetek úgy színbén, mint alakban változatlanok maradtak. Kísérleteiben *Grütz*, *Sabouraud* és *Scholtz* kétféle táptalaját használta.

Preininger Tamás dr.

Pemphigus betegség aetiológiájához. *Lindenberg.* (Klin. Wschr. 1937. 45.).

Braziliában a pemphigus foliaceus körképének megfelelő kórforma, melyet ott fogó selvagem-nek neveznek, aránylag gyakran fordul elő. A pemphigusnak ez az alakja különösen közép Braziliában a 15—23 szélességi fok alatt, azonban ezen területen belül is főleg egyes vidékeken, gyakori. Tehát a betegség kifejezetten fertőzéses göcök képez, emellett családi előfordulása is ismeretes. A pemphigus fertőző természetű ma, már általában elismert. *Urbach* vizsgálatai szerint pemphigusos hólyag-tartalom kísérleti állatokon subdurális befeccskendezés után specifikus meningo-enkephalitiszt váltott ki. Ezek az eredmények azonban nem meggyőzőek, mert a pemphigusnak természetes lefolyása alatt idegrendszeri megnyilvánulása nincs. *Noguchi* és *Ohtawara* munkájából ismeretes, hogy a himlő vírus számára a legkedvezőbb szaporodási milieu a herék. Szerző tehát ezt az eljárást követve pemphigusos betegről származó vénás vért közvetlenül a kísérleti állatok heréjébe fecskendezte. Az így kezelt állatok bőrén azt különböző bőringerekkel izgatva sikerült bőrpírban, hámlásban sőt typosus hólyagképződésben jelentkező elváltozásokat kiváltania.

Arokháty Vilmos dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Für die Praxis. II. kötet: *Erprobtes aus den Gebieten den inneren, chirurgischen und gynäkologischen Med.zin.* *Hans Doerfler.* (319. oldal. J. F. Lehmann Verlag, Münc-en. 1937. Ára füzve: 5, kötve 6.50 RM.)

Három év előtt ismertettem e lap hasábjain a munka első kötetét, melyben a szerző félszázadra terjedő vidéki gyakorlatának eredményeit vetette papírra és ezzel az orvosi tudománynak majdnem minden ágát felölelő olyan kitünő kézikönyvet bocsátott collegáinak rendelkezésére, amely a szövevényes orvosi gyakorlat sok-sok kétségei között mindig gyors és megbízható útbaigazítást nyújt. Több mint 200.000 beteg lelkiismeretes megfigyeléséből leszűrt tapasztalatok valóságos tárháza ez az elevenen megírt munka, amelyben nemcsak a vidéki, de a nagyvárosi orvos is igen sok megszívlelni valót fog találni, annál is inkább, mert a szerző balsikereit és diagnostikai tévedéseit sem hallgatja el, ami csak növeli a kitünően összeállított casuistica értékét. Nincs elegendő terünk ahhoz, hogy részletekbe bocsátkozzunk, de úgy a belorvos, mint a sebész, úgy az ideg- és elmeorvos, mint a nő és gyermekgyógyász igen sokat tanulhat a nagy körültekintéssel, higgadt judiciummal és éles kritikával összeválogatott esetek elemzéséből. Úgy, mint az első kötetben, itt is, vörös fonalként végighúzódik, mint egyelőre meg nem valószínűsíthető pium desiderium, a régi háziorvosi rendszer visszaállítás iránti törekvés, amely úgy anyagi, mint erkölcsi tekintetben olyan kitünően megfelelt úgy az orvosok, mint a közönség igényeinek.

Vajda Károly dr.

Voordrachten over verpleegkunde en sociale geneeskunde. (Előadások az ápolástanról és a socialis gyógytevékenységről.) *Frans Daels* prof. (Gent. De Sikkel, Antwerpen, 1937.).

A 133 oldalra terjedő, tetszetős külsejű könyv főleg helyi érdekességgel bír, de tanulságos az idegen olvasó számára is. Szerző, aki a modern szülészeti és higiénéi lelkes apostola, ezen újabb könyvével a közönség nagyobb rétegeit igyekszik orvosi munkájának hasznos tagjává tenni azért, hogy a socialis orvosi gyógytevékenység gondolatát a szélesebb rétegekben igyekszik ismertté tenni. Külön tárgyalja Flammandia socialis viszonyait és nehéz küzdelmét a higiéné, a bábaképzés és az ápolónőképzés érdekében, melyet évtizedeken át vívott, míg az ottani különösen nehéz politikai viszonyok között sikerült azt a mai nívóra felemelni. A socialis gyógyászat elengedhetetlen feltétele az erre hivatást érző, a betegeket otthon felkereső nővérek munkája, kiknek kiképzésére a szerző nagy gondot fordít.

A modern kórház ne csak ápolja, hanem a magasabb gyógyászat centruma és a magasabb kulturának egy oszlopa legyen, mely egyesítse magában a tudományos célokat és a socialis gyógytudományokat, miáltal a kórház így nemcsak

a szegényemberek menedékháza lesz, hanem ahová a felvétel a gazdag ember számára is kitüntetést jelent. Ilyen szocialis értelemben tárgyalja a szerző a rákproblémát, ennek lekiúzását, rákosok számára felállított kórházak segítségével. Miután szerző még külön-külön fejezetet szán az anyaságnak és az anyavédelemnek, felhívja a figyelmet a socialis gyógykezelésben különösképen nagy fontossággal bíró rendszerességre, mely az orvos és ápoló személyzet részéről rendszeres munkában, együttműködésben nyilvánuljon meg. A rendszeresség a kötelességek teljesítésében, az orvos felelősségteljes munkájában, nemcsak tisztánlátást, előrelátást, helyes munkaprogramot jelent, hanem együttaladást az idővel, a tudománnyal, mert aki saját magával és munkájával nincs kellő harmóniában, az a fejlődésben megállást, visszaesést jelent. A környvet az érdeklődők figyelmébe ajánljuk.

Korompai Imre dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 14-i ülése.

Bence Gy. elnök: Mély fájdalommal jelenti, hogy az egyesületet a napokban súlyos veszteség érte. *Győry Tibor*, az egyesület alelnöke, a budapesti tudományegyetem c. rendes tanára elhunyt. *Győry Tibor* világszerte ismert orvostörténelmi kutatásaival a tudományos világ megbecsülését érdemelte ki, amiért külföldön is többszörös nagy elismerésben részesült. Legnagyobb tudományos érdeme, hogy kutatásaival kétségtelenül megállapította az emberiség egyik legnagyobb jótévőjének, *Semmelweis*-nek magyar voltát. Neki köszönhetjük, hogy *Semmelweis*-ben ma már az egész világ a magyar tudóst ismeri el.

Mint a népegészségügyi minisztérium, majd a belügyminisztérium orvosi osztályának helyettes államtitkára kiváló szolgálatokat tett a közegészségügy terén.

Az egyesület életében jelentékeny szerepet játszott, 44 évig tagja, 7 évig volt könyvtárosa, 24 évig házagnya és negyedik éve alelnöke. Az ő idejébe esik és sok fáradozásának eredménye: az egyesületi háznak mai alakja s a *Semmelweis*-ülésterem jelenlegi megnagyobbított megépítése. Az egyesület keretében megteremtette az orvostörténelmi múzeumot, melyet nagy szeretettel ápolta. Az egyesület a legnagyobb kitüntetésben részesítette, amikor a Balassa előadás megtartására felkérte és az érmet nyújtotta át neki.

Tiszteljük meg felállással emlékét!

Bemutatás:

Polgár F.: *Terminális ileitis* esete. 37 éves férfi görcsös hasi fájdalmakkal, puffadással és flatulentiával betegedett meg. Subfebrilis lett, enyhe hasmenés jelentkezett, továbbá hányás és súlyos anorexia, melynek következtében márféléves betegség alatt 36 kg-ot fogyott. Röntgenvizsgálatok a mélyen ülő vékonybél szűkület jellegzetes képét lehetett kimutatni. Első műtété alkalomával eltávolították a főregnyulványt. Ezután állapota tovább romlott, anaemiássá lett s az alhasban ökölnyi porckemény daganat vált taníthatóvá. Újabb röntgenvizsgálat a vékonybél kiterjedt szűkítő elváltozásán kívül belső sipolyképződést és ileocecalis invaginációt derített ki. Másodízben operációkor *Ádám* professor ileocolostomiát végzett, mely után a beteg egészsége hamarosan helyreállt. Ismerteti a betegség pathológiáját és jellegzetes röntgenológiai tünetcsoportját.

Ádám L.: 1935-ben az Orvosképzésben 5 esete kapcsán ismertette az idült hegesedő bélgyulladás klinikai megjelenési formáját és kóroktanát. Azóta még 3 esete volt, amelyek közül egyet ismertet és a röntgenképeit is vetíti. E betegnek először vidéken a középnyelven nyitották meg a hasát bél-elzáródásos tünetek miatt, a medencében bélfösszenyűvéseket találtak, melynek okát nem tudták és ezért újból bevarrták. Egy idő után tályog keletkezett a caecum táján, ez kinyitotta és a főregnyulványt eltávolította. — Néhány hónap múlva újból bél-elzáródással került a beteg hozzászóhoz és a röntgen a végbél felett 15 cm-nyire jó 10 cm hosszú szűkületet mutatott, mely miatt a sigmán anus praeternaturalist végzett. Egy év múlva újból vékonybél-elzáródással szállították hozzá a beteget (2 röntgenkép) és akkor tűnt ki, hogy ileitissal van dolga, emiatt ileocolostomiát végzett, a beteg meggyógyult és azóta az anus praeternaturalist is zárni lehetett. Egy esetben, melyet *Bence* prof. osztályától kapott, vékonybél-elzáródásos tünettellel a hasüreg megnyitáskor biztosan megállapíthaták az ileitis kórisméjét és a beteg ileum eltávolításával rögtön teljes gyógyulást értek el. Megemlíti, hogy az amerikai irodalom már 100-nál több esetet közölt, az angol és német irodalom is újabbanként fog-

lalkozik az érdekes kórképpel, a magyar irodalom még alig foglalkozik vele.

Kovács E.: A lobos eredetű vékonybél-tumороk aetiologiája ritkán tisztázható. Több észlelt esete közül két alkalommal sikerült a kórfolyamatot a környezet gyulladására visszavezetni. Egyik esetben lobos Meckel-diverticulum környezetében, másik esetben doudenom ileum perforatio mellett fejlődött ki kiterjedt ileitis. Analog esetekből szöveti képeket demonstrál és felveszi, hogy a folyamat több szakban zajlik le és ismétlődő gyulladások eredménye.

Bence Gy.: Felszólalásának célja, hogy az ileitis circumscripta kórképének korai tünetere mutasson rá egy általa észlelt eset kapcsán. 40 év körüli nőbeteg, akit ismételten jelentkező heves hasi görcsökkel járó rohamai miatt két ízben már klinikára is beszállítottak. E rohamok után néha hónapokig, néha hetekig jól érezte magát, majd ismét jelentkeztek rohamok, amelyek miatt osztályára vétette fel magát. A beteg subfebrilis volt, felvételkor tulajdonképpen semmiféle fixebb elváltozást kimutatni nem lehetett. A gyomor-béltractus röntgenvizsgálata negatív eredménnyel járt, occult vérzése, leukocytosisa nem volt, vérszékelyedése 53 mm. (Westengreen) volt. Az észlelés alatt ismételten görcsös fájdalmak jelentkeztek 39 C°-os lázzal, mely néhány óráig tartott, a lezajlott roham után csak nagyon rossz közérzet, teljes étvágytalanság, hányinger és subfebrilis hőmérséklet maradt. Helyes nyomra a betegészlelés vezetett, mely a rohamok alatt kifejezett bélstenosis tüneteit állapította meg nagyfokú bél-merevedéssel, melynek alakja és megjelenési helye vékonybél-merevedésre vallott. Leggyakrabban az akadály helye a caecum közelében volt észlelhető, ezért az elváltozás helyét az ileum végére, illetve a caecum kezdetére tette. A hosszas tartam ellenére occult vérzés nem lévén, a rosszindulatú daganat fennállását nagy valószínűséggel kizárta. Ezek alapján az ismételt bélszűkületi rohamokra tekintettel *Ádám* prof. osztályára tétetett át, ahol az operatio alkalomával kiderült, hogy az ileum végső szakasza kb. 12 cm-nyi területen heges, fekélyes elváltozást mutat. A bélumen nem volt nagyon erősen szűkült, ez magyarázza a negatív röntgenlelet. B'onyára a rohamok alkalomával, a localis izgalomból kifejlődött spasmus oka nagyrészt, a bélszűkület kifejlődésének. E korai szakban végzett műtét teljes gyógyuláshoz vezet, a beteg két éve egészséges, 20 kg-ot hízott. Célszerű tehát ezen stadiumban a műtét elvégzése, még mielőtt fistula, ill. pseudotumor képzése a teljes eredménnyel járó műtéti megoldást lehetlenné teszi.

Polgár E.: A vékonybél röntgendiagnostikája ma még mostohagyermek a röntgenológiának, a szokványos időpontokban végzett átvilágítások nem elegendők. Lehetséges, hogy a kórkép egyes csoportokra fog felbomlani, ritka esetekben a vastagbélben is keletkezhetnek lobos, tumoros elváltozások.

Várvidy J.: *Adatok a pentastomiasis kórbonctanához.* Észlelt esete alapján a pentastomiasis helyesebben linguatulus humanopathologiai jelentőségét állítja. 3 éves, gyermekbénulásban meghalt fiú tüdejében, hasártyája alatt és hasüri nyirokcsomóiban 8 linguatula vándorálcat talált. Az egyik tüdőben talált példány átszakított egy nagyobb tüdőverőeret, ami vérzést eredményezett. Szemben más szerzőkkel kimutatta, hogy az állca kifejlődhet az emberben és vándorútra kelhet, amivel súlyosabb tüdőszövődményeket okozhat. Különbösen tömeges fertőzések esetében — amit kutyák terjeszhetnek, — van jelentősége. Hazánkban a linguatula elterjedtségéről semmit sem tudunk. Emberi eset a világirodalomban csak 5 van, közöttük 3 esetben találtak élő állcát. Ismertettét eset mutatta a legsúlyosabb elváltozásokat.

Ehrenfeld H.: *Orrszépitő műtét Joseph prof.—Ehrenfeld eljárása szerint.* Rövid történelmi visszpillantás során az előadó rámutat arra, hogy az első orrszépitő műtétet *Dieffenbach* végezte, de csak *J. Joseph* volt az, aki előbb külső metszésből, majd később intranasalisán először végzett minden irányú és teljes s'kerű orrmegkisebbitést, egyben ő volt az, akinek az összes orrdeformitások correctiójára vonatkozó eljárásokat köszönhetjük, így őt tekinthetjük ezen tudományág megalapítójának és legnagyobb művelőjének.

A Joseph-féle eljárásokat igyekezett az előadó tökéletesíteni. E célból három feladatot kellett megoldania: először biztonságossá kellett tennie ez orrszépitő műtétet a későbbi eredmény szempontjából, a műtéti eljárásokat úgy kellett módosítania, hogy a keletkezett orr necsak kicsiny, szabályos legyen, de természetesnek is hasson, végül eljárást kellett kidolgozni annak biztosítására, hogy az új orr harmonikusan illeszkedjék az arca. Annak demonstrálására, hogy ez

mennyire sikerült, 12 betegről készült műtét előtti és műtét utáni mozgóképet mutat be.

A műtét technika ismertetésére egyik műtétéről készült színes mozgóképet vetített az előadó. E mozgókép szemlélteti az előzetes kitervezést (portrait rajzolás, a leendő arc meg-rajzolása, profilmodell készítése a műtét közbeni ellenőrzés céljára), az érzéstelenítés technikáját, az orr csontos és porc-púpjának eltávolítását, az orr megrövidítését, megkeskenyítését, az orrcsúcs megfinomítását, az orrnyílások megkeskenyítését, végül magát a megszépített beteget két héttel a műtét után.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Gynaekologiai Szakosztályának december 2-i ülése.

Bemutatás:

Batizfalvy J.: *A kiirtcsomk terhessége.* A 26 éves beteget 1936-ban baloldali petefészekdaganat miatt operálták. Fél év múlva méhenkívüli terhesség miatt újból műtét, amkor kiderült, hogy a j. o. függelékek épek voltak, a b. o.-n viszont a kiirtcsomk helyén a sigma által fedett zugban fejlődött a terhesség, mely belső vérzést okozott. Az embriót a vérvadások között meg lehetett találni. Sorozatos metszetek átvizsgálása alapján tisztázódott a pete ágyának viszonya a kiirtcsomk maradványához: a beágyazódás valószínűleg úgy történt, hogy külső vándorlás útján a jobb petefészekből a bal kiirtcsomk helyére jutott a pete a kiirtcsomk nyálkahártyájába s onnan a méhfal felszínes izomrétegébe implantálódott. Ismerteti az irodalom anyagát és megállapítja, hogy a kiirt- és méhcsomkítás után többféle csomkterhesség fejlődhetik, melyeket rendszerbe foglal. Ajánlja, hogy a csomkterhességet a méhenkívüli terhességnek ritkább alakjai között, mint önálló formát tárgyaljuk.

Sándor Gy.: *Gyulladásos méhfüggelék-daganat tüneteit utánzó sigma-rák.* 37 éves asszony, minden előzetes genitális megbetegedés nélkül heveny hashártyagyulladás tüneteivel műtétre kerül. Az operáló sebész pyosalpinx rupturát tételez fel. A hetek után megejtett vizsgálat b. o. a méhfüggelék táján elmosódó határú, fixált gyermekökölnyi resistenciát talál. A vizsgálat után hőemelkedés. Néhány hét múlva váladékvétel. A cervicalis váladék görcsövi vizsgálata: go. negatív. Peritonitises tünetek kiújulása. Mindezen jelenségek a genitális megbetegedés diagnózisát erősítik meg. Belsővérzés jelentkezik. A végbél-tükrözés a sigma alsó részén fekélyt talál. Szövetkimetszés, kórszöveti vizsgálat: adeno-cc.

Hasonló tévedés elkerülésére ajánlatos lenne az olyan tumorkor esetén, amelyek minden genitális előzmény nélkül a kis medence bal felében mint diffus határú, fixált képletek jelentkeznek, a végbéltükrözésnek, esetleg az alsó passage vizsgálatnak az elvégzése, még akkor is, ha a genitális vizsgálat az adnexum megbetegedése mellett szólana.

v. Sövényházi A.: *Méhfüggelék-gyulladásos megbetegedés tüneteit mutató sigma-rák érdekes esetét* ismerteti. A lényegtelen alhasi panaszokkal jelentkező idősebb nőbeteg elmondotta, hogy egy ízben sok szőllő elfogyasztása után hüvelyéből szőllőmagot távolított el. A legelső feltételezés természetesen végbél-hüvely-sipoly lehetősége volt. — Miután beható vizsgálat ezt kizárta, kétesnek látszott a beteg által bementett kórelőzmény. Az idült méhfüggelék-daganat diagnózis mellett elvégzett műtétkor tünt ki, hogy a sigma-bél rákos folyamata már beletört a vele összenőtt méhbe. — A már előrehaladott rosszindulatú folyamatnak tehát t. k. első tünete az áttörés következtében a hüvelyben megjelent béltartalom (szőllőmag) volt.

Ez az eset is mutatja, hogy a sigma rákja olykor késői és sokszor nem jellegzetes tünetekkel jár.

Batizfalvy J.: Hasonló lefolyású esetet ismertet. Betegének panaszai alhasi fájdalommal és magas lázzal kezdődtek. Gondos belklinikai és röntgenvizsgálat perisigmoiditist, a nőgyógyászati vizsgálat a bal adnexum helyén ült, exsudatumba ágyazott tumort állapított meg. A beteg súlyosan leromlott állapota és myodegenerációja miatt műtétről nem lehetett szó, úgy hogy tüneti kezelésre szorítottak. Néhány hét múlva röntgenvizsgálattal a tüdőben daganatos góc volt kimutatható, később pedig a boncoláskor az általános septikus jellegű elváltozások mellett sigma-carcinomát találtak, mely a klinikai tünetek szerint igen korán áttörte a bélfalat és a mesosigmában nagy tályogot, a későbbiek folyamán pedig genyes áttételeket is okozott.

Frigyesi J.: A sigma carcinoma, mint azt a bemutatásból is láttuk, sajnos, sokszor hosszú ideig tünetmentes marad. Amikor felismerésre kerül, az esetek legnagyobb részé-

ben már inoperabilis stádiumban van. Erre tehát, főleg a magasabb korban fellépő, nem javuló adnextumorkor esetében gondolni kell.

Előadás:

Tasnády-Székely B.: *Cotte-műtét eredményei gyógyíthatatlan méhrák eseteiben.* Ismerteti a különböző medencebeli sympathicus plexus megszakítási műtéteket. Cotte praesacralis sympathectomiájával kizárólagosan foglalkozik. Fájdalmak miatt műtétre nem sok méhrákos beteg jelentkezik. Ennek okát abban látja, hogy aki már volt operálva és betegsége kiújult, nem szívesen operáltatja újra magát. Esetei valamennyien olyanok, ahol csak rádium- és röntgenkezelés volt.

Előadó 9 észlelt esetéből négyet kivonatossan ismertet. A nyert tapasztalatokat a minden esetben elvégzett szövettani leletek alapozzák meg. Mint érdekes szövettani leletet ismerteti a carcinoma endoneurialis továbbterjedését.

A hüvelyre és végbélre ráterjedt folyamatokban, miként Walthard, ő sem látott eredményt. A többi esetben a fájdalom a műtét után megszűnt. Az eredmény azonban, mint az a carcinoma terjedésével várható is, nem tartós, 4—5 hónap után visszatér a fájdalom. A műtét nem mindig könnyű, néha a körülmények miatt igen nehézé válhat. Indokoltnak látja a műtét végzését minden olyan esetben, ahol a rákműtétet a kiirtás lehetetlensége miatt egyébként abban hagynánk.

Róna A.: Minden olyan törekvés, amely gyógyíthatatlan betegek fájdalmának csökkentését célozza, elismerést érdemel.

Előadó által elért átlag 5 hónapig tartó fájdalomtanság jogosulttá teszi a Cotte-műtét alkalmazását inoperabilis uterus carcinomák esetén. Az elért eredmények azonban nem felelnek meg teljesen a genitális ideganatomiai viszonyainak.

Ismerteti a kismedencéből kiinduló afferens pályákat és rámutat azokra, amelyek a hypogastricus kötegeket elkerülik. A hypogastricus resectio az afferens pályáknak csak egy részét szakítja meg. A kismedencéből kiinduló összes érzőpályák blokkrozásának módját, — az anatómiai viszonyoknak legmegfelelőbbben — a Frigyesi-féle helyi érzéstelenítési eljárás adja meg.

Azokat az eredményeket, melyeket Cotte dysmenorrhoea és kólikával járó hypersecretiók esetében elért, hozzájáruló elsősorban a motoros és vasomotoros pályák megszakításának tulajdonítja. Annak igazolására, hogy a hypogastricus kötegek a genitális motoros és érzőpályáinak csak egy részét foglalják magukba, felhívja, hogy Cotte-műtét után teherbe jutott nők szülése esetén sem motoros zavarokat, sem érzéstelenítést nem észleltek.

Probstner A.: Hét esetben végezte a Cotte-féle műtétet inoperabilis méhrák esetében, hatszor próbapaparotomia kapcsán, egyszer radicalis műtét után recidiva esetében. A műtét végzése némely esetben nem könnyű. A fájdalmak a műtét után hosszabb-rövidebb időre rendszerint megszűntek, kivéve a recidiva esetét. A műtétről olyan esetben lehet szó, amikor próbapaparotomia alkalmával a has már úgyszólván van. Azon javallatok alapján, melyek miatt Cotte végezte műtéteinek legnagyobb részét (dysmenorrhoea, vaginismus, medencebeli neuralgia, stb.), nem tudná magát elhatározni a műtétről. Ezen esetek nagy részében lelki eredetű panaszokról van szó és így gyógyításuk nem műtéti.

Batizfalvy J.: Két eset kapcsán szól a kérdéshez. Mindkét betegnek előrehaladott méhrákja volt, igen heves fájdalommal. A betegek 20—25 cg. morphiomot kaptak naponta 2—3 részre elosztva, amikor a műtét inditóját felállították. A sebészeti klinikán elvégzett műtétek után a fájdalmak egyik napról a másikra annyira csökkentek, hogy napokon át salicyl készítményekkel és itt-ott egy-két cg. morphiummal csillapítani lehetett őket. Néhány hét múlva a folyamat progressiója következtében a morphiom adagoknak fokozására volt szükség, ami talán azzal függhez össze, hogy a betegek a műtét előtt morphinistákká lettek. Úgy véli, hogy amennyiben az indicatio korábban felállítható, előbb kell a műtétet mérlegelni, mielőtt még a betegek a morphiomot megszokják.

Mansfeld O.: A Cotte-féle műtétet dysmenorrhoeák miatt végezni nem tartja indokoltnak. A carcinomák nagyrésztében a fájdalmak csak nagyon későn kezdődnek. Itt csak kivételesen lehet szükség a fájdalomcsillapító fokozott adagolása helyett ehhez a műtéthez fordulni. Leginkább tehát akkor jöhet ez a műtét szóba, ha műtét közben drúlna ki, hogy az eset inoperabilis.

Vágó A.: 37 éves, három gyermekes nőbetegen a 10 hónappal előbb hüvelyen át eltávolított méhnyaki rák után már

két hónappal féldínyi helyi recidiva lépett fel, mely többszörös rádium- és röntgenbesugárzás alkalmazása után nem nőtt ugyan, de oly heves hasi fájdalmakat okozott, hogy a beteg csak napi 12—15 cg. morphin bevétele mellett érezte fájdalmait valamennyire elviselhetőnek, kenyérkereső foglalkozását folytatni azonban nem tudta.

A beteg aránylag jó tápláltsági fokára, valamint a rákos recidiva kis kiterjedésére való tekintettel mérlegelte a Cotte-műtét javallatát. A műtét előtt két nappal a *Frigyesi* professortól helyi érzéstelenítés céljára ajánlott hypogastricus (paralumbal III.) érzéstelenítés hatását akarta megfigyelni a betegen. Látna, hogy ennek hatására az addig tartósan fennálló heves fájdalmak több mint 6 órán át teljesen kimaradtak, indokoltak látna a plexus hypogastricus műtéti eltávolítását *Cotte* szerint. Az egyszerű és sima lefolyású műtét után a beteg fájdalmai tartósan megszűntek, kenyérkereső foglalkozását is folytatni szándékozik.

Hasonló esetekben tehát, hol a beteg testi conditioja jó, a rákos folyamat előrehaladása lassúnak látszik (pl. radicalis műtét utáni sugárkezelésben részesített helyi recidiva), érdemesnek tartja a beteg hátralévő egy—másfél évének fájdalommentessé tételére a plexus hypogastricus *Cotte* ajánlotta műtéti eltávolítását. Az alkalmas esetek kiválasztására hasznosan alkalmazható a *Frigyesitől* ajánlott hypogastricus anaesthesia.

Burger K.: Felhívja a figyelmet a Cotte-műtéttel kapcsolatban arra körülményre, hogy ha a méh nagyobb a rendesnél, azt félretartani nem mindig könnyű, mert a méhnyak és a méhkörül kötőszövet a rákos beszűrődés miatt merev és ezért a műtét kivitele nehézséggel járhat.

Tasnády-Székely B.: Azért hozta a kérdést a szakosztály elé, hogy ne csak külföldi közleményekből, hanem közvetlen tapasztalatokból is alkothassunk véleményt. Tulajdonképpen a hozzászólókkal mindenben egyetért, miután előadó is rámutatott úgy a műtéti nehézségekre, mint az eredmény átmeneti voltára. Nem helyesli Mansfeld véleményét, aki azt hiszi, hogy azért operált, mert sajnálja a morphiomot. Rámutatott, hogy igen sokszor olyanok a socialis viszonyok, hogy a beteg nem kaphatja a gyógyszert a leginkább hatásos injectió formában és akkor nagy jótétemény a fájdalommentes pár hónap. Megemlíti, hogy egyik betege a műtét után annyira jól érezte magát, hogy megkérdezés nélkül férjhez is ment.

Frigyesi J.: Minő az előadásból, mind a vitából kitűnik, hogy carcinoma esetén rendkívül ritkán jutunk abba a helyzetbe, hogy a Cotte-féle műtét elvégzését indokoltak lássuk. Főleg olyan esetekben jöhet szóba a műtét elvégzése, hol a beteg előreláthatólag még hosszabb ideig marad életben és amikor a szükség szerint bármilyen nagy adagban adott analgetikum sem szünteti kellőleg a beteg szenvedéseit.

A műtét csak akkor nehéz, ha az idegfonatot izolálva akarjuk kivenni. Ha azonban mindazt ami a csigolyatesten található, tompa türe vesszük, úgy a felnyalábot kötőszövetben bizonyosan az idegfonatot is benne lesz.

Hogy a s-óban lévő műtéttől várható-e a fájdalmak csökkenése, arról az általa ajánlott paralumbal anaesthesia elvégzése útján nyerhetünk meggyőződést.

A Magyar Röntgen-Társaság december 9-i ülése.

Bemutatók:

Boris A.: Ismeretlen eredetű meszes árnyék a mellkasban. Egy, az ideggyógyászaton kezelt pluriglandularis insufficiencia diagnózisú betegen a bal mellkastűben intrapulmonalis tojásnyi intenzív homogen, egyenletes meszes héjjal körülvett árnyékot mutatott ki az általános vizsgálat kapcsán történt obligatorikus röntgenátvilágítás.

Bemutató a jóindulatú mellkasi tumorok rövid összefoglalása után megállapítja, hogy minden bizonnyal egy elmeszesedett falú echinococcus cystájáról van szó.

Wald B.: A hiatus viselkedése cardioaspmus esetén. A hiatus- és cardioaspmus gyakorlatilag fontos elkövetésében jelentős szerepe van a hiatus inspirációs lefűzésének. Sok esetben csak ennek kimutatása biztosítja a cardioaspmus diagnózisát. Az inspirációs lefűzés kimutatását azonban megnehezíti az, hogy a hiatus többnyire csak az inspirium elején fűzi le teljesen a nyelőcső telődését. Az inspirium későbbi fázisaiban a hiatus lassan kinyílik és az inspirium végén a hiatus lefűzése eltűnik. Az ilyenkor készült felvételen a várt hiatus lefűzés hiánya miatt sok esetben nem tudjuk elkülöníteni a cardia- és hiatus spasmust. Az elkülönítés az inspirium kezdetén, a teljes hiatus lefűzése alatt is nehéz le-

het, mert a hiatus teljes lefűzésével többnyire az intraabdominalis oesophagus rész is kiürül és az ilyen képen a hiatus inspirációs lefűzését könnyen tarthatjuk spastikus koncentrációnak. A fenti tévedéseket elkerülhetjük, ha a hiatus inspirium alatti változásait az átvilágításkor nyomon követjük és különböző koncentrációs állapotait célzott felvételekkel rögzítjük.

Előadás:

S. Kreuzfuchs (Wien): Die Arteria pulmonalis in Konstitution und Pathologie. Az aorta és a pulmonalis két fő-első-vezetke az emberi testnek, melyek közül az egyik az építő- és fűtőanyagot szállítja, a másik a gázcsere szolgálja. Hogy feladatuknak meg tudjanak felelni, mindkettőnek tökéletes méretezésűnek kell lennie. Az aorta anatómiai, klinikai és röntgen szempontból jól ki van kutatva, a pulmonalis ellenben a kutatás szempontjából eddig bizonyos tekintetben mostohagyermek volt. Előadásában részletesen foglalkozik az arteria pulmonalis fejlődéstan, anatómiai és röntgenológiai viszonyairaival, majd kifejti, hogyan ábrázolható és hogy mérhető az arteria pulmonalis.

Hogy az art. pulmonalist ábrázolni és mérni tudjuk, annak nagy fontossága van úgy az alaktani, mint a klinikai kutatásban.

Hogy mily gyakori a normalis aorta- és pulmonalis typus: eddig ismeretlen volt. Előadó mutatta ki, hogy a gyermekkorban kb. 60%-a normalplastikus, a fiúgyermekek 30%-a a leánygyermekek 35%-a a hypoplastikus és legfeljebb 5% a hyperplastikus.

Az aorta és pulmonalisra vonatkozó kutatásaink alapján abba a helyzetbe jutottunk, hogy már gyermekkorban előre bizonyos következtetéseket tudunk levonni az illető egyének morbiditására és mortalitására.

A kiszélesedett pulmonalis felismerése — mely néha gigantikus méretet is ölthet, anélkül, hogy activ betegség érzése fennállana, — nagyfontosságú, mert aggasztó tévedésektől is megőrizhet. Így nem egyszer a széles pulmonalist hulus tbc.-nek, sőt tumornak is nézték és az irodalomban is le van írva egy ilyen 21 éves tanulóévan azonnali halállal végződött téves műtéti esete. Az ilyen téves tumor-diagnózis leéltéséig annál inkább fennáll, mert úgy a bal-, mint a jobboldali alsó pulmonalis ág felosztódása előtt szélszerűen ki is hasasodik. A basalis lefutás típusos elágazódása igazán mindig útna, viszont a hulus tbc. téves diagnózisától a kísérő bronchuságak megfigyelése óv még.

Az angiodysplasiában széles pulmonalis további — ezideig még kevés kutató által felismert — jelentősége: a primaer pulmonalis sklerosis, mely rendszeren keskeny aorta, megnagyobbodott jobb pitvar és kamra, valamint atropiás balkamrával szokott együttjárni. A pulm. sklerosis ez irányú igen kiterjedt vizsgálatai szerint, főleg annyiban nyert nagy jelentőséget, hogy a megbetegedettek ca.-ra disponáltak, mint azt egyik legközelebbi előadásában részletesen ki fogja fejteni.

Végeredményben tehát az art. pulm. stadiuma a röntgenológiai eddig nem is sejtett perspektívát tár elénk és így várható, hogy a röntgenológusok e kérdéssel nagyobb gondal fognak foglalkozni.

Herceg Esterházy Pál adománya.

Irta: Grósz Emil dr. ny. r. tanár.

Esterházy Pál herceg már régebben foglalkozott az azzal a tervvel, hogy az orvosi tudományos kutató munka támogatására jelentékeny összeget fordít. Miután a megfelelő összeget biztosította, néhány szakember véleményét kérte ki, hogy milyen módon biztosíthatja legjobban száradékának eredményes megvalósítását. Ezen hetekig tartó megbeszélés után 6 szakembert hívott meg együttes megbeszélésre, kikkel már teljesen kidolgozott tervet közölt. E tervezetet az előzetesen kapott információk alapján készítette, de emellett teljesen saját elhatározásából és saját gondolatai szerint. — Actiója célja az orvostudományi kutató munka támogatása Magyarországon, különös figyelemmel a népegészségügy fejlesztésére, tehát az orvostudomány terén eredményesnek látszó kutató munkák megindításának vagy folytatásának és kiváló tehetségű fiatal orvostudósok fejlődésének akadályait elhárítani.

Nem arról van szó, hogy kutató-intézetet alapítson, arról sincs szó, hogy meglévő intézetek olyan felszerelési hiányait egészítse ki, amelyek a rendes laboratóriumi munka elemi szükségletei s melyek az intézményt fenntartó feladatahoz tartozik, s nem is az a szándéka, hogy egyes szűkölködőknek charitatív alapon támogatást adjon, hanem az a célja, hogy fiatal, tehetséges tudósoknak bizonyos időre lehetővé tegye a munkába való elmélyedést s biztosítsa a kitűzött feladatuk dologi szükségleteit. Kétségtelen, hogy Esterházy Pál herceg adománya az orvostudományi kutatásnak nagy lendülést fog adni. A kutató munka már a háború előtt is intenzív támogatást igényelt.

Az egyetemeken az oktatás és a gyakorlat a kutatómunkát háttérbe szorította. Ezt Angliában, Amerikában, Franciaországban felismerték s a XX. század elejéi nagy anyagi áldozatokkal kutató intézmények létesültek. Ezek közül legismertebb az amerikai Carnegie, a Rockefeller alapítványok, a francia Pasteur intézet, az angol Lister Institute, s legújabbban Lord Nuffield 10 millió fontnyi adománya. Ezen intézmények munkája a német tudományosság vezető posztóját kezdték háttérbe szorítani. Ez indította Harnackot, a szellemi tudományok egyik legkiválóbb képviselőjét arra, hogy a német császárhoz intézett memorandumában a kutató munka hathatós támogatását ajánlja. Erre csakugyan szükség is van. Régebben egyes geniek a legegyszerűbb eszközökkel alapvető felfedezéseket tettek. Newton a gravitatio törvényét az almának fájáról való leeséséből állapította meg. Faraday az elektromosság törvényeit vas és fadarabokon fedezte fel, Jenner és Semmelweis módszere egyszerű megfigyelés volt. Ma azonban részletmunka folyik s ez költséges felszerelést, eszközöket, kísérleti anyagot igényel, e munka példája Röntgen, Rutherford, Banting eredményeihez szükségelt és igénybe vett anyagi erő. Szent-Györgyi kutatásainak eredményeit annak kezdetén az Amerikában kapott nagy anyagi segítség biztosította.

Nálunk gr. Klebelsberg Kunó ismerte fel a természettudományi kutatás jelentőségét és fontosságát s ezért létesítette a természettudományi alapot. S ugyancsak ő mozdította elő a Széchenyi Tudományos Társaság megalapítását, melynek éltető lelke Schimanek műegyetemi tanár, mindkét intézmény azonban a természettudományok egész területére, sőt a Széchenyi Tudományos Társaság a mezőgazdaságra és technikai tudományokra is kiterjed. Az orvosi tudományokra csak egy rész juthatott. A gazdasági crisis óta a természettudományi tanács 150.000 pengős javadalma 30.000 pengőre zsugorodott, a Széchenyi Tudományos Társaság régebben 150.000 pengőt oszthatott szét, de most ez összeg is megcsökkent, de még mindig 60—80.000 pengőt adhat az összes tudományok pártolására. A társaság nagy hálaára kötelezte az orvosi tudományt, hogy fennállásának 10 éve alatt kb. ¼ millió pengőt fordított az orvosi tudományos munka támogatására.

Esterházy Pál herceg adománya kizárólagosan az orvosi tudományra szorítkozik, s így szűkebb körre koncentrálja jelentős anyagi segítségét. Kétségtelen, hogy ez actio credményes lesz. Az adományozó a vezetést saját magának tartotta fenn s a cél elérésére szolgáló módszerek megválasztásában teljesen szabad kezét biztosított magának. Orvosszakemberekből álló tanácsadó bizottságot szervezett, melynek tagjai: Johan Béla államtitkár, b. Korányi Sándor, Grósz Emil, Verebélj Tibor, Herzog Ferenc, Szent-Györgyi Albert egyetemi tanárok.

E bizottság feladatául a kutatók kiválasztását, a tudományos munkásságuk s munkaprogramjuk megbírá-
lását és a támogatás mérvére és módjára javaslattételt tüzt ki. Amennyiben a támogatandó szakmája a bizott-

ságban nincs kellőképp képviselve, a megfelelő szakemberrel ad hoc kiegészíti magát. A rendelkezésre bocsátott összeg esetleg fel nem használt része tartalékolható, hogy indokolt esetben később álljon rendelkezésre. Az évi 30.000 pengő kevés szakember között osztható fel, hogy a támogatás hatékony lehessen. A tanácsadó testületet a kutató munkát végző szakemberrel a kapcsolatot fenntartja s a munkaév végén a támogatottak munkájukról beszámolnak. A munka közlésekor meg kell említeni, hogy az actio támogatásával készült.

A tanácsadó testület javaslatának jóváhagyását s az érdemben való döntést a herceg magának tartja fenn, ugyszintén azt is, hogy a szerzett tapasztalatok alapján az eljárást módosíthatja. Esterházy Pál herceg adománya lehetővé teszi, hogy a magyar ifjúság kétségtelen gazdag tehetsége érvényesülhessen és pedig az út erre mindenki számára nyitva áll. A pályázathoz csatolandó iratokat az alant közölt hirdetés jelöli meg.

Annak, hogy a tudományos munkát az a nemzetség karolja fel, melynek hazánkban nyolcszázéves muntja van s mely 250 éve viseli a hercegi koronát s az országnak olyan kiváló egyéneket adott, egyszersmind azt igazolja, hogy a magyar nemzet történelmi hivatását ma is betölti, nemcsak fegyverrel, nemcsak anyagi erővel, hanem egyuttal a tudomány hatalmával óhajtja hazáját szolgálani.

Az Esterházy Pál herceg által kiadott pályázat szövege a következő:

PÁLYAZATI HIRDETÉS.

Az orvosi tudományos kutató munka támogatására 10 éven keresztül évi 30.000 pengőt bocsájtok rendelkezésre.

Azok, akik ez összegből részesedni óhajtanak, pályázatukat 1938. február 15-ig bezárólag „Esterházy Pál herceg titkári hivatal”-ába küldhetik be, Budapest, I., Tárnok utca 9. A kérvényhez csatolni kell:

- a) születési anyakönyvi kivonatot;
- b) kimerítő curriculum vitae;
- c) hatósági nemzethűségi bizonyítvány. Közzolgálatban állóknál ezt a hivatali főnök igazolványa pótolja;
- d) egyetemi oklevél másolatot;
- e) egyetemi lecke-könyvet, kórházi szolgálati könyvet, szolgálati bizonyítványt;
- f) tudományos munkásságról szóló jegyzéket és a tudományos közléseket;
- g) munkaprogramot, annak megjelölésével, hogy milyen összegre van szüksége saját személye s milyen dologi kiadásokra, annak megjelölésével, hogy hol szándékozik dolgozni;
- h) az esetleges főnök véleményét zárt borítékban;
- i) nyelvismeretre vonatkozó nyilatkozatot.

A beérkezett folyamodványokat szakemberekből álló bizottság bírálja meg és e bizottság javaslatának meghallgatásával adományozom az összeget, melyet titkárságom posta útján megküld és pedig a bizottság által javasolt s általam elfogadott részletekben.

Ha a munka időközben befejeződnék, vagy megszakadna, az illető arról és a megszakítás okáról a bizottságnak jelentést tesz és a támogatás megszűnik.

A támogatás indokolt esetben több éven át is nyújtható.

Az összeg felhasználásáról s a végzett munkáról fél-évenként, esetleg évenként jelentést kell beküldeni az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága elnökéhez: Grósz Emil dr. egyetemi tanárhoz, Budapest, VIII., Üllői út 26. címre.

Ugyancsak az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága irodája írásbeli megkeresésre felvilágosítást nyújt.

TRESFARIN szénhidrátmentes diabétikus tápszerek
GLUKONON szénhidrátmentes édesítőszer
PYROFARIN savkötő-tápszerek gyomorbetegeknek
SLIMMIGN 1/2 kalóriás tápszerek fogyó-diétához
TRESAL konyhasómentes asztali só
 sómentes kenyér vesebetegeknek
DIÉTÁS KENYER-félék
Diétás-ház V., Gr. Tisza István-u. 7
 Ismertetőt kívánságra készséggel küld:
TRES R.-T. Budapest 113

VEGYES HIREK

Személyi hír. A kormányzó a miniszterelnök előterjesztésére *Gerlóczy Géza dr.* egyet. c. rk. tanárnak, az Országos Tisztviselő Betegségélelmezési Alap igazgató-főorvosának sok éven át az országos közegészségügy, valamint a Magyar Vöröskereszt célkitűzései körül kifejtett értékes munkálkodása elismerésül a magyar vöröskereszt érdemkeresztjét adományozta.

A **Medikus Bál** szombaton, 15-én zajlott le a Gellért-fürdő nagycsarnokában *Vámosy Zoltán* egyetemi tanár védnöksége alatt. Professorait az ifjúság túlnyomó részben szomorúan néikülözte, pedig úgy szeretne volna látni és ünnepelni őket. Így az est, mondhatnánk egészen a fiatalságé volt, kik vidáman lejtettek az üres emelvény előtt is hajnalig. Azt mondják, a bál azért anyagi sikerében kielégítő volt és sok vigaszt nyújt a nélkülözött medikus ifjúságnak.

Az Orvostudománytörténeti XI. Nemzetközi Congressust ez évben szeptember 3—11-ig tartják Jugoszláviában. Az ülések székhelyei: Zágráb, Belgrád, Sarajevo és Dubrovnik. A helyi rendezőbizottság *Thaller Lajos dr.* elnök és *Bazala Vladimír dr.* főtitkár, egyetemi tanárok vezetése alatt gazdag műsort állított össze. A tárgysor nevezetesebb megvitatásra kerülő pontjai: A misztikum és varázslat szerepe a népies orvostudományban. — A lelki betegségek és gyógy módjuk a nép felfogásában. — A népies természet tudományok. — Az orvostudomány a népköltészetben. — A mocsárláz története. — Az orvostudománytörténet kötelező tanítása és hallgatása.

A felszólalások vagy közlemények bejelentésének határpapja február 1. A congressuson való részvétel bejelenthető április 1-ig a Főtitkárságnál *Bazala Vladimír dr.* címén (Zagrebb, Vlaska ulica 95.).

A XV. Nemzetközi szemészcongressus Cairóban mult év december 8. és 14-ike között zajlott le, melyen mintegy 500-an vettek részt. A nemzetközi Szemészeti Tanács két tárgyat tűzött ki megvitatásra, az egyik a *retina arteriáinak hypertensiója* volt, melynek hivatalos referensei *Wagener* és *Keith* (Egyesült Államok), *Bailliant* (Franciaország) és *Koyanagi* (Japán) voltak. A másik hivatalos tárgya a *szem és az endokrin rendszer viszonya* volt, ennek felkért előadói a következők voltak: *Snapper* (Hollandia) az általános patológiáról, *Szily* (Németország) a pajzsmirigy és a szem viszonyáról, *Imre* az ivarszervek, terhesség, mellékvese és a szembetegségek és szemtünetek közötti összefüggésről, *Jeandeluzé* és *Drouet* (Franciaország) a hypophysissal összefüggő szemtünetekről, és végül *Lo Cascio* (Olaszország) a mellékpajzsmirigy szemészeti jelentőségéről. A congressus tudományos ülései mellett igen gazdag társadalmi programot kellett lebonyolítani: minden este fényes fogadások, a késő délutáni órákban a helybeli collegák megható vendégszeretete, a Cairóban és környékén rendezett múzeumlátogatások és kirándulások marandó benyomást tettek minden résztvevőre. A királyi palotában rendezett estélyen I. Faruk Öfelsége a hivatalos kiküldöttet külön audencián fogadta, majd gazdag műsorú diszeloadás volt, amely után az Ezeregy éjszaka mesébe illő környezetben ehhez méltó buffet bűvölte el a vendégeket.

A congressussal kapcsolatban tartotta üléseit a Trachoma elleni küzdelem Nemzetközi Ligája, melynek elnöke a mult évig *Grósz Emül prof.* volt, aki jelenleg e Liga tiszteletbeli tagja. Itt is néhány előre felkért hivatalos előadó ismertette a trachoma problémáinak mai állását. Az egyik hivatalos előadó *Röth András dr.* egyetemi magántanár volt, aki a trachoma kóroktanáról referált.

Magyar részről a következők vettek részt: *Imre József*, mint a kormány hivatalos képviselője, továbbá *Horay Gusztáv*, *Klein Miklós*, *Kretz Tibor*, *Léncsár Artúr*, *Röth András*.

Az előadók között szerepelt *Léncsár Artúr*, aki a két pupilla és iris egyidejű összehasonlító vizsgálatára, alkalmas, szellemesen megyszerkesztett műszerét mutatta be.

A legközelebbi congressus 1941-ben Bécsben lesz. A congressus tagjai közül igen sokan szívesebben látták volna, ha a legközelebbi összejövetel helye Budapest lett volna s meghívás esetén valószínűleg így is döntött volna a nyilvános szavazás.

Új magyar orvosi folyóiratok. Orvostudományunk egyre messzebb terjedő specializálódása s az egyes szakmákba vágó tudományos közlemények gyarapodása szükségessé tette újabb szaklapok megjelenését. Ez év folyamán ismét két folyóirattal gyarapodott a magyar orvosi szaksajtó. Az egyik a *Magyar Nőorvosok Lapja*, melynek szerkesztői: *Probstner Arthur dr.* e. m. tanár és *Szarka Sándor dr.*; a másik a *Magyar Urologia*, *Illyés Géza* professor, *Minder Gyula dr.* e. m. tanár és *Deutsch Imre dr.* szerkesztésében. Örömmel üdvözljük mindkét folyóiratot s kívánjuk, hogy a szerkesztőbizottságok nemes fáradozását e nehéz időben is siker koronázza.

Sanghaiból megnyugtató jelentés érkezett hozzánk december 16-iki kellel, egy füzet alakjában, melyben *Reiss Frigyes* hazánkfia, az ottani „National medical college” dermatologus professora számol be osztályának 1929—1937. évi működéséről a klinika berendezését feltüntető képek kíséretében. Megtudjuk ebből, hogy *Reiss* prof.-nak 29 tudományos közleménye jelent meg, mihez kínai tanítványainak 13 közlése csatlakozik. A betegek száma 396-ról évi 9878-ra emelkedett, ezek között a luesesek 40-ről 210-re szöktek; a legnagyobb számot a mycoticus bóractetio tesztek.

Háborus viszonyokra csak abból következtethetünk, hogy *Tsefang F. Huang M. D.* a shanghai nemzetközi vöröskereszt kórházak igazgatója a menekültek részére felállított két nagy kórház dermatologus consultáló orvosává *Reiss* kartársunkat kéri fel. — Isten őrizze őt és betegeit a háború borzalmaitól sújtott városban!

Frontátvonulások és kísérő jelenségeik 1938 jan. 11—17. között. Ez a hét meteorologiai tekintetben nagyon mozgalmas volt. Tíz frontátvonulás történt és ami még rendkívül, a 10 frontból 5 erős fejlettségű volt és erőteljes szervezeti reakciók kiváltására alkalmasnak minősíthető. A hét első két napján érkezett erős frontok a felsiklási típusba tartoztak és így az átvonulási időpontot megelőző órákban kellett a reakciónak jelentkezniök (elsősorban jan. 12-én délután és este.) A hét többi napjain érkezett frontok betörési frontok voltak és postfrontális reakciókra hajlamos egyéneken (pl. eklampsiásokon) kellett hatásokat kiváltaniok. Legerősebb és mechanikailag is pusztító irányú volt a jan. 14-én délután érkezett szélbetörési front. A frontátvonulások részletes adatai a következő táblázatban találhatók:*)

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajta	Fejlettsége	Kísérő eseménye i
hó	nap	óra			
	11	3	felsiklási	erős	Praefront. önösös és hó estétől
	11	15	betörési	gyenge	Néhány szellőkés, 5 m/mp, seb.
	12	1	betörési	gyenge	Felderülés és szellőkés, 5 m/mp.
	13	2	felsiklási	erős	Praefrontális eső 5 mm.
	13	3	betörési	erős	Szélugras K-ről Ny-ra, 19 m mp.
	13	19	betörési	mésék.	Másfelőrs postfrontális zápor, 1, 3 mm.
	14	15	betörési	erős	Szélvihar max, seb. 28 m mp.
	15	22	betörési	gyenge	Kevés havascsó, szélugrás D-ről É-ra
	16	6	betörési	erős	2 záporral egésznapos szél, 18 m/mp.
	17	15	felsiklási	gyenge	Praefrontális szemelgés.

*) A táblázat utolsó rovatában szereplő számadatok a M. Kir. Országos Meteorologiai Intézet önró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot l. 1938. évi 1. számban.

Az artropathia klimakterica gyógykezelésében igen cél szerű a hormontherapia alkalmazása. Nagy haladást jelent a Richter-féle 20.000 internationalis egységű *Glandubolin*, amely vizes oldatban kerül forgalomba. Ez az injectio depot nem alkot, reakció nélkül felszívódik és fejt ki jótékony hatást. Tapasztalás szerint 20 nap alatt 10 injectio, azaz összesen 200.000 E. az a dosis, amely klimaxos inthritisekben kifejezett hatással szokot járni. E 20.000 egységű injectiókból álló *Glandubolin*-kurákat az eset jellege szerint 3—6 havonként meg lehet ismételni. Bizonyos, hogy e nagy adagok alkalmazásával a szervezetet tüszőhormonnal elárasztjuk, amit az is bizonyít, hogy jóformán minden így kezelt beteg már 3—4 injectio után általános közérzetjavulásról számol be. (*Mansfeld Ottó dr.*: O. H. 1937. évi 43. szám.).



források gyógyvizei

1843

óta vannak forgalomban.

Gyomorégés, savtúltengés, gyomorfékély, étvágytalanság emésztési zavarok eseteiben
Cigelka - Stephanus
sóskarbonsavas - jód - brómos - gyógyviz kiváló gyógyhatású.

Érelmeszesedés, vérhaj, skrofulózis, gyulladásszerű természetű női bajok és a légzőszervek hurutos bántalmait ellen pedig a

Cigelka - Ludovicus
jód-brómos forrás gyógyvizét ajánljuk.

SEDYLETTA
tabletták

Szabadon rendelhető:

O.T.I. - M.A.B.I. - M.Á.V.
PODMANITZKY GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Podmanitzky-u. 69

Sopron szab. kir. thj. város polgármestere.
21.990—1937. I. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

Sopron szab. kir. thj. város Erzsébet kórházában a normalstatusban rendszeresített és elhalálozás folytán megüresedett *bőr- és bujokóros osztály rendelő főorvosi állásra pályázatot* hirdetek.

Az állásra pályázók kérvényeiket Sopronvármegye és Sopron szab. kir. thj. város város főispánjához címezve a polgármesteri iktatóhivatalban (Városháza I. em. 3. ajtó) nyújtásuk be.

A pályázat határideje: a hirdetésmélynék a Népégeszségügy című hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 nap.

A rendelő főorvos javadalmazása havi 100 P tiszteletdíj, amelyet a 5000—1931. M. E. sz. rendelet, illetve 7000—1937. M. E. sz. rendeletek értelmében csökkenteni kell.

Pályázati kérvényhez a 950—1936. B. M. rendelet 6. §-a alapján csatolni kell 1. születési anyakönyvi kivonatot; 2. hatósági erkölcs, valamint családi állapotot igazoló hatósági bizonyítványt; 3. a magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt; 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; 5. az egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; 6. közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt; 7. a katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; 8. a különleges szakképzettséget igazoló okmányokat; 9. az 5 évi kórházi szolgálat és megfelelő szakorvosi képesítés igazolását (1300—1932. N. M. M. 10. §. 1. bek.); 10. a német nyelvben jártasságot igazoló bizonyítványt (1934:II tc.) és az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokat; 11. Kívánatos a szakdolgozatok, különlenyomatok csatolása, vagy az azokra utalás.

A közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítés táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi lappal (minősítési táblázattal) igazolhatják.

A hiányosan felszerelt, vagy elkészen érkező kérvényeket nem veszem tekintetbe.

Sopron, 1938. január 17-én

Sopronyi-Thurner Mihály s. k. polgármester.

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

S z i v b á n t a l m a k n á l:

A U R O C A R D

heveny fertőző betegségek utáni reconvalescentia, endo-myo-pericarditis, myodegeneratio cordis compensált esetei, palpitatio, coronaria-sclerosis. 250 gr ára P 4.30

ESSENTIA AUREA

a szív' functionalis zavarai, hajszálérkeringés - csökkenés, szívneurosis a praesclerosis panaszai, angina pectoris, anginaszerű állapotok és klinikai equivalentenseik. 10 gr P 1.70, 30 gr 3.70, és 50 gr 6.50.

DIGITALIS TEEP

tartalmazza a fol. digitalis összes ható- és ballasztanyagait stabil állapotban. 1 tabl. 0.05 gr fol. digit. titr. 40 tabl. P 2.— 100 tabl. P 4.—

Irodalommal és mintával szolgál:

D R. M A D A U S & C O.

VEZÉRKÉPVISELET ÉS LABORATORIUM: SZILÁGYI IMRE GYÓGYSZERÉSZ
BUDAPEST, II., ERŐD-UTCA 11. SZÁM. TELEFON: 152-642.

Rubrophen *Chinoïn*

Sebészi, bőr- és szembetegségeknél
Kiváló hatású!
Injectio, tableta, kenőcs

Az 1933. január 2-től, 8 ig. Magyarországon bejelentett heveny fertőző megbetegedések (Mb) és halálesetek (Mt)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphtheria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.667	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	34	3	—	—	—
2. Bács-Bodrog	113.347	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.659	2	1	—	—	6	—	10	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
4. Békés	336.592	2	1	—	1	12	2	2	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
5. Bihar	181.105	4	1	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.330	5	1	—	—	3	1	4	—	—	—	—	—	13	1	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.760	—	—	1	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8. Csongrád	148.200	—	—	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
9. Fejér	231.483	1	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	23	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.820	—	—	—	—	6	2	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
11. Hajdu	181.283	3	2	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12. Heves	323.191	2	1	2	—	3	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	421.741	3	—	—	—	5	—	5	—	—	—	—	—	14	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	182.450	2	—	—	—	4	—	3	—	—	—	—	—	95	1	—	—	—
15. Nograd és Hont	229.215	2	2	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,454.326	6	1	—	—	24	—	64	—	2	1	1	—	251	1	—	—	—
17. Somogy	390.100	2	1	2	—	2	—	7	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
18. Sopron	142.743	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	419.707	5	3	—	—	5	2	4	—	—	—	—	—	7	1	—	—	—
20. Szatmár, Ugocea, Bereg	158.013	2	—	—	1	3	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21. Tolna	266.405	9	—	—	—	3	—	7	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
22. Vas	273.097	3	—	—	—	8	—	6	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
23. Veszprém	247.787	2	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
24. Zala	368.903	2	—	1	—	4	—	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25. Zemplén	149.524	1	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	9	1	1	—	—
I. Baja	30.238	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1,043.459	5	—	3	—	32	—	69	2	—	—	—	—	180	5	—	—	—
III. Debrecen	124.128	2	1	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV. Győr	50.872	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.429	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.735	1	—	1	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	65.825	1	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
VIII. Pécs	68.957	2	—	2	—	3	—	9	—	—	—	—	—	5	4	—	—	—
IX. Sopron	35.938	1	1	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
X. Szeged	138.858	—	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.646	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen: 8,943.533		73	17	12	2	171	8	235	4	2	1	1	1	666	23	1	—	—
Előző évben:		94	14	8	1	305	21	226	5	2	—	3	—	463	19	1	—	—

VITAJECOL

Természetes A és D vitaminban gazdag iztelen és szagtalan
standardizált csukamájolaj

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

Indikációk: rachitis, spasmophilia, osteomalacia fociaries, tuberculosis, scrophulosis; általában csukamájolaj helyett.

A d a g j a: csecsemőknek 1—3 kávéskanállal, gyermekeknek 1—3 gyermekkanállal, felnőtteknek 1—3 kávéskanállal naponta.

KROMPECHER TÁPSZER- ÉS GYÓGYSZERIPARI KFT. BUDAPEST, V., NÁDOR-UTCA 15. SZ



1 tablettá tartalmaz;
 0'28 g. Acid. acet. sal.,
 0.013 g. Chin. citr.
 0'04 g. Li. citr.

Kipróbált szer,
 ártalmatlan
 a gyomorra és
 a szivre.

Antineuralgicum
Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum

Mintával és magyar szakirodalommal szolgál:
Dr. Filo János
 „Szent Keresztély” gyógyszertára
 Budapest, VIII., Mátyás-tér 3.

HETIREND

Január 24-én, este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Imre József*: Benyomások a kairói XV. nemzetközi szemészeti congressusról.

Január 26-án este 1/27 órakor: a Gróf Apponyi Albert Poliklinika Orvosai Tudományos Társulatának ülése; *Sékely László*: A vérsajtsülyedés viselkedése a béltractus rákos megbetegedéseiben; *Szundicz Pál*: Sajátvér-injectiók magas vérnyomásnál; *Böhm István*: Gyermekágyi neuritisek. *Kemény Ernő*: A klimakterium belorvosi vonatkozásai.

Január 27-én, d. u. 6 órakor: a Budapesti Királyi Orvosegyesület Orthopaediai Szakosztályának ülése (II. sz. Sebészeti-klinika tantermében). — Előadások: *Farkas Aladár*: Adatok a lúdtalp mechanikájához. *Fischer Ernő*: A lúdtalp megelőzése és conservatív kezelése. *Niederecker Gáspár*: A lúdtalp orthopaed-sebészeti gyógykezelése.

Január 28-án, d. u. 6 órakor: a Budapesti Királyi Orvosegyesület ülése. — Előadások: *Sajgó Győző*: Orthopaed műtőasztal gerinctörés helyzetételére és rögzítésére. *Götthe Oszkár* és *Gajzágó Dez.ó*: Complementkötés vizsgálata számárköhögésnél. — Ezen napirend változást szenvedhet.

Vitajecol standardizált csukamájolaj. Rendkívüli előnye, hogy csaknem teljesen szagtalan és íztelen, miáltal a legkényesebb gyermekeknek is, — akik egyébként a csukamájolajat íze miatt nem bírják, — könnyen adható. 1 g. Vitajecol 1500 I. E. természetes A- és 125 I. E. természetes D-vitamint tartalmaz. A Vitajecol gazdag mindazon jól felszívódó, könnyen oxydálható 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. Indicált: rachitismegelőzésére és kezelésére, osteomalakia, fogcaries, tuberculosis scropulosis, általános roborálás esetén és általában csukamájolaj helyett.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

GERULKIN-CHINOIN

gyomor- és vékonybélfekély histidinkezelésére

Gyors klinikai javulást hoz létre!
A gyógyulás időtartamát megrövidíti!
Az étrendi kezelést megkönnyíti és megrövidíti!

Engedélyezések:

O. T. I. főorv. eng., Dohányjöv. B. B. I. főorv. eng.,
 Székesfővárosi Közkórházak.

10 ampullás dobozok

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:

Schaffler József: A magas vérnyomás gyógyítása. (95—98. oldal.)
Unghváry László: Az EKG. görbe hullámainak normalis variánsai és helyes jelölése. (98—101. oldal.)
Barna Dezső: A daganatok keletkezésének újabb magyarázata és az acetone ráksejtpusztító hatása. (101—105. o.)
Egedy Elemér és Kelemen László: Az intrapericardialis nyomás-fokozódás hatása a coronaria keringésre. (105—106. oldal.)
Pallos Károly: Criminalis abortus érdekes esete. (107—109. oldal.)
Kallós József: A húgysavas diathesis megállapítása a nyálból. (109—110. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (17—20. oldal.)
Lapszemle és Könyvismertetés: (111—113. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (114. oldal.)
Zárday Imre: A látszólag rövid A—V-intervallumú és széles QRS complexumú elektrokardiogramokról. (114—115. o.)
Gruber Zoltán: Válasz Zárday Imre dr. megjegyzésére. (115. oldal.)
Hajós Károly: Az ólommérgezések megállapításáról. (115—116. oldal.)
Purjesz Béla: Megjegyzés Róth Imre dr. „Az ólommérgezések klinikai képe” c. közleményére. (O. H. 3. sz.) (116. o.)
Róth Imre: Válasz Purjesz Béla dr. megjegyzésére. (116. oldal)
Vegyes hírek: (117—118. o. és a borítólapp III. és IV. o.)

A magas vérnyomás gyógyítása.*

Klinikai előadás.

Irta: *Schaffler József dr.* egyet. m. tanár, adjunctus.

A kórosan fokozott vérnyomás okozta panaszok gyógyítása a gyakorló orvos egyik leggyakoribb problémája. A szervezet öregedésével párhuzamosan fokozódik a vérnyomás is, ezt a vérnyomásfokozódást azonban általában nem tekintjük kórosnak, amiért is ez gyógyszeres vagy physicalis kezelésre rendszerint nem szorul. Sokkal nagyobb jelentőségű a valódi hypertonia kórisméjének felállítása és elkülönítése egyéb okok következményeképpen létrejövő, többnyire múlt vérnyomásemelkedéstől. A berlini olympiai játékok alkalmából végzett sorozatos vérnyomásmérések tapasztalataiból tudjuk azt, hogy rendszeres edzésben levő atléták vérnyomása nyugalomban 160 Hgmm. is lehet anélkül, hogy ez a vérnyomástöbblet bármilyen panaszt okozna. Ha azonban azt tapasztaljuk, hogy a vérnyomás állandóan erős pozitív kilengéseknek van alávetve, vagy állandóan nagy és ez megokolja a fennálló objectiv tüneteket és subjectiv panaszokat, akkor törekvünk a vérnyomás csökkentésére fog irányulni.

Súlyos hiba lenne, ha minden vérnyomásfokozódást azonos módon igyekeznénk befolyásolni, vagy ha elmulasztanók igénybe venni azokat az eszközöket, melyek segítségével a kóros vérnyomásfokozódás okát deríthetjük ki. Legegyszerűbb és legfontosabb vizsgálati eljárásunk a vérnyomás rendszeres mérése. Előfordulhat az, hogy esetleg az egyszeri és meg nem ismételt vérnyomásméréskor talált fokozottabb vérnyomás alapján kimondjuk a pl. genuin hypertonia kórjelzését, holott ha a vérnyomásmérést ismételt és rendszeresen végeztük volna, kiderülhetett volna az, hogy a később nyert értékek rendesek, vagy azt alig haladják meg. Ez a tévedés többnyire ideges, a vizsgálatról, vagy talán annak eredményétől féltő beteg vizsgálatok fordul elő. Ha az ilyen beteget megnyugtattuk afelől, hogy panaszai alaptalanok és ellenőrzésképpen megismételjük a vérnyomás mérését, akkor gyógyszeres kezelés nélkül is visszatérhet rövid időn be-

lül a vérnyomás a normalis értékekre. Kisebb a tévedés lehetősége az intézetben kezelt betegek esetében, miután inkább megvan a lehetősége a rendszeres vérnyomásmérésnek. Ha azonban valódi és tartós vérnyomásfokozódást állapítunk meg, akkor is hiába egy sablonos kezelés bevezetése, mert a gyógyítás megkezdése előtt igyekeznünk kell az okot felderíteni, amely a vérnyomásfokozódás tünetét vonja maga után.

A vérnyomás nagysága függ a véráram sebességétől, a vér mennyiségétől és az érpálya ellentállásától. Klinikai szempontból legnagyobb jelentősége az utóbbinak van, vagyis annak, vajjon a vér keringése közben milyen akadályokkal kénytelen megküzdeni, hogy elegendő mennyiségű vér juthasson minden szervhez. Kóros esetben a nehezített átjutás helye az arteriolákban van. Maga a megbetegedés nyugodhat anatómiai alapokon, de lehet tisztán functionalis, érintheti az egész érrendszert, vagy annak csak egy részletét. Igyekezetünk elsősorban arra irányul, hogy a megbetegedést a vérnyomásfokozódás két főcsoportjának — a fixált vagy genuin és a malignus hypertoniának — valamelyikébe be tudjuk illeszteni.

A fixált vagy essentialis vérnyomásemelkedés *Volhard* felosztása szerint megfelel a „piros-magasnyomásnak”, míg a malignus hypertonia egyértelmű a „fehér-magasnyomással”. A malignus sklerosis súlyosabb alakjában minden esetben jellemző elváltozásokat találunk a vesén, illetve ezen elváltozásokkal összefüggően a szervezet más arteriáin vagy arterioláin is. Klinikai szempontból elsősorban a megbetegedésnek a veséket érintő lehetőségei érdekelhetnek. A veséken található anatómiai elváltozások létrejöhetnek idősült vesegyulladás következtében, midőn másodlagos zsugorvese keletkezik, keletkezhetnek a vese ereinek más megbetegedése, sklerosisa nyomán, amiből csatlakozva létrejöhet elsősleges zsugorvese. A kórjelzés felállításában segítségünkre lehet a kórelőzmény, a vizelet vizsgálata, a szem tükrözése és bizonyos laboratóriumi vizsgálatok, mint pl. a maradék-nitrogén mennyiségének meghatározása a serumban, a serum fagyáspontjának csökkenése, a vizeletben kiürülő konyhasó mennyiségének meghatározása stb., tehát mindazok a vizsgálatok, melyeknek eredménye alapján a veseműködésre következtetünk.

*) Az 1937 évi balatonfüredi Orvoshéten tartott előadás.

A körelőzmény adataiban értékesek azok, melyek egy esetleges lezajlott vesegyulladásra vonatkoznak. A vizelet vizsgálata főleg a fehérje jelenlétére vagy hiányára és a vizelet fajsúlyára vonatkoztatva értékesíthető; mikroszkóposan a vörösvérsejtek és cylinderek birnak nagy fontossággal. A szemtükrözés a vese megbetegedésére jellemző szemfenéki elváltozást deríthet ki, vagy a chronikus hypertoniának megfelelő szemfenéki képet adhatja.

Kisebb jelentőségűek — főleg a kórjóslat szempontjából — a peripheriás ereken létrejövő elváltozások. Régebben azt tartották, hogy a tulajdonképeni elsőleges elváltozás a peripheriás arteriolákban van, újabban azonban sok vitára ad okot, hogy ezek az érelváltozások maguk is résztvesznek-e a fokozott vérnyomás fenntartásában, vagy csak következményei-e ennek. Az ereket érintő elváltozások proliferatív-gyulladásos és degeneratív jellegűek és progressív, előrehaladó sajátságúak.

Az eddig elmondottakból legnagyobb jelentősége annak van, hogy anatómiai elváltozások, illetve ezek következményeiről van szó, ellentétben az elsőleges anatómiai elváltozások nélkül létrejövő essentiális vérnyomásfokozódással. Úgy láttuk, hogy a fixált hypertonia létrejöttében jelentős szerep jut bizonyos vegyi anyagoknak, melyeket nagy valószínűséggel a vese állít elő.

A beteg panaszai teljesen megfelelnek a kóroknak, illetve következményeinek. Érthető tehát, hogy nemcsak a vérnyomás fokozódása, hanem az ezt kiváltó ok is jelentős szerepet játszik a panaszok között. A leggyakrabban szóba jöhető okokat áttekintve, az essentiális hypertonia mellett szóba jöhet az ereknek már említett sklerosisa, de nem ritka a vérbajhoz, a cukorhajhoz, a belsőelválasztású mirigyek zavaraihoz, mint pl. a pajzsmirigy, a chromaffin rendszer megbetegedéseivel csatlakozó vérnyomásemelkedés, a vörösvérsejtek számának kóros szaporulata, a polycythaemia rubra esetén észlelhető hypertonia, vagy a vese bizonyos betegségeihez, mint pl. terhességi veséhez vagy vizelet pangáshoz csatlakozó vérnyomásemelkedés, ami létrejöhet tömlős vese, hydronephrosis, ureter elzáródás vagy szűkület, prostata túltengés, stb. kapcsán. A szóba jöhető okok között meg kell említenünk még bizonyos mérgezéseket, aminő az ólom, sublimat, barium, bismuth mérgezés.

A legjellegzetesebb tünetek, melyeket a beteg panaszai során előad, a szédülés, fej- és szívtájéki fájás, psychés nyugtalanság, testi és szellemi fáradékonysság, impotentia, stb. Legjellemzőbbek a szédülési rohamok, melyek főleg a testhelyzet változásakor szoktak jelentkezni. A fejfájás nem éles fájdalom, hanem tompa, nehéz érzés, ami inkább a reggeli órákban jelentkezik és napközben többnyire megszűnik. Szívdobogás és szívtájéki fájdalom inkább ingadozó vérnyomású hypertoniásokon észlelhető és ritkábban láthatjuk az állandóan magas vérnyomású betegeken. Elég gyakran panaszkodnak a betegek álmatlanságról is.

Kiemelkedőek végül az objectív jelek, melyek hypertoniára utalhatnak. A fokozott és állandóan magas, vagy ingadozóan magas vérnyomást kíséri a bal szívfél hypertrophiája, ami úgy keletkezik, hogy a fokozott peripheriás ellenállást a szív csak fokozott munkával tudja legyőzni.

A hypertonia gyógykezelésében, miután az említett kivételektől eltekintve pathogenesisét és aetiológiáját nem ismerjük, causalis kezeléssel nem igen lehet szó. Mindenestre keresnünk kell azokat a tényezőket, amelyekkel kapcsolatban a hypertonia ki szokott fejlődni és kikapcsolásukkal kísérelhetjük meg befolyásolni a betegség lefolyását és kimenetelét. Sokkal szerencsésebb az a helyzet, ahol az ok ismert, befolyásolható és maradandó ana-

tómiai elváltozást nem von maga után, mert ilyenkor az alapbántalmat gyógyítva, eredményesen javíthatjuk a hypertoniát is. Így, hogy csak példát említsünk, a climaxban keletkező hypertoniát hatékony pefefészekkivonatok adagolásával igen szépen javíthatjuk. Nyilvánvaló tehát, hogy a hypertonia gyógyításakor is arra irányul igyekezetünk, hogy oki kezeléssel érjünk el eredményt és csak ha ez lehetséges, nyúlunk a tüneti kezelés eszközeihez.

Igyekezetünk elsősorban a működési zavarok leküzdésére, főképen a vese működési egyensúlyának helyreállítására irányul. A haemodynamikus túlterhelés megszüntetésére a beteget ágyba fektetjük. Klinikai tapasztalatok értelmében néhány napos ágybanfekvés hatására a vérnyomás meglehetősen csökken. Ilyenkor a gyógyszerek rendelésétől — feltéve, hogy arra egyéb nyomós okok nem kényszerítenek — lehetőleg eltekintünk és néhány napon át csak annak a megfigyelésére szorítkozunk, hogy a pihenés hatására milyen mértékben csökken a fokozott vérnyomás. Ezen idő alatt a betegről minden külső ingerlő hatást lehetőleg távol tartunk. A rendszeres fekvőkúra csaknem minden hypertoniában értékes eredményeket mutat fel. Ha a beteg elfoglaltsága másképen nem engedi meg, akkor legalább a rendes munka végzése mellett heti egy teljes fekvőnapot iktathatunk be. A testi pihenést előnyösen összekapcsolhatjuk a lelki pihentetéssel is úgy, hogy a beteget környezetváltozásra küldjük. Nincs egységesen kialakult tapasztalat arra nézve, hogy egy bizonyos éghajlatnak a vérnyomás fokozódására jótékony hatása lenne, ám bizonyos az, hogy néhány heti környezetváltozás többnyire akkor is, ha nem valamely klimatikus gyógyhelyen tölti el a beteg, a panaszok enyhülését szokta maga után vonni.

Az első, gyógyszeres kezelés nélkül eltöltött néhány napos ágynyugalom idejét használjuk fel arra, hogy a beteg szervezetét esetleg gócfertőzés szempontjából gondosan átvizsgáljuk. Különös gondot fordítunk a tonsillákra, a fogakra, az epe- és húgyutakra, a bőrre. Siebeck vizsgálataiból tudjuk, hogy számolnunk kell toxikus és fertőzéses arteriitisekkel, amelyeknek nem egyszer egyetlen tünete a vérnyomás fokozódása. Hangsúlyoznunk kell itt azt a tapasztalatot is, hogy gyakran már régebben fennálló hypertoniát is előnyösen tudunk befolyásolni a góc eltávolításával. Ha gyanúnk merül fel, hogy esetleges külső ártalmak játszanak szerepet a vérnyomás fokozódásának létrejöttében, akkor igyekeznünk kell az ártalmak természetét tisztázni és szerepüket lehető minimálisra korlátozni. Elsősorban a nikotin és az alkohol szerepére kell itt gondolnunk, melyek megszorítása vagy teljes megvonása legtöbbször nemcsak a panaszokat szünteti meg, hanem a vérnyomást is jelentősen alább szállítja. Az előbb elmondottakban megemlékeztünk az ólom szerepéről is, amely nem egy esetben okozhat vérnyomásfokozódást.

Ha úgy látszik, hogy a vérnyomásfokozódás életveszedelemmel fenyeget, nem várhatunk hosszú ideig, hanem igyekeznünk a veszedelmet csökkenteni. Leghatásosabb eszközeink, amelytől a leggyorsabb hatást várhatjuk, az érvágás. Az érvágás hatása aránylag rövid ideig tart. Alkalmazását korlátozza chronikus nephritises betegen azok secundaer anaemiája. Hatását magyarázza, hogy utána a vér hígul, viscositása csökken, valószínűen a folyékony és szilárd tensiót-csökkentő anyagokat mobilizálja, végül méregteleníti a szervezetet. Kevésbé súlyos, életveszedelemmel nem fenyegető esetekben és olyankor, midőn sápadt, hypertensióra gyanakszunk, nem alkalmazunk érvágást. Nem szabad túlzásba esnünk az érvágás gyakori ismétlésében, hanem úgy kell tekintenünk ezt a beavatkozást, mint eszközt, amellyel időt nyerünk egyéb therapiás beavatkozások bevezetésére.

Igen nagy jelentőséggel bír a betegek táplálkozása is. Mennyiségben igazodunk a minimalis kalória-szükségletre, tehát tekintetbe véve a beteg testsúlyát és foglalkozását annyi calóriát viszünk a szervezetbe, hogy testsúlya bizonyos határokon belül állandó maradjon. Minőségileg főleg a sószegénységre kell ügyelnünk, amennyiben naponta maximalisan 2—4 g. összes sóbevitelt engedélyezünk. Természetes, hogy a természetüktől fogva is erősen sózott ételek szigorúan kerülendők. A fehérjebevitelt ma nem itéljük meg olyan szigorúan, mint a múltban, hanem elegendő hús fogyasztását engedélyezzük, kivéve, ha uraemia veszélye fenyeget. A folyadékbevitel a vizelet elválasztásához igazodik. Normalis viszonyok, nem túlságosan fárasztó testi munka és közepes szobahőmérséklet mellett átlag napi 1—1½ liter folyadékbevitellel ki szoktunk jönni. Természetes, hogy megokolt esetben, pl. isostenuriában jóval több folyadékot is adhatunk, pl. napi 2 litert, esetleg ennél is többet. A só, fehérje, folyadék megszorítás tekintetében azonban mindig az adott esethez kell egyénileg alkalmazkodni, mert sémásan egyformán kezelni ilyen beteget lehetetlen.

A fizikalis gyógytényezők is főleg a szervezet méregtelenítésére irányulnak, részben pedig tőlük vérnyomáscsökkentő hatást várunk. Első helyen említjük meg az újabban mindinkább térhódító gymnastikus gyakorlatokat. A gyakorlatokat leghelyesebben a passiv mozgással kezdjük, majd enyhe activ mozgásokat kapcsolunk be, mindenkor tervszerűen keresztülvitt légzési gyakorlatokkal egybekötve. Kiváló eredménnyel alkalmazható pl. a következő gyakorlat: a beteg reggel és este, de esetleg napközben is többször egyenletesen megfeszíti törzsizmait és ellazítja azokat. — A karokat ugyanekkor erősen szétfeszített újjakkal magasan feje fölé, lehetőleg hátra emeli. Csaknem szabályszerűleg már néhány ilyen mozgás után különleges fáradtsági reactio következik be. Helyes ha a betegeket napjában kétszer 10 percig száraz ledörzsölésnek vetjük alá. Fejnyomás és szédülés esetében rövid ideig tartó forró lábfürdöket alkalmazhatunk, esetleg hideg térdleöntésekkel váltakozva, vagy *Hauffe* ajánlatára emelkedő hőmérsékletű forró alkarfürdöket.

A gyógyszeres kezelésben első helyen a legrégebben használt és ismert jódot említjük meg. Valószínű, hogy a vér viszkozitását csökkenti, esetleg colloid osmotikusan hat az erek falára. Ellenjavallatát képezi a jód adagolásának a Basedow és a jódexanthema, míg absolut indicatióját képezi a lueses és a mérgezéses (ólom, barium, stb.) hypertonia. Gyakran claudicatio intermittensben is jó hatását láthatjuk a jód adagolásának. Legegyszerűbben a jódot, mint natrium, vagy kalium jodatot alkalmazzuk vízben oldva, mindenkor szerves anyaggal édesítés nélkül, miután a vegyületet a szerves anyag megbonthatja. Átlag napi 0.5—1.5 g-os adagokban alkalmazzuk közbeiktatott szünetekkel prolongált, hónapokig, tartó kurák alakjában, azonban ma már nem szokásos, mint régen, több grammos napi mennyiség adása. Egyesek szívesebben alkalmazzák a különböző jódkészítményeket, melyekben a jód organikus kötésben legtöbbször valamilyen lipid, vagy fehérje természetű anyaghoz van kötve. Általános tapasztalat, hogy ezek a készítmények kevésbé okoznak jodismust, azaz jódnáthát, exanthemát, enteritist.

A jód mellett kell megemlítenünk a rhodánt és a bromot is. Többször egyiket sem alkalmazzuk magában, hanem a diuretikumokhoz pl. theobrominhoz kötve, mint rhodan-theobromint, vagy bromtheobromint. Kideríthető jelentős vérnyomáscsökkentő hatással egyikük sem bír, azonban a panaszokat előnyösen befolyásolja. *Westphal*

vizsgálatai szerint a rhodan a vércholesterin kiválasztását akadályozza és ezáltal a cholesterin duzzadását csökkentő és érfal tömítő hatását megakadályozza. Ellenjavallatát képezik a vesemegbetegedések. Állítólag vérnyomáscsökkentő hatást láttak a strontiumhoz kötött rhodantól.

Gyakori panaszja a betegeknek az álmatlanság, amely ellen kezdetben valerianával és meleg lábszárpakolással küzdünk, ha azonban ezek hatástalanok maradnának, úgy nem szabad vonakodnunk az erősebb hatású szerek adásától sem, amelyek közül spasmus-oldó képességük következtében elsősorban a barbitursav sorozat tagjai (luminál, sevenál stb.) kerülhetnek szóba. A luminált kombinációban is szívesen alkalmazzuk, így theobrominnal együtt, pl. theominál formájában. Ha decompensációs jelek mutatkoznak, úgy digitalis, vagy strophantin adásával nemcsak a vérnyomást befolyásolhatjuk helyes irányban, hanem többnyire a diuresist is jelentősen javítjuk és az álmatlanságot is szüntetjük.

Egyes szerzők a calciumot is ajánlják, főleg essentialis hypertoniában. Elméleti alapja ennek az alkalmazásomód az, hogy a vér calciumtükre különösen essentialis hypertoniában csökkenhet. Egyedül ritkán alkalmazzuk, hanem többnyire jóddal, vagy rhodannal, esetleg brommal és diuretinnel kombinálva. (Aminó készítmények pl. jódcalciumdiuretin, jódcalthobromin, rhodan-calciumdiuretin, rhodan calcotheobromin, stb.)

A nitrátokat nem szívesen adjuk, mert igen sok egyéb kellmetlenséget okozhatnak. Legjobban elterjedt közülük az erythroltetranitrát, melynek kimondott vérnyomáscsökkentő hatása is van. A nitritek sokkal veszélytelenebbül alkalmazhatók és a vasomotoros idegkre hatásuk révén kifejezett értágulást okoznak. Alkalmazhatjuk az egyszerű natrium nitrosium vizes oldata alakjában, melyet emelkedő töménységben fecskendezünk be, vagy *Turner*cek által konstruált anorganikus serumban oldott alakjában, aminó a nitroscleran. A nitroglycerint a koszorus erek betegségei esetében, főleg pedig anginás panaszok ellen adjuk.

A theobromin-csoport tagjai szintén inkább egyes körülírt ércsoport megbetegedéseiben hatásos. Legnagyobb sikerrel a veseérbetegedéseiben adhatjuk diuretikus hatása miatt.

Essentialis hypertoniában igen jó eredménnyel alkalmazhatunk kis adagban atropint, egyedül vagy calciummal kombinálva. Hasonló elv alapján kísérik meg a papaverint (perparint) és a benzyl-származékok alkalmazását is.

Mint már a bevezetésben említettem, kísérleti adatok alapján megállapítható volt az, hogy a hypertoniások vérében valószínűleg keringenek olyan anyagok, amelyek az ereket sensibilizálják a hypertonizáló hatásokkal szemben. Bizonyítéka ennek a feltevésnek az, hogy pl. urticariára, asthma bronchialéra hajlamosabbak a hypertoniás betegek. Bizonyította ennek a feltevésnek a helyességét az is, hogy nem fajlagos deszenzibilizálás révén, vagy véletlen körülmény folytán keletkezett, magas lázzal járó, megbetegedésekben csökkent a vérnyomás. Újabban főleg verőérvonatokot, vagy fehérje tartalmú szövetnedveket, pl. thymus- vagy tonsilla-kivonatot, anorganikus anyagok közül pedig kén-készítményeket szoktunk alkalmazni.

A depressorikus anyagok hiányának pótlására, illetve mennyiségük fokozására gyakran sikerrel alkalmazzuk a normalisan is a vérben keringő histamint, acetylcholint és adenosinphosphorsavat.

Ha a hypertonia oka a belső secretiós mirigyek működésének csökkenése, akkor ezek pótlására adhatjuk a

megfelelő mirigy kivonatát. Leggyakrabban klimakterialis zavarokban jelentkező hypertonia gyógyítására használunk petefészkek, vagy herekivonatokat.

Áttekintve az elmondottakat azt hiszem sikerült előadásomban kidomborítani azt a felfogást hogy a hypertonia tulajdonképpen nem önálló megbetegedés, hanem egy ismert, vagy ismeretlen pathogenesisű betegség kardinalis tünete, melynek szüneteltetésével magát az alapbetegséget befolyásolnunk nem sikerül. Ha az okot ismerjük, úgy annak befolyásolásával többnyire a hypertonia tünete is javulnak, ha azonban az okot nem ismerjük, akkor elsősorban a beteg életmódjának, étrendjének szabályozásával, testi-lelki nyugalmának biztosításával, célszerűen alkalmazott physikalis gyógymódok bevezetésével, aminők a vízkúrák, tornagyakorlatok, száraz ledörzsölések, rendszeres séták, sok szabadlevegőn tartózkodással igyekszünk a beteg panaszait csökkenteni. — Gyógyszeres kezeléshez pedig csak akkor nyulunk, ha a betegnek nem állana módjában életmódján lényegesen változtatni.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Az O. T. B. A. budapesti szakorvosi rendelőintézetének közleménye.

Az Ekg. görbe hullámainak normalis variánsai és helyes jelölése.

Írta: Unghváry László dr. h. főorvos.

Az Ekg. görbét helyesen csak úgy értelmezhetjük, ha pontosan ismerjük a normalis variánsok határait. Csaknem a legújabb időkig a normalis variáns adatai általában a legjobban kifejezett R és T hullámokra vonatkoztak. Eléggé indokolta ezt az a fontos szerep, amelyet az R hullám többek között a tengely-deviációknál a T hullám pedig a szívizombántalmak diagnózisában betölt. Az R hullám irányát és nagyságát az $R_1 = E \cdot \cos \alpha$, az $R_2 = E \cdot \cos \alpha - 60$ és $R_3 = E \cdot \cos 120 - \alpha$ képletekkel (melyben az E a szív elektromos erejének nagyságát, az α pedig azt a szöveget jelzi, amelyet az elektromos tengely a vízszintessel bezár) mathematikailag is meghatározták. Ez azonban pusztán elméleti jelentőségű megállapítás maradt, mert a gyakorlatban pontosan nem válik be. Ennek oka egyrészt az, hogy az Einthoven-féle háromszög gyakorlatilag nem egyenlő oldalú, hanem csak egyenlő szárú, másrészt pedig a szív nem kerül pontosan a háromszög középpontjába. A legnagyobb hiba azonban az, hogy a képlet nem számol a bőr és a szervek ellenállásával, amelyen pedig a szív áramának keresztül kell haladnia, mielőtt a felvevő-készülékbe jut. Az $R_1 = \frac{E}{\omega} \cos \alpha$, $R_2 = \frac{E}{\omega} \cos \alpha - 60$ és az $R_3 = \frac{F}{\omega} \cos 120 - \alpha$ képletek (melyben a ω az ellenállást jelzi), már közelebb állanak a valósághoz. Ha így módosítjuk is a képletet, abba a hibába esünk, hogy a három elvezetés irányában az ellenállást egyforma nagynak tételezzük fel, holott ez valószínűleg nem így van. Mégis elég jó értékeket kaptak azok, akik nem tekintettek a különböző irányokban megnyilvánuló ellenállások eltéréseire, az R_1 és R_3 értékek hányadosaira, vagyis viszonyszámokkal dolgoztak és így kiküszöbölték az ismeretlen elektromos erő abszolút értékét. Az utóbbi időben ezen az alapon szerkesztette készülékét Goodman, amelynek segítségével az R_1 és R_3 Einthoven-értékekből a fenti képletek alapján meglehetősen pontosan azonnal le lehet olvasni fokokban a szív

elektromos tengelyének irányát, millivoltokban annak nagyságát és természetesen az R_2 -t is. Ezekből a megfontolásokból tudjuk, hogy a főkilengés egyszer fölfelé irányulhat (positív), máskor lefelé (negatív). Mivel ennek gyakorlati jelentősége egyelőre nem volt, Lewis és iskolája a pozitív irányú főkilengést R-nek, a negatív irányú S-nek nevezte el, tekintet nélkül arra, hogy az észlelt főkilengés tényleg R-nek vagy S-nek felel-e meg. Ez a jelölés azonban igen sok zavart és félreértést okoz, különösen a III. elvezetésben. Ebben az elvezetésben gyakran észlelhetni a lefelé irányuló főkilengés után egy fölfelé irányuló és különböző nagyságú (néha csaknem a főkilengés nagyságával egyező) hullámot, melyet különbözőképpen értelmeznek. Ilyenkor erőszakoltan vagy az S hullám utókilengéséről beszélnek, vagy egyáltalán nem vesznek róla tudomást (innominata).

Amióta a Q és S hullám is az érdeklődés központjába került, diagnosztikus félreértések is keletkeznek. Mély (kóros) Q_3 -ról beszélnek esetleg ott, ahol az tulajdonképpen negatív R_3 , nem is említve az R és S hullám állandó fölcserélését. Kétségtelenné vált, hogy kóros állapotra következtetni valamely hullám nagyságából, irányából stb. csak akkor lehet, ha minden hullám minden elvezetésben pontosan identifikálva van. Leginkább az angol-amerikai szerzők vitatják ennek szűkségességét. Hurxthal általában a QRS complexumban, Sodeman a QRS_3 egyes részeinek identifikálását és helyes jelölését tárgyalja. A szokott Einthoven-féle I—III. elvezetésben igyekeznek kimutatni, hogy a Q_3 -nak tartott hullám sokszor tulajdonképpen invertált R_3 , vagy hogy egy bizonyos S_3 tulajdonképpen R_3 és hogy néha az R hasadtsága tulajdonképpen a felfelé törekvő Q, illetve S hullámoktól van. Lewis, Wilson, Macleod és Baker pedig általánosságban a főkilengés irány- és nagyságváltozása körül fejtettek ki alapvető munkát. Mindezekkel ellentétben Scherf most megjelent tankönyvében a régi elnevezések használatát ajánlja.

Jelen dolgozatunk célja: 1. kimutatni a régi nomenklatura helytelenségét, 2. kézzelfoghatóan bizonyítani ugyanazon egyéneken a főkilengés irány- és nagyságváltozásainak lehetőségét az elvezetések szerint, 3. kimutatni, hogyan követik e változásokat a többi P, Q, S és T hullámok és milyen törvényszerűséget lehet ezeken megállapítani. Hangsúlyoznunk kell azonban, hogy jelen közleményben csak a normalis körülmények között jelentkező változásokról beszélünk, vagyis azokról, melyek más-más egyéneken a szív különböző fejlődési adottsága, ill. a tengelyállás folytán adódnak.

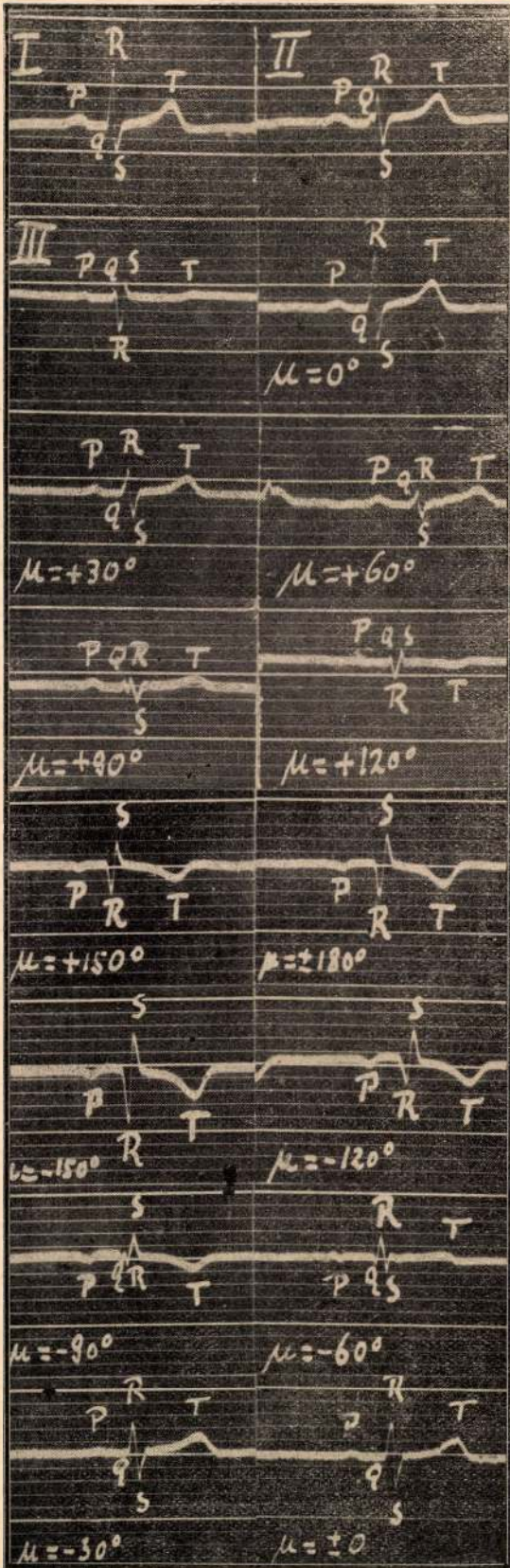
Az Ekg. görbe, mint tudjuk, a test különböző pontján keletkező potentialkülönbségek rajzos ábrázolása. A pihenő szervezetben (eltekintve annak nyugalmi áramától) a szív elektromos árama terjed szét. Ez az áram sok kis izomrost apró áramainak eredője. Iránya és nagysága a különböző egyéneken más és más a szív helyzete, felépítése és az ellenállások (Katz és munkatársai) szerint, más lesz tehát azon erővonalak iránya is, melyek a testben szétterjednek. Ha most az áramot a testből elvezetjük, a galvanometer tűjének kilengésbeli nagyságát, ill. a kilengés irányát előre meghatározza azon helyek potentialis értéke, amelyeken az elektrodokat alkalmazzuk. Az elektrodok helyzetének rendszeres változtatásával előállíthatjuk az összes egy síkban lehetséges potential-differentia eseteket. Így ugyanazon egyéneken rendszeresen tanulmányozhatjuk az egyes hullámok irány- és nagyságbeli változásait, melyek a szív különböző helyzete, illetve a különböző irányú elektromos tengelyállás mellett keletkezhetnek.

Eljárásunk a következő volt: Kikopogtattuk az abszolút szívtempulatót. Ennek felső csúcsa körül — mint központ körül — 15 cm. sugárral (*Trendelenburg* szerint ez az a távolság, amely már túl van a szív áram határán, vagyis ahol a potentialis differentiák már teljesen érvényesülnek) kört vontunk. A kör kerületén mozgattuk a képzelt átmérő két végén levő két elektrodot az óramutató járásával egyező irányban, átlag 20—30 fokos távolságokban. A 0 vonal a fenti központon áthaladó vízszintes

volt. Elektrodoknak a Zárday-féle szívóharangokat használtuk. Számptalan igen tanulságos esetünk közül az alábbiakban közlünk egy különösen jellemzőt. (Lásd 1. ábra.)

A szokásos Einthoven-féle I—III. elvezetésből láthatjuk, hogy jellegzetes bal tengely deviatiós esetről van szó. Az utána következő 13 felvétel azoknak az elvezetési irányoknak görbéi, melyeket a fent jelzett eljárásunknak megfelelően 30 fokos távolságokban 0-360°-ig történt körforgással kaptunk. Felvételeinkből a következőket láthatjuk: A μ szög (ezen azt a szöget értjük, melyet az elvezetési irány a vízszintessel bezár és amelyet a vízszintes aaltt pozitívnak, felette negatívnak jelölünk) növekedésével az R nagysága fokozatosan csökken (normális tengelyállás esetén nő) mindaddig, míg az elvezetési irány merőleges nem lesz a legnagyobb kilengés irányára. (Ez a jelen esetben a kb. 90°-os elvezetéskor következik be.) Itt az R nagysága csaknem 0, azaz isoelektromos. Hogy valami kilengést mégis kapunk, az technikai okokon múlik. Elektrodunk felszínét nem vehetjük túl kicsinek, sem az elektromos energia csökkenése, sem a polarisatio miatt (tekintve, hogy nem erősítő készülékkel, hanem galvanometerrel dolgoztunk). A használt 2.5 cm. átmérőjű elektrodokat pedig pontosan a nulla-potential vonalára állítani már nagysága miatt sem lehet. 90°-tól kezdve az R nagysága ismét nőni kezd, de már negatív irányban, hogy az ellenkező irányú maximum után ismét az isoelektromos vonalra csökkenjen. Majd ismét fokozatosan növekszik, míg az elvezetés iránya megegyezik az R hullámot adó elektromos resultans lefutási irányával, vagyis a legnagyobb potentialis különbséggel. (Ez jelen esetben a -4°-os elvezetési iránynak felel meg, ami az erős bal tengely deviatio miatt várható is.) Ha az R hullám nagyság változásait felrajzoljuk (abscissának az elvezetési irány és a vízszintes bezárta szögek nagyságát, ordinátának pedig a megfelelő szögekhez tartozó R nagyságot véve), akkor egy olyan sinus-vonalat kapunk, melynek tengelye az a fokokban kifejezhető elvezetési irány lesz, ahol az „E” kilengés nagysága gyakorlatilag 0-nak vehető. (Jelen esetben +86° és -94°.) A legnagyobb kilengés pedig abban az elvezetési irányban mutatkozik, amely az R elektromos tengely lefutásával megegyezik, az pedig az előbbire merőleges (vagyis jelen esetben -4° és +176°). Ha a legkisebb R kitérés helyéhez 90°-ot hozzáadunk, megkapjuk az R tengely fokokban kifejezett irányát és nagyságát. Így az R sinus görbéje megrajzolható s ebből rögtön le is olvasható az Einthoven-féle elvezetések „R”-inek nagysága és iránya. Ha az Einthoven-háromszög oldalait egy középponton áthaladón képzeljük, akkor az I. elvezetés 0°, a II. 60°, a III. 120°-os elvezetési iránynak felel meg. A sinus-görbe 0°, 60° és 120°-os helyeit kell tehát csak megjelölnünk, s adva van ezzel a szokásos elvezetések R-inek iránya és nagysága, melyek a fenti irányú potentialis differentiák kifejezői. (Lásd 2. ábra.)

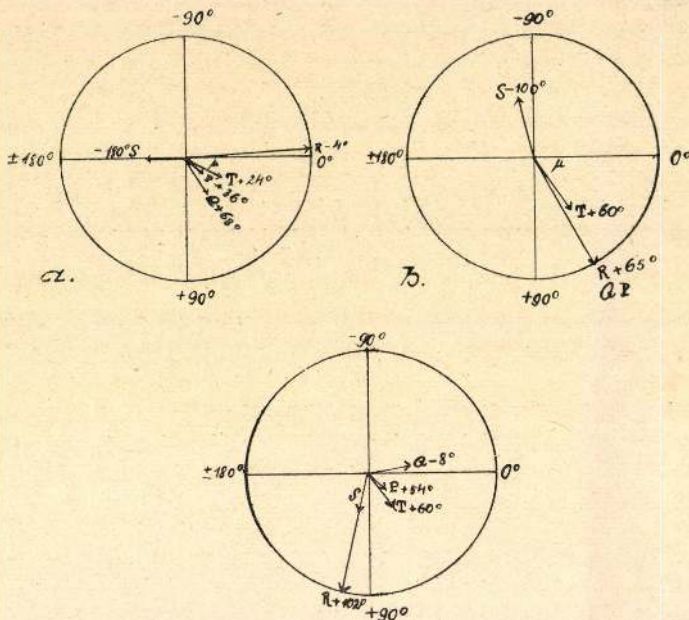
Szemünk előtt alakul és folyik le az R hullám kisebbéssé, nagyobbodása, negatívvá válása, ezeknek követeése és identifikálása a legnagyobb könnyúséggel történik. Amit az R hullámra nézve mondottunk, az ugyanúgy vonatkozik a P, Q, S és T hullámokra is, amint az az 1. ábrából látható. Azonban első pillanatra látszik, hogy az egyes hullámok legkisebb és legnagyobb kilengési nagyságukat nem mindig ugyanakkor érik el, amikor az R, hanem egyenkint kisebb-nagyobb szög eltérésekkel. Megfigyelhetjük azt is, hogy a kb. 120°-os elvezetésben a P hullám még pozitív, amikor a T már negatív kezd lenni, viszont a -60°-nál a P negatív akkor, amikor a T már pozitív. A jelen esetünkben amúgy is gyengén fejlett Q hullám legnagyobb pozitív nagyságát éppen akkor éri el



1. és 2. ábra.



amikor az R hullám már majdnem isoelektromossá vált. Az S hullám csaknem teljes 180°-os eltéréssel, csaknem pontosan ott kezd negatívvá válni, ahol az R pozitívvá és fordítva. Legnagyobb nagyságát és legkisebb értékét ugyanannál a szögnél éri el (jelen esetünkben), de ellentétes irányban, mint az R. Fenti hullámoknál tehát ép úgy megrajzolhatjuk a potentialis sinus-görbékét, mint az R-nél. Itt is minden esetben pontosan feltüntethetjük a szokásos Einthoven-elvezetés P, Q, S, T nagyságokat és irányokat, a 0°, 60° és 120°-os elvezetési irá-



3. ábra. 3. esetünk P, Q, R, S, T hullámainak tengelyállása; relatív nagyság és abszolút irányértékek. a) (az R hullámra vonatkoztatva) bal, a b) normalis, a c) jobb tengely deviációs esetet mutat.

nyokban. A mellékelt sinus-görbékéből azonnal megláthatjuk, hogy az összes lehetséges pozitív és negatív irányú P, Q, S, T hullámok közül pozitív vagy negatív lesz-e a hullám a szokásos elvezetésben. (Lásd 2. ábra.) Ugyanilyen módon elemezhetnénk ábráink alapján többi fölvételeinket is. Ezeket helyszűke miatt nem közöljük, hanem megelégszünk néhány ilyen esetünk elemzésekor talált P, Q, R, S, T tengelyeknek (irány és nagyság) vázlatos feltüntetésével. (Lásd 3. ábra.)

A tengelyek (írány) elhelyezkedése szolgáltat kellő magyarázatot arra, hogy a különböző hullámok milyen különböző irányokat vehetnek fel a szokásos normalis elvezetésekben más és más egyénekben. Ezekből a kísérletekből az a tanulság meríthető, hogy nem beszélhetünk általában elektromos tengelyről, hanem külön a P, Q, R, S és T hullámok elektromos tengelyeiről és ezek egymással teljesen egyenértékű részletcomponensek, csupán nagyságuk és irányuk változik. Hogy az egyes hullámok jelentkezése ép viszonyok között melyik szívizom rész, illetve izomnyaláb működésével van összefüggésben, vajjon a jobb vagy bal szívfél vagy csúcs és basis áramainak interferenciájából adódnak-e, azt egyelőre nem tudjuk. Fentebbi kísérleteink alapján annyi bizonyosnak mondható, hogy a szív helyzetváltozásai ép úgy maguk után vonják az általuk okozott összes hullámok irányváltozásait, mint az R hullámnál. Mennél jobban eltér a Q vagy S hullám elektromos tengelye az R-től, annál inkább érvényesül a felvételen, viszont mennél jobban közeledik tengelye az R-éhez, annál inkább olvad bele az R hullámba, már csak annak nagysága miatt is. Ha tehát pozitív vagy negatív R hullám mellett a Q vagy S hullám nem látható, ez még nem jelenti szükségképpen, hogy ilyen

hullám nincs, hanem csak annyit jelent, hogy ezen elvezetés irányában a Q és S is pozitív vagy negatív, vagyis elektromos tengelye vagy megegyezik, vagy közelálló az R-éhez. Azon hasadások és csomók, melyek ilyenkor néha az R fel- és leszálló szárain látszanak, a beolvadt Q vagy S hullámtól vannak, melyek forgatásra szépen előtűnnek. (Lásd 1. ábrában a Q hullámot.) Kétségtelenül ez a magyarázata annak a tapasztalatnak, hogy az R hullám hasadtsága csak akkor tekinthető kórosnak, ha ez a csúcson foglal helyet. A basison levő hasadtság — mint látjuk — azért nem kóros, mert ez tulajdonképpen az R hullám alsó részének és a pozitív Q, illetve S hullámnak nem tökéletes összeolvadásából keletkezik. Az R tengely bal deviációjánál az $S_3 > S_2 > S_1$, vagy az R tengely jobb deviációjánál az $S_1 > S_2 > S_3$ szokott lenni. Ez csak a leggyakoribb eset, de nem szabály. Ha az S tengely csak egy kicsivel is jobban elhajlik az R tengelytől (a 180° felé), úgy $S_1 > S_2 > S_3$ lehet a bal tengely deviációjánál is. Az 1., 2. és 3. ábrában közölt esetünkben (H. Gábor) is láthatjuk, hogy a -4°-os R tengely mellett az S tengely -180°-on áll. A tengelyállásból, valamint az S és R hullámok között sinus-görbéiből láthatjuk, hogy az R és S is az I. elvezetésben a legnagyobb, vagyis $R_1 > R_2 > R_3$ van az $S_1 > S_2 > S_3$ mellett. A tengelyeknek ez a változása vonatkozik a pathológiában oly fontos szerepű T hullámra is. Fenti eseteinkben (lásd 3. ábra) az R és T hullámok tengelyeltérései egymástól átlagban 0° és 30° között ingadoznak (a jobb tengely deviációs esetek kivételével), még pedig úgy, hogy a T tengely az R-től — a néző szempontjából balfelé helyezkedik el. El lehet képzelni azt az esetet is (amint valóban elő is fordul), hogy az R tengely 80° körüli helyzeténél a T már 80°+30° tengelynél negatív lehet anélkül, hogy annak kóros jelentőséget tulajdoníthatnánk. Hogy az egyes P, S, Q és elsősorban T tengelynek az R-től jobbra vagy balra történő elhelyezkedése mikor kóros, továbbá, hogy a tengelyek között milyen nagyságú szögeltérést vehetünk kórosnak és hogy mi az eltérések oka, azzal most nem foglalkozunk. Annyi bizonyos, hogy a normalis variánsok ismerete itt is rendkívül fontos.

Nyilvánvaló az is, hogy az Ekg. hullámokból csak akkor következtethetünk kórosra, ha minden elvezetésben minden hullám pontosan identifikálva van. Ez viszont csak úgy lehetséges, ha szakítva az eddigi leletési rendszerrel, a valóságnak megfelelően jelöljük meg az egyes hullámok irányát és nagyságát. Erre vonatkozólag meg kell jegyeznünk, hogy a nagyság szót nem föltétlenül értelemben használjuk, hanem az eddigi Ekg. gyakorlatnak megfelelően. A P, R és T hullámoknál a pozitív (fölfelé irányuló) mindig nagyobb a negatívnál (lefelé irányuló), az S és Q hullámoknál a negatívot vesszük nagyobbknak a pozitívoknál, tekintve, hogy a P, R és T hullámok legtöbbször pozitívok, az S és Q hullámok pedig általában negatívok.

A fenti esetünket (1. ábra) a következőképpen teletelhetnénk:

$$\begin{aligned} &+P_2 > +P_1 > +P_3 \\ &+Q_2 > +Q_3 > +Q_1 \\ &+R_1 > +R_2 > -R_3 \\ &-S_1 > -S_2 > +S_3 \\ &+T_1 > +T_2 > -T_3 \end{aligned}$$

Első pill'anatra talán nehezebben látszik az eligazodás, mint a megszokott formulákkal. Hursthal azt ajánlja, hogy a hullámok meghatározására azt a távolságot használjuk fel, amennyire az egyes elvezetésekben az egyes hullámok a P hullámok elejétől vagy egyéb más rögzített ponttól vannak. Az a hullám tehát, ami a III. elvezetésben oly távol van a P-től, mint az I.-ben az R, az

a III-ban is R, akár pozitív, akár negatív irányú. De még ez is főlegessé válik, ha szem előtt tartjuk a következőket: Látjuk, hogy normalisnak ítéljük az R tengely állását, ha a μ szög 30° és 90° között mozog. Ha az R tengely állása 30° -nál kisebb, akkor a bal tengely deviatióról beszélünk s arról ismerjük meg, hogy az R_1 a legnagyobb. Nem szoktuk azonban hozzátenni, hogy ilyenkor az R_3 mindig negatív (lefelé irányuló). Fordítva, ha az R tengely állása 90° -nál nagyobb, vagyis jobb tengely deviatio van, akkor az R_3 a legnagyobb, viszont az R_1 lesz negatív. Bal tengely deviatio esetén tehát a pozitív az R_3 , jobb tengely deviatio esetén a fölfelé irányuló R_1 nem R, hanem pozitív Q, vagy pozitív S. Ha bármely két egymás melletti elvezetés R hullám iránya és nagysága egyező, vagy ha az I. és III. elvezetésben ellentétesek, de egyenlő nagyságúak, akkor a hátramaradó elvezetésben az R isoelektromos, a komplexumot tehát csak a Q és S hullámok alkotják. Ugyanezt mondhatjuk persze a P, Q, S és T hullámokra is, ami adott esetben a lelevezést igen megkönnyítheti. A T hullám esetében nagy jelentősége van ennek a ténynek. Ha pl. a T_2 és T_3 pozitív és egyenlő, vagy ha a T_1 és T_3 ellentétes irányú és egyenlő, akkor az első esetben az isoelektromos T_1 -nek, a másodikban pedig az isoelektromos T_2 -nek kóros jelentőséget tulajdonítani nem mindig lehet.

Hogy kísérletileg igazolt megfontolásnak a gyakorlati lelevezésben valamint az Ekg. klinikai, illetve patológiai értékelésében mennyi szerepük lesz, azt további vizsgálataink fogják eldönteni. Amnyi azonban bizonyos, hogy megfigyeléseink már eddig is számos nehezen értelmezhető Ekg. jelenség magyarázatára szolgáltatottak jó alapot.

Összefoglalás. 1. Eljárást dolgoztunk ki az egy síkban előállítható R potentialis-differentiák normalis varriatióinak feltüntetésére.

2. Kimutattuk, hogy a P, Q, S és T hullámok önálló elektromos tengellyel rendelkező részleteredők, melyek ép oly törvényeknek vannak alávetve irány és nagyság szempontjából mint az R.

3. Az egyes hullámok irányának és nagyságának jelenlegi jelölése helyett ajánljuk azoknak a fenti elvek szerint való meghatározását.

A daganatok keletkezésének újabb magyarázata és az acetón ráksejt-pusztító hatása.

Irta: *Barna Dezső* szig. orvos, Skorenavác, (Jugoszlávia.)

A regeneratio és a daganatok keletkezésének folyamata.

Alig van kémiai elem, melyet szerves, vagy szerves vegyületében a rák gyógyítására használni meg ne kíséreltek volna. A vegyszerekkel folytatott ilyen irányú kísérletek abból a feltevésből indultak ki, hogy kell léteznie oly vegyületnek, mely a ráksejteket feloldja. Az ilyen hatás megfigyelésére kizárólag ráksejtek szervezeten kívüli mesterséges tenyésztése mutatkozott alkalmasnak. Találtak is szép számmal olyan vegyületeket, melyek rendkívül erős oldó hatást gyakoroltak in vitro a ráksejtekre. Ilyenek voltak pl.: a nehéz fémek, ólomnak, ezüstnek, stb. bizonyos vegyületei. Selen, eosin, methylenkék, szintén anticancerogen hatást mutattak. Sok reményt fűztek egy időben az arzen-vegyületekhez. A ráksejtekre gyakorolt oldó hatását állapították meg bizonyos részvegyületeknek is. Azonban mindazok a vegyületek, melyek a ráksejtekre természetben oldó hatást gyakoroltak, fel-

mondták a szolgálatot az élő szervezetben. Ugyanis a szervezetnek ép sejtjei különösen a vese, máj és más életfontos szervek sejtjei jóval hamarabb elpusztultak, mint a ráksejtek. Megkísérelték már a rák kezelését methyl-alkohollal is, mely kifejt ugyan némi anticancerogen hatást, de gyakorlati értéke erősen mérgező hatása és túlságosan gyenge anticancerogen hatása folytán nincs.

Ennyi sikertelenség után a chemotherapia a rák elleni küzdelemben az utóbbi időben nagyon háttérbe szorult, előnyt juttatva a szintén kevés reménnyel kecsgetető organotherapiának.

Legutóbb végzett kísérleteim folyamán az acetón erős anticancerogen hatását észleltem. Mivel pedig ehhez a gyakorlati eredményhez elméleti úton jutottam, fontosnak tartom elméleti megállapításaimnak az ismertetését. A rák terén végzett kutatásaim során abból a feltevésből indultam ki, hogy a normalis és a ráksejtek szaporodásának közös oka kell, hogy legyen. Ezért igyekeztem legelőször is a normalis sejtek szaporodásának végső okára vonatkozólag elfogadható magyarázatot találni.

Ami a normalis sejtek szaporodásának determinizmusát illeti, arra vonatkozólag én is *Haberlandt* felfogására jutottam, hogy a sejtek szaporodásában döntő szerepet játszik egy osztódási hormon, mely magában a szaporodásra alkalmas sejtekben képződik, oka és előidézője a sejtek osztódásának. Viszont *Gurwich* a *Haberlandt*-féle osztódási hormon segítségével photodynamikus alapon igyekszik megmagyarázni a sejtek szaporodásának determinizmusát, fontos szerepet juttatva a *Gurwich*-féle mitogenetikus sugaraknak is. A fentiek figyelembevételével a sejtek osztódásának folyamatát én a következőképen gondolom magyarázni: A *Haberlandt*-féle hormont kiválasztó szervecskék, felfogásom szerint, bizonyos chromosomák, s ezek indítanak meg a sejtosztódás folyamatát, mert hiába tesszük ki pl. a meg nem termékenyített petét a *Gurwich*-féle mitogenetikus sugaraknak, az nem fog azoknak hatására osztódásnak indulni. Ahhoz, hogy egy pete osztódásnak induljon, elkerülhetetlenül szükséges a megtermékenyítés, ami nem más, mint a beszerzése azoknak a szervecskének, amelyek a *Haberlandt*-féle hormont termelik, s melyeknek hordozói az állatokban a spermatozoák. Valószínű, hogy a *Gurwich*-féle mitogenetikus sugaraknak csupán serkentő hatásuk van a *Haberlandt*-féle hormont termelő szervecskékre s csak arra képesek, hogy meggyorsítsák a már megindult osztódási folyamatot.

Ha a sejtek szaporodásának determinizmusára vonatkozó fenti magyarázat teljesen meg is felelne a valószínűségnek, még mindig titok marad előttünk az a jelenség, hogy miért szaporodnak a ráksejtek határtalanul és miért nincs meg a nyugalmi állapot azokban a sejtekben, amelyek egy többsejtű lény alkotó részeivé váltak? Hogy erre a kérdésre is megadhassuk a feletetet, ahhoz szükséges a regeneratio titkának előzetes magyarázata.

Ismeretes az, hogy a hypophysis hyperfunctiója esetén a szervezet több helyén a sejtek burjánzásnak indulnak, minek következményeképen a test egyes részeinek megnagyobbodása jelentkezik. Hypophysis valamely hormonja kell tehát, hogy mitogenetikus hatást gyakoroljon a szervezeten bizonyos sejtjeire. A belső kiválasztású mirigyek közvetlen mitogenetikus hatása elgondolásom szerint csak látszólagos és hogy azok inkább tekinthetők a szervezet legfelsőbb sejtsszaporodást szabályozó tényezőinek, a feladatuk pedig tulajdonképen az, hogy szükség szerint lehetővé tegyék a működését azoknak a szervecskének, melyek magukban a sejtecskében termelik a sejtsszaporodáshoz szükséges *Haberlandt*-féle osztódási hormont. Feltételezhető a *Haberlandt*-féle hormon mellett még

egy olyan hormon is, mely szükség szerint *gátló hatást* gyakorol a Haberlandt-féle osztódási hormonra, vagy az azt kiválasztó szervecskére és ezen a hormonn keresztül fejtik ki tulajdonképpen a megfelelő belső kiválasztású mirigyek sejt szaporodást szabályozó tevékenységüket. A sejtszaporodást szabályozó eddig ismeretlen hormont egyszerűség kedvéért az alábbiakban „mitophrenin”-nek nevezzük.

Az egysejtű lények sejtjeiben, ha azok kedvező életviszonyok közé kerülnek, megszakítás nélkül termelődik a Haberlandt-féle osztódási hormon. Ez az oka annak, hogy az egysejtű lények állandóan az osztódás stadiumában vannak s rapid módra végnélkül szaporodnak, akár csak a rosszindulatú daganatok burjánzó sejtjei. Ezekről eltérően a többsejtű lények sejtjeiben normalis körülmények között csak akkor termelődik a Haberlandt-féle osztódási hormon, ha a szervezetnek szüksége van a sejtek szaporodására, különben állandóan termelődik a sejtekben a „mitophrenin”, mely meggátolja a Haberlandt-féle hormon termelődését és annak mitogenetikus hatását. Mindaddig tehát, amíg valamely sejtben termelődik a mitophrenin a sejt nyugalmi állapotban marad s csak akkor megy át az osztódás stadiumába, ha megszűnik a mitophrenin-nek a Haberlandt-féle hormont termelő szervecskére gyakorolt gátló hatása, ahogy a mitophrenin gátolja a Haberlandt-féle hormon termelését, ugyan úgy kell, hogy gátlólag hassanak a felsőbb sejt szaporodást szabályozó tényezők, illetőleg bizonyos belső kiválasztású mirigyek hormonjai a sejtek mitophrenint termelő szervecskéire.

Hogyan történik most már a regeneratio folyamata? A sebgyógyulásban nélkülözhetetlen szerepet játszanak bizonyos ideghatások, melyek az idegrendszeren keresztül működésre készítik az addig nyugalomban lévő felső sejtszaporodást szabályozó tényezőket s azok hormonjait ugyancsak pontosan arra a helyre irányítva, ahol a sérülés van (nagyon valószínű, hogy a felsőbb sejtszaporodást szabályozó tényezők hormonjainak a sérülés helyére szállítását bizonyos leukocyták végzik), ott kikapcsolják a sejtekben működő mitophrenin termelő szervecskét, így felszabadulva a Haberlandt-féle hormont termelő szervecske, az osztódási hormon szabadon termelődhet s a sejteket a sérülés helyén burjánzásra készíti. A sérülés gyógyulása után megszűnik az idegvégződés ingerlése, ezzel megszűnik a felsőbb sejtszaporodást szabályozó tényezőkkel az összeköttetés, azok beszüntetik a hormonszállítást, ezzel megszűnik a mitophrenin szervecskére gyakorolt gátló hatás, minek következtében automatikusan működésbe kapcsolódik a mitophrenin szervecske, mely ugyanakkor hormonjával megszünteti a Haberlandt-féle osztódási hormon termelődését és ezzel a sejtek ismét visszanyerik nyugalmi állapotukat s így véget ér a regeneratio folyamata. A lepra anaesthetikában és syringomyeliában szenvedő betegekben a szövet sérülése rendkívül nehezen, vagy egyáltalában nem gyógyul. Elgondolásom szerint a regeneratióban idegingerek hatására is szüksége van a szervezetnek.

Ismeretes az a jelenség, hogy ha valamely sejtben elpusztulnak bizonyos chromozomák, a sejt elvesztik szaporodási képességét, ennek következtében elpusztul. Ha a sejtek a chromozomák elpusztulásával elvesztik szaporodási képességüket s ennek következtében el is pusztulnak, ez azt jelenti, hogy ilyen sejtekben nem termelődik Haberlandt-féle osztódási hormon, így talán épen a chromozomák a sejteknek azok a szervecskéi, melyek a Haberlandt-féle osztódási hormont termelik.

Habár a legnagyobb többsejtű lény is fejlődése kezdetén egyetlen sejtől indul ki, még is annak a többsejtű

lénynek az első sejtje mitogenetikus szempontból is kell, hogy különbözzék az egy sejtű lények sejtjeitől, mert míg ez utóbbiak állandóan az osztódás stadiumában vannak, addig a pete megtermékenyítéséig nyugalmi állapotban marad. Ha Haberlandt-féle hormon nélkül nincs sejt osztódás, akkor az azt jelenti, hogy a pete nem rendelkezik azokkal a szervecskével, melyek a Haberlandt-féle osztódási hormont termelik. Ez természetes is volna, mert különben a pete nem volna nyugalmi állapotban eltartható. Ezzel érthetővé válik az is, hogy miért volt kénytelen a természet a többsejtű lények első sejtjét két részre osztani: a hím és női sejtre s miért volt szükséges azokat két különböző egyénben elhelyezni s ezen sejtek csak a megtermékenyítés után válnak tulajdonképpen egy többsejtű lény első sejtjévé. A megtermékenyítés tehát nem volna más, mint mód arra, hogy a pete hozzájuthasson azokhoz a chromozomákhoz, melyek a Haberlandt-féle osztódási hormont választják ki. *A spermatozoák volnának tehát az állatvilágban azoknak a chromozomáknak hordozói, melyek a Haberlandt-féle osztódási hormont választják ki, a pete chromozomái pedig mitophrenin termelő szervecskének tekinthetők.*

Hogy a spermatozoák, mint a Haberlandt-féle hormont termelő chromozomák hordozói maguk osztódásra képtelenek, az természetes is, hiszen mint ismeretes nem tekinthetők sejteknek, csak sejt magoknak, melyek magukban a sejt többi lényeges alkotórészei nélkül nem alkalmasak az osztódásra.

Igy érthető az is, hogy a többsejtű lények sejtjei csak akkor képesek mitogenetikus tevékenységüket normalisan kifejteni, ha a sejteknek mitogenetikus szervei, chromozomák kifogástalanul működnek. Ha ugyanis a mitophrenint termelő chromozomák valami oknál fogva legyengülnek és elvesztik mitophrenin termelő képességüket, akkor a Haberlandt-féle hormont termelő chromozomák működésbe lépnek s az ilyen defectusos sejt a benne most szabadon termelődő Haberlandt-féle osztódási hormon mitogenetikus hatása alatt szaporodásnak indul, s miután a túlságosan felszaporodott sejtek átlépi a normalis szövet határát, egy kinövést, daganatot képeznek. Ha a mitophrenint termelő chromozomák megbetegedése csak átmeneti volt, akkor működési képességük visszanyerése után a mitophrenin újból kikapcsolja a működésből a Haberlandt-féle hormont termelő chromozomákat s azzal megszűnik a sejtek felesleges továbbszaporodása. Az így keletkezett daganat azonban továbbra is megmarad és zavartalanul él tovább a szervezetben, melyre legtöbbször örökre veszélytelen marad. Ily módon a mitophrenint termelő chromozomák múltó zavarai folytán keletkezhetnek az anyajegyek, szemölcsök és az összes többi jóindulatú daganatok.

Ha azonban a mitophrenint termelő chromozomák örökre elvesztik mitophrenint termelő képességüket, akkor az ilyen sejtek szaporodása tekintetében teljesen önállóvá válnak, s mivel bennük ezentúl kizárólag a Haberlandt-féle osztódási hormon termelődik, azért nem tekinthető többé egy többsejtű lény alkatrészeinek, mert új alapulajdonságuk révén tulajdonképpen egysejtű lényekké változnak át, felvéve az egysejtű lények minden jellegzetes tulajdonságait, szaporodnak féktelenül. A fenti magyarázat alapján érthetővé válik, hogy hogyan keletkezhetnek a szervezet normalis békés sejtjeiből a rákos sejtek, melyeknek legjellemzőbb tulajdonsága a határt nem ismerő, végnélküli szaporodás.

Vajjon mi lehet az oka a mitophrenint termelő chromozomák működési képességének átmeneti, vagy teljes elpusztulásának? Ezek az előidéző okok, amint azt később látni fogjuk, többféleképpen lehetnek. Ezeket két cso-

portba osztanám. Így megkülönböztethetnénk elsőslegesen és másodlagos cancerogen tényezőkkel. *Elsőslegesen* cancerogen tényezőknek nevezhetjük azokat, melyek közvetlenül hatnak pusztítólag a mitophrenint termelő chromozomákra. Ilyen cancerogen tényezők csakis vegyi eredetűek lehetnek. *Másodlagos* cancerogen tényezőknek azok nevezhetők, melyek gyorsítják, vagy előkészítik a neoplasmák keletkezését, de maguk valamely elsőslegesen cancerogen tényező előzetes hatása nélkül nem képesek előidézni neoplasmát. A másodlagos cancerogen tényezők lehetnek: vegyi és fizikai eredetűek.

Az összes vegyi anyagokkal a mitogenetikus szervecskékre gyakorolt hatásuk szerint három csoportba oszthatjuk: az A) csoportba azokat a vegyületeket, melyek bénítólag, vagy pusztítólag hatnak a mitophrenint termelő szervecskékre. Ilyenek például a kátrány, a benzopyren, stb. Ehhez a csoporthoz tartozó vegyületek még elsőslegesen cancerogen tényezőknek is nevezhetők, mivel azok a mitophrenint termelő szervecskékre gyakorolt közvetlen pusztító hatásukkal tekintet nélkül az egyén életkorára, végnélküli sejtszaporodást képesek előidézni.

A B) csoportba azokat a vegyületeket sorozzuk, melyek bénítólag, vagy pusztítólag hatnak a Haberlandt-féle osztódási hormont termelő szervecské működési képességére, miért is ezek anticancerogen hatásúak. Ilyenek pl. a methylalkohol, argentum nitricum, acetone, stb.

A C) csoportba azok a vegyületek sorozhatók, melyek a Haberlandt-féle osztódási hormont és a mitophrenint termelő szervecskékre gyakorolnak pusztító hatást. Ide sorozhatók azok a mérges vegyületek, melyek az anyagcsere-zavarok folytán a sejtekben visszamaradtak, azonkívül a radium, röntgen és ultraviolet sugarak.

A C) anyagok lehetnek tehát cancerogen és anticancerogen hatásúak, s hogy milyen körülményektől függ egyik, vagy másik hatásuk, azt a következőkben igyekszem röviden megmagyarázni. A többsejtű lények sejtjeiben mitogenetikus szervecské arányosan kell, hogy legyenek kifejlődve s fejlettség és a C) anyagokkal szemben tanúsított ellenállóképességük tekintetében úgy aránylanak egymáshoz, mint 2:2-höz. Azonban minden szervezetben vannak sejtek, amilyenek például az epitheliális basal sejtek, ébrényi sejtek, valami oknál fogva visszamaradtak a szervezetben, stb., melyekben érthető ok miatt erősebben van kifejlődve a Haberlandt-féle osztódási hormont termelő szervecskéje. A mitophrenint termelő szervecske pedig érthetően gyengébben. A mitophrenin szervecske gyengébb, a Haberlandt-féle hormon szervecske erősebb fejlettsége folytán ezeknél az arány 1:3-hoz lesz. Ha most a szervezet sejtjeire valamely C) tényező hat, akkor a mitogenetikus szervecske egy fokkal legyengülése folytán teljesen differentiálódott sejtekben az arány 1:1-re változik. Az ébrényi és többi nem differentiálódott sejtekben pedig az arány 0:2-höz lesz, itt tehát a Haberlandt-féle hormon szervecskéje regulátor nélkül marad és ezzel a szervezet sejtje átalakul egysejtű lényé. A rákos folyamat első pillanatában a Haberlandt-féle hormon chromozomái jóval erősebbek a differentiálódott sejtek hasonló szervecskéinél, azonban az intenzív szaporodás és a daganatban keletkező mérges B) anyagok folytán legyengülnek és továbbá az arány 0.:0.5-höz lesz. Ha ez nem volna így, a rák vegyszerekkel gyógyítása örökre lehetetlenné válna . . .

A szervezet sejtjeiben anyagcsere-zavarok folytán visszamaradt C) anyagok, melyek egyszersmind a legveszedelmesebb és leggyakoribb rák okozói, csak abban az esetben képesek rákos folyamatot előidézni, ha a szervezet valamely sejtjében a fent említett feltételek előzőleg megvoltak, természetesen azt is csak akkor, ha C)

anyagok elég erősek ahhoz, hogy a mitophrenint termelő chromozomák működési képességét teljesen elpusztítsák, különben a C) anyagok természetes következményeképpen legyengülnek a sejtek Haberlandt-féle osztódási hormont termelő szervecskéi is és fellép az aggkori atrophia és az öreg szervezet rákos folyamattól teljesen mentes marad.

A rosszindulatú daganatok acetone-kezelése.

A fent ismertetett elméleti alapokon nyugvó eredmények gyakorlati jelentőséggel is bírnak. Ezek alapján felvetődött az a kérdés, hogy mi lehet az oka pl. a cukorbeteg rossz regeneráló-képességének. — Elgondolásom szerint a cukorbeteg szervezetében van egy rendkívül erős B) substantia, amely elpusztítja a szervezet sejtjeiben a Haberlandt-féle osztódási hormont kiválasztó szervecskéket. Ennek következtében a sejtek elvesztik szaporodási képességüket, sejtburjánzás tehát nem indulhat meg, ami nélkül természetesen sebgyógyulás sem következhetik be. Amennyiben ezen feltevés helyes és a rák valóban nem volna más, mint a Haberlandt-féle osztódási hormont termelő szervecskének a fegyelmetlen hyperfunctiója, akkor következtetésem szerint az a titokzatos B) substantia mesterségesen a rákos szervezetbe véve, szintén el kell hogy pusztítsa a ráksejtek Haberlandt-féle osztódási hormont termelő szervecskéit; így a ráksejtek megfosztódva szaporodási képességüktől, elpusztulnak.

Milyen substantiák jöhetnek szóba a cukorbeteg szervezetében, melyek a sejtek életképességére káros hatással vannak? Az insulinhiány következményeképpen a vérben a cukorérték magasabb. Súlyosabbfokú diabetes alkalmával acetone, acetecetsav és β oxvajsav is jelen van. Ismeretesek a rákosok esetében *Gomez da Costa* hypoglykaemiás kísérletei. — Ezzel szemben megkísérletem hyperglykaemiát előidézni glykose bevitelével, hogy elgondolásom szerint esetleg ez volna a keresett B) substantia, de ez eredményt nem mutatott, sőt a rákos daganat rohamos növekedését észleltem. Ez is bizonyítani látszik *Gomez da Costa* vizsgálatainak helyességét. A cukorkezelés eredménytelensége miatt az acetone választottam kísérleteim további anyagául. Mivel az acetone erős anticancerogen hatása biztosan kimutatható volt, alábbiakban óhajtók beszámolni ezen vizsgálatok pontos eredményeiről.

Az acetone dosisát kísérleteim céljára 0.01—0.02 ccm-ben állapítottam meg, gondolva, hogy ez a maximalis dosis, melyről feltételezhető az a legkisebb általános toxikus hatás, amely mellett a ráksejtek, a szervezet megmérgezése nélkül, elpusztíthatók. Az ily módon megállapított adagok, amint az a kísérlet folyamán kiderült, még pontosabb controllra szorulnak, mert feltevésünk szerint az acetone olyan kedvező ráksejtpusztító hatása remélhető, mely a szervezetre gyakorolt káros mellékhatás nélkül képes lesz a ráksejteknek biztos elpusztítására a szervezetben. Ugyanis ezt joggal feltételezhetjük, ha elgondoljuk, hogy a cukorbetegségben az acetone elpusztítja a szervezetnek a regenerációban fontos szerepet játszó és a ráksejteknek jóval erősebb ép sejtjein anélkül, hogy ugyanakkor az organismusra okvetlenül haláltokozó hatást is gyakorolna. Az acetone adagok pontosabb dosisát empirikus úton igyekszünk megállapítani; ezen kísérletek folyamatban vannak.

Az acetone-nak a rákos szervezetre gyakorolt toxikus hatása valószínűleg kétféle: közvetlen és közvetett. Az acetone-nak közvetlen hatása —, mint szövetmérgeknek — általános következménye lehet a szervezet megmérgezése, ha különösen legyengült állatokat nagyobb adagokkal kezelünk. A közvetett hatás éppen a ráksejteknek a roha-

mos szétrombolása folytán okozhatnak halált olymódon, hogy az egyszerre nagy mennyiségben szétbomlott daganatok szétesési termékei felszívódásukkal mérgezik meg a szervezetet. Ezt látszik bizonyítani az a tény is, hogy a halálos végű acetone-kezelés jóformán kizárólag a rendkívül nagy daganatokban szenvedő állatokon következik be, míg a kis daganatokban szenvedő és az egészséges állatok jól viselik el a nagy acetondosisokat is.

Mivel a rendelkezésemre álló kis anyagon felszerelés hiányában nem tudtam megfelelő számú kísérletet végezni, engedélyt kértem Bakay professortól, hogy a budapesti II. sebészeti klinika laboratóriumában az ő felügyelete mellett ellenőrző vizsgálatokat végeztessenek. Itt és tanárságán egereken és patkányokon vizsgálta az acetone hatását. Az állatokat Ehrlich—Putnoky-féle tumorról oltotta be, melyek transzplantációra nagyon alkalmasak.

Az egereken és patkányokon ugyanazon típusban indult meg a tumor rohamos szétesése és felszívódása. Már a kezelés 4—5. napján felpuhulás, illetőleg fellágyulás észlelhető, mely a tumor fokozatos megkisebbedésével jár, úgy annyira, hogy a 3. hét vége felé egészen kis zacskószerű képződmény marad a tumor helyén. A képződményt felvágva, a subcutan szövetben több-kevesebb

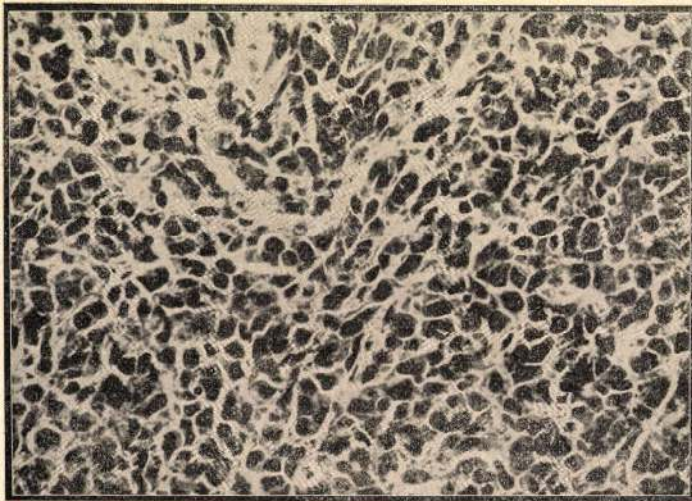
szürkés-sárga törmeléket találtunk. A bőr részéről komoly reakciót nem észleltünk, egy-két esetben a tumor kifehélyesedett, de gyógyult.

Itt és vizsgálatai 108 állaton történtek, ebből 42 egér, 66 pedig patkány volt.

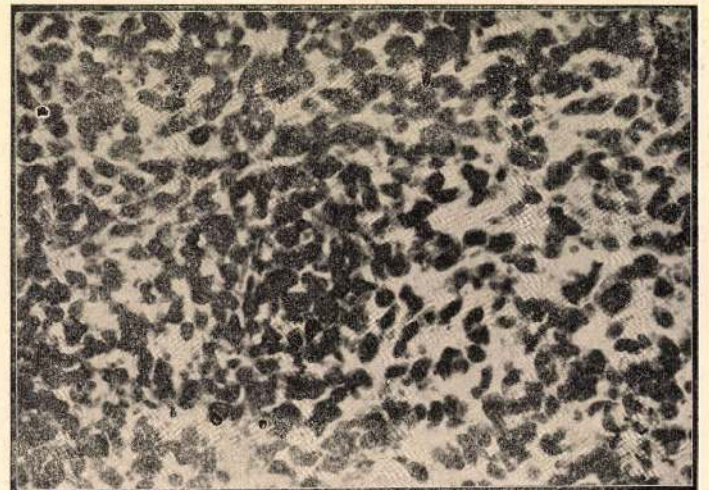
A kísérletek egy részében 0.02 acetonnal kezelte az állatokat, egy más részében 0.01 ccm-t adagolt. (A szerinjicálása tuberkulin-fecskendővel történt.). 14 egérnek naponta kétszer 0.02 ccm és 28 egérnek kétszer 0.01 ccm-t, míg 66 patkánynak ugyanacsak 0.02 és 0.05 ccm-t adott.

Egér (db)	Hány állat hány napos tumorról		Tumor nagysága	Acetone adagja ccm	Hány nap alatt tűnt el a tumor, illetve az állat elpusztulásáig mekkorára fejlődött vissza		Éleiben maradt (db)
	db	napos			nap	mekkorára	
14	8	7	szilva	0.02	7-8	felére	—
	4	5	szilvamag	0.02	10-12	negyedére	—
	2	4	mogyoró	0.02	15-16	teljesen	—

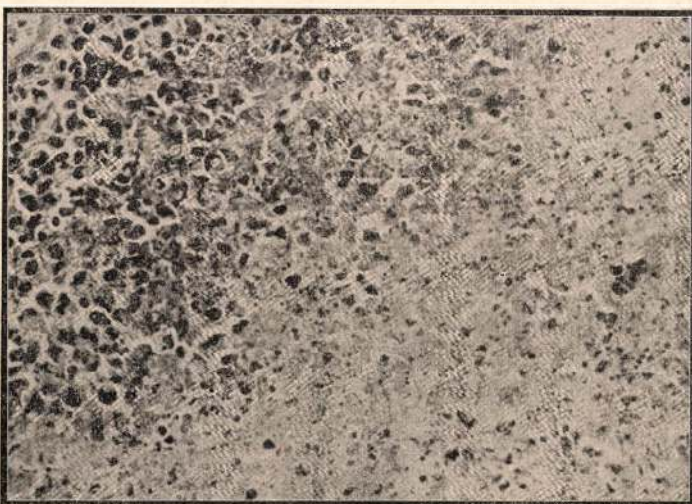
Mint a fenti táblázatból látjuk, az eredményre nagy befolyással van a tumor nagysága. Ugyanis minél kisebb



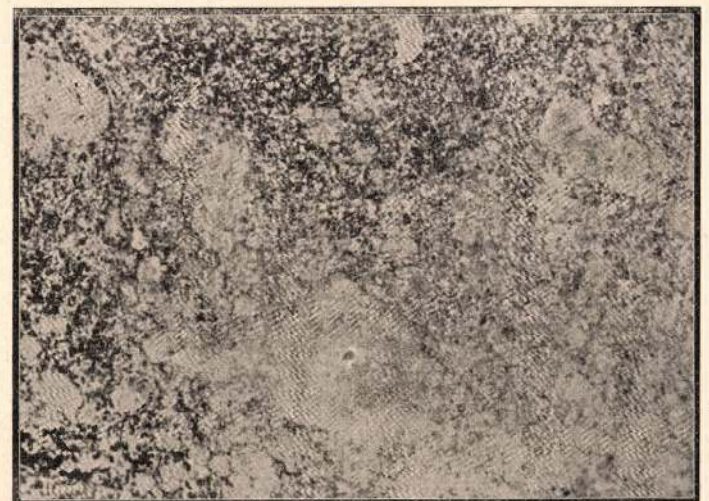
1. ábra. Kezeletlen egérnek 14 napos tumorából készített szövettani metszet. A normalis carcinomának minden típusos jele látható, élénk burjánzás, határnélküli sejtoszlások, kitűnő magfestődés, stb.



3. ábra. Az egereken észlelt típusos kép egy 14 napos normalis patkánytumorról.



2. ábra. 15 napon keresztül acetonnal kezelt egér carcinomájából készített metszet. Elétken látható a carcinomás sejtek szétesése, feloldódása, vacuolálás képződés, nagy területeken magfestés teljes hiánya, helyenként szétesett magok törmelékei.



4. ábra. A 2. ábrán látható hasonló jelenségek észlelhetők 15 napon keresztül kezelt patkánytumorból.

a tumor, annál hosszabb életű az állat. Abból, hogy a fenti kezelés alatt minden egér elpusztult itt és azt követőztette, hogy a 0.02 ccm. acetone ezen adagja túl nagy.

Ezért a következő vizsgálatokban az adagot felére csökkentette, mely már lényegesen jobb eredményeket adott, mint azt alább látni fogjuk. Egyet azonban már itt is megállapíthatunk, hogy a tumor rohamosan fejlődött vissza.

Egér (drb)	Hány állapot hány napos tumorral		Tumor nagysága	Aceton adagja ccm	Hány nap alatt tűnt el a tumor és hány nap alatt pusztult el az állat		Életben maradt (drb)
	drb	napos			elpuszt.	élt	
28	10	7	szilva	0'01	22-25	21	—
	10	5	szilvmag	0'01	30-32	18	—
	7	4	mogyoró	0'01	35-40	15	—

Kétségtelen, hogy ezek az állatok sokkal jobban tűrték az acetont, tekintettel az adag kisebb voltára, mégis ezek is mély comába estek, majd átlagban 22—40 nap alatt mind elpusztultak. Mind a két csoportba tartozó egereken észlelt mortalitás *Ittést* arra készítette, hogy egy olyan fajta állaton végezze vizsgálatait, amelyen ezen kis dosis adagolásával feltételezhető, hogy az acetontoxikus hatása nem pusztítja el az állatot, azért fehér patkányokon végezte további kísérleteit.

Patkány (drb)	Hány állapot hány napos tumorral		Tumor nagysága	Aceton adagja ccm	Hány nap alatt tűnt el a tumor	Hányadik napon pusztult el az állat		Életben maradt (drb)
	drb	napos				nap	drb	
66	20	12	zöld dió	0'05	15-21	13	21	4
	20	9	szilva	0'05	15-20	7	28	
	10	8	mandula	0'02	10-15	6	28	
	16	7	mogyoró	0'02	10-12	4	42	

Az egereken észlelt tumoroknak visszafejlődése itt is nagyon szembetűnő, azzal a különbséggel, hogy a patkányok sokkal jobban tűrték a kezelést.

Ha elgondoljuk, hogy az egereknek kezelés alá vett daganatai rendszerint 3—4 gr-ot nyomnak s hogy az ember legalább 3—4 ezerszer nagyobb az egernél, akkor az említett nagyságú tumorok az emberek 15—20 kg-os daganatainak felelnek meg. Ezeknek a kezelése, — de lehetséges hogy ezeknél jóval kisebb tumorok acetonnal gyors szétrombolása is — és annak következtében beállott szétesési termékek nagy mennyiségben gyors felszívódása okvetlenül halálhoz vezetne. Ezért szükséges volna egy bizonyos nagyságot meghaladó daganatnak az acetontoxikus kezelés előtt operatio útján megkisebbitése, ill. eltávolítása, mely eljárással még az óriási daganatok acetontoxikus kezelése is veszélytelennek remélhető.

Összefoglalás:

A fenti kísérletekből következtethető, hogy a rák a Haberlandt-féle hormont termelő szervecskék fegyvermeztelen hyperfunctiója, ez pedig következménye a sejtek „mitophrenin”-t kiválasztó szervecskének teljes működés-képtelensége. Ezen szervecske elvesztésével ugyanis a többsejtű lények sejtjei átváltoznak egysejtű lényekké, melyek főjellemvonása a Haberlandt-féle osztódási hormon egyedüli kiválasztása, minek következtében az egysejtű lények végnélkül szaporodhatnak.

Ugyancsak a fentiekből látható az is, hogy az acetont képes elpusztítani nemcsak a rák, hanem a szervezet ép sejtjeit is azzal a különbséggel, hogy a ráksejtek hamarabb esnek áldozatul az acetontoxikus sejtpusztító hatásának. Így tehát a ráksejtek erős virulentiája csak látszólagos és ennek köszönhető, hogy a rák sikeres chemoterapiája a fenti kísérletek után remélhető.

A Pázmány Péter Tudományegyetem III. sz. belklinikájának közleménye. (Igazgató: báró Korányi Sándor ny. r. tanár.)

Az intrapericardialis nyomás-fokozódás hatása a coronaria-keringésre.

Irták: Egedy Elemér dr. és Kelemen László dr.

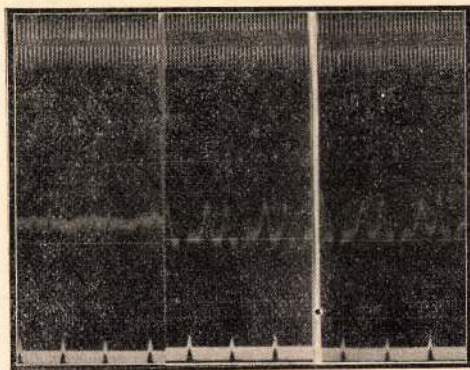
Az aorta kezdeti szakaszának compressiója az aortában uralkodó nyomás, valamint az intraventricularis nyomás fokozását eredményezte, mint azt előbbi kísérlet-sorozatunkban kimutattuk. Az intraventricularis nyomás fokozódás következménye a kamrafalban futó arteria coronariák összenyomatása és ennek következménye viszont a coronaria keringés akadályozása lett. Az elektrokardiogrammon ezen elváltozásra jellemző eltérés, nevezetesen az ST szakaszban a nyomásfokozódással párhuzamos süllyedése ismerhető fel ép úgy, mint coronaria sclerosisban, amikor szervi folyamat szűkíti a coronariákat, ép úgy mint angina pectorisban, amikor görcs szűkíti a coronariákat, valamint egyszerű u. n. essentialis hypertoniában, amikor a hypertonia következtében megnövekedett intraventricularis nyomás szűkíti a kamrafalbeli arteria coronariákat. Tudjuk, hogy ezen ST szakasz depressio coronaria sclerosis kapcsán állandó, hiszen az ok is állandó, angina pectorisban a roham megszűntével a depressio is megszűnik. Míg a mi előbbi kísérleteinkből az derült ki, hogy essentialis hypertonia esetén a vérnyomás hirtelen történő jelentős leszállítására (vérvétel) az ST szakasz depressio szintén megszűnik jelölül annak, hogy az intraventricularis nyomás csökkent és így a kamrafalban futó arteriák is felszabadultak a nyomás alól és az u. n. „Durchblutung” kielégítőbb lett. E kísérleti eredményeink után az alábbi elgondolás alapján fogtunk jelen kísérleteinkhez: *Feltevésünk az volt, hogy akkor is létre kell jönnie coronaria keringés zavarára utaló ST szakasz depressiónak, ha nem belülről, az intraventricularis nyomás fokozása útján, hanem kívülről, az intrapericardialis nyomás fokozásával nyomjuk össze a kamrafalbeli arteria coronariákat.* Feltevésünket az alábbi leírt módon végzett kísérletsorozattal igyekeztünk igazolni.

15—20 kg-os egészséges kutyákon morphin bódulatban tracheotomiát végeztünk, majd a tracheába tulnyomásos készülék (Mayer-pumpa) canuljét kötöttük be, amin keresztül egyikünk (Egedy) által szerkesztett narkotizáló készülék közbeiktatásával aether-levegő keveréket juttattunk a légzés rythmusának megfelelő szabályossággal a tüdőbe. Majd aether narkosisban megnyitottuk a mellkast, a szívet ellátó idegeket épen hagyva, hogy a kísérletet lehetőleg physiologiás körülmények között végezhessük el. A szív működéséről a kísérlet előtt elektrokardiographiai felvételt készítettünk. Most a pericardialis ürbe tét hőmérsékü physiologiás konyhasó oldatot fecskendeztünk be, tehát a pericarditis exsudatívát utánoztuk, de annál tovább is mentünk, mivel az intrapericardialis ürbe 100—200—300 ccm. folyadékot fecskendeztünk lassan, szakaszosan addig amíg a nagy nyomás következtében a szív működés lényeges zavara nem következett be. A nyomás fokozódás hatását minden 100 ccm. folyadék befecsk.

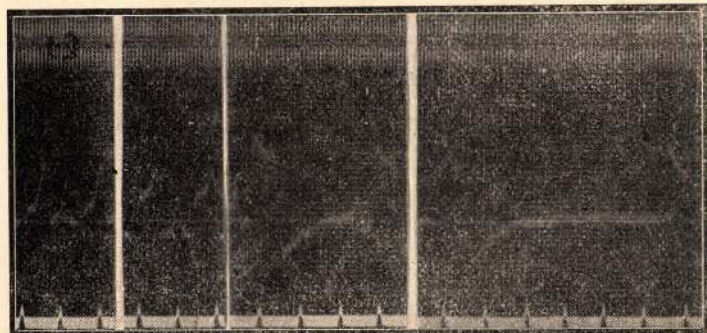
kendezése után elektrokardiographiával registráltuk. A perikarditis exsudativa elektrokardiogramma ismeretes. Jellemző rá, hogy az egyes hullámok igen alacsonnyak válnak, sokszor a P és T hullám nem is ismerhető fel. Emlekeztet ez az ekg. az intrauterin magzat ekg-jára, továbbá a myxoedemás elektrokardiogramra. Magyarozatára mindhárom esetben az a fizikai tény szolgál, hogy az elektromos potentialis különbség mielőtt a periférián elhelyezett elektrodokig eljutna, már előbb kiegyenlítődik, u. n. rövidzárlat következik be a szívét körülvevő, vagy magzat és myxoedema esetén a testet körülvevő folyadékgyülembe. Mi nem erre a jelenségre irányítottuk figyelmünket. Mi az intrapericardiális nyomást addig fokoztuk, amíg az elektrokardiogrammon lényeges eltérést nem észleltünk. Ez többnyire 200, de mindenesetben 300 ccm. folyadék befecskendezése után be is következett. Hogy a nagy nyomás kétségtelenül gátolta a szív működését, azt egy esetünk világosan igazolta, ahol a szív megállása is bekövetkezett. Az elváltozások jelentkezése után a pericardiumot ollócsapással megnyitottuk, mire a nyomás fokozatos csökkenése következett be.

Az elektrokardiogrammon minden esetben a legnagyobb meglepetésünkre elgondolásunkkal ellentétben nem ST szakasz depressio, hanem ST szakasz elevatio jött létre. Ezen ST szakasz elevatio az intrapericardiális nyomás fokozásával párhuzamosan fokozódott, viszont annak megszüntetésével párhuzamosan megszűnt és az ST szakasz visszatért az isoelektromos vonalba ugyanúgy, mint az aorta leszorítás kiváltotta ST szakasz depressio is megszűnt a leszorítás (nyomásfokozás) megszüntetésére.

Ebben a kísérletsorozatban 10 kísérletet végeztünk egybehagyó eredménnyel. Kísérjünk végig egy kísérlet lefolyását és elemezzük az elektrokardiographiai felvételeket:



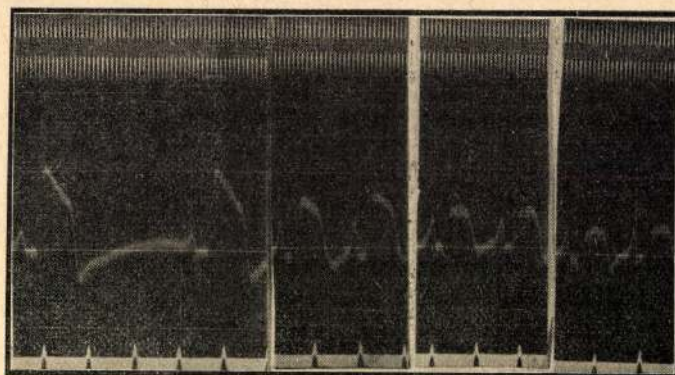
1. ábra. E. I. II. III. elvezetés.
Felvétel a kísérlet előtt.



2. ábra. E. II. elvezetés.

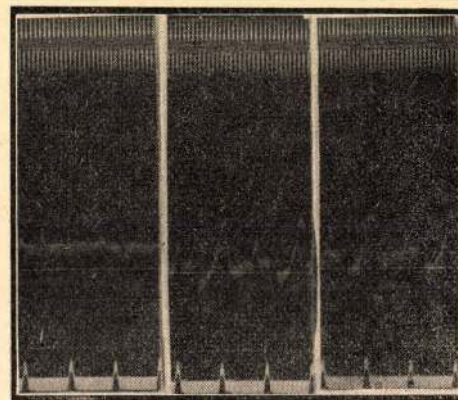
a) 100 ccm., b) 200 ccm., c) 300 ccm. folyadék befecskendezése után, d) 300 ccm. folyadék befecskendezése után 3 perc múlva készült felvétel. A felvételeken az ST szakasz fokozatos emelkedése, a frequentia csökkenése, majd a QRS csoport alapjának kiszélesedése és a P hullám eltűnése figyelhető meg.

E meglepő elektrokardiographiai kép magyarázata eleinte nehéznek látszott. Azonban megkönnyítette a helyzetet az a körülmény, hogy a kapott görbéket összehason-



3. ábra. E. II. elvezetés.

a) pericardium nyitása után 3 perc, b) 10 perc, c) 20 perc, d) 30 perc múlva készült felvétel. A felvételeken az ST szakasz fokozatos visszatérése az isoelektromos vonalba, a frequentia növekedése, P hullám megjelenése tapasztalható.



4. ábra. E. I. II. III. elvezetés.

A pericardium megnyitása után egy óra múlva készült felvétel.

lítva az emberi pathológiából már jól ismert coronaria elzáródás görbéivel, az derül ki, hogy az ST szakasz depressiója a bal arteria coronaria elzáródására, míg az ST szakasz elevatioja a jobb arteria coronaria elzáródására jellemző. Ha felidézünk Pardee ismert, már 1926-ban közölt sematikus elektrokardiogramjait, akkor a magyarázat világos. Ha tekintetbe vesszük a bal és jobb kamra anatómiai viszonyait is, akkor nem nehéz e görbéket helyesen értelmezni. A bal kamra izomzata ép viszonyok között emberben kb. 10 mm. vastagságú, ellenben a jobb kamráé csak 3 mm. Ez az arány fennáll a kutya szívében is. A pericardialis ürbe fecskendezett 100—200, majd 300 ccm. folyadék nyomása egyformán hat ugyan mindkét kamrafélre, de nem egyformán érvényesül, mivel a 10 mm. vastagságú bal kamrafal sokkal inkább ellentáll a rá háruló nyomásnak, mint a 3 mm. vastagságú jobb kamrafal. Ebből az következik tehát, hogy ugyanolyan erejű nyomás többszörös hatást tud kifejteni 3 mm-es vastagságú falra, mint a 10 mm-esre. Előbb nyomatnak össze tehát a jobb kamra falában haladó coronariák és csak azután esetleg a bal kamra falaiban futó erek. Így érthető, hogy a pericardialis ürben keletkező nyomásfokozódás minden kísérletünkben a jobb kamrafalbeli coronariák compressiójára (elzáródására) jellemző ST szakasz elevatiót hozta létre.

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. női klinikájának közleménye. (Igazgató: Burger Károly ny. r. tanár.)

Criminalis abortus érdekes esete.

Irta: Pallos Károly dr. tanársegéd.

Az irodalomban közölt criminalis abortusok száma igen nagy és a közlemények főleg klinikai szempontból foglalkoznak az esetekkel. Alábbiakban ismertetett esetünk klinikai vonatkozásai mellett szövettanilag is érdekes: az eltávolított uterus vizsgálata beigazolta radicalis eljárásunk szükségességét és emellett még egy ritka, igen érdekes szövettani lelettel is járt.

33 é. vidéki asszony kórelőzményében 3 rendes szülés, 2 láztalan, önként befejeződött vetélés szerepel. Utolsó szülése 5, utolsó abortusa 2 évvel ezelőtt volt. 13 éves kora óta menstruál, mindig 28 naponként, 3—4 napig, görcsök nélkül. Utolsó vérzése 1936 novemberében volt. A következő hónapban esedékes menstruációja egy napot késett. E késés miatt, vélt terhességének megszakítására egy „smirglizett”, előzetesen kampósan, horogszerűen meggörbített vasdrótot szúrt fel méhébe a felvétel napján d. e. 10 órakor. A drót állítólag könnyen felment, kihúzása, miközben kevés, csepögő vérzés indult meg, sem neki, sem időközben segítségére hívott férjének nem sikerült. Ezért saját lábán orvoshoz ment, aki klinikánkra küldte, hová d. u. 6 órakor érkezett meg. Utazása közben hidegrázása volt.

Jelen állapot: Közepesen fejlett és táplált nő. Szive tüdeje ép. Hőmérséklet 37,8 C°, pulzusa 88, fehérvérsejtjeinek száma 14.000. Hasfala laza. Hasa szabad, fájdalmat és nyomásérzékenységet nem jelez.

A középtág hüvelyből 6 cm hosszan 2 mm vastag, többszörösen görbült rozsdás és véres vasdrót lóg ki, melyet vaginalisan az ujjnak átjárható külső méhszájig lehet követni. A portio rendes, a belső méhszáj zárt, az uterus középnagy, kiegyenesedett. A hüvelyt feltárva, a méhet megsondáztuk és a drótot 3 cm-re a belső méhszáj felett, a hátsó izomfalba beleakadva érezzük. Sérülés a feltárt területen nem látszik. Óvatos mozgással megkíséreltük a drótot eltávolítani, de eredménytelenül. A méhszájból kevés, élénkpiros vér ürül.

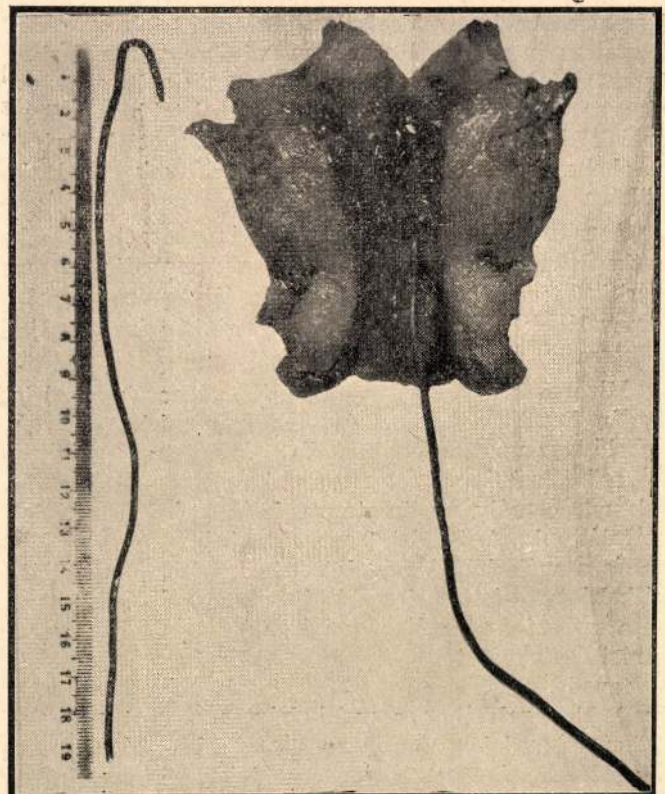
A közölt méhsérülések és perforációk klinikai megítélése igen változó. Ez azonban könnyen érthető, ha az egyes esetek rendkívül változatos körülményeit tekintjük. A sérülést előidéző műszerek és eszközök sokfélesége, a sérülés óta eltelt idő és ezzel az esetleges fertőzés súlyosságának különböző foka, a sérülések minemősége minden egyes esetben oly változó feladatot állítanak a mütő elé, hogy általános sémát nem is lehet felállítani. Minden egyes esetet önmagában kell elbírálni s mivel a megítélés nehéz, sőt lehetetlen megmondani azt, hogy a fertőzés milyen fokú, sérült-e a méhen kívül egyéb szerv is, legtöbb szerző a mütétes megoldások közül is a gyökeresebb eljárás híve.

Igy esetünkben is attól, hogy a drótot kézzel kihúzzuk, már eleve el kellett állnunk egyrészt azért, mert alakját, helyzetét nem ismerve erőltetett kihúzása mellék-sérüléssel járhatott volna, másrészt, sikeres eltávolítása esetén is, a beteg sorsa továbbra is kérdéses maradt. Conservativ eljárás, — a drót hysterotomia anterior útján történő eltávolítása — nem látszott célszerűnek az előző hidegrázás miatt. Így csak laparotomia és supravaginalis csonkolás, illetve hüvelyi teljes kiirtás kerülhetett szóba, melyek közül az utóbbit választottuk azért, mert a portio és a méhszáj területében sérülést nem találtunk. Feltehető volt tehát, hogy a beteg a drótot erősen hegyes-szögben behajlítva csúsztatta fel és szabad vége a méh izomzatában akadt meg. A behajlítás szöge pedig hegyes-

szög lévén, nem látszott valószínűnek, hogy a drót kisebb, kampós része a méh izomzatát átszurta. Feltevésünket a peritonealis tünetek teljes hiánya is támogatta és ezért a hüvelyi mütétbe azon feltevéssel mentünk bele, hogy a méh esetleges áthatoló sérülése esetén a mütéti területet alaposan átvizsgáljuk és ha szükséges laparotomia útján is revisió alá vetjük. A drótot végig bejództuk, majd steril cérnakesztyűt húztunk rá és szabályos hüvelyi teljes kiirtást végeztünk a hasüreg lefelé szádlásával. A mütét után a betegnek három napon át 38,9 C°-ig terjedő láza volt, ezután láztalanná vált és a 13. napon gyógyultan távozott.

A kiirtott méh 3x6x4 cm. nagy, falvastagsága a méhfenéken 2 cm, a méhnyakon 1,5 cm, hátsó fala az átszakított szalagos összenövésektől egyenetlen, áthatoló sérülést nem láttunk. Az izomzat a megszokottnál valamivel puhább, nedvben dúsabb, ürege kissé tágult. A nyálkahártya csak egyes kisebb szigetekben, főleg a méhfenéken és a hátsó falon ép és itt halványvörös, nedvdús, fénylő és a rendesnél duzzadtabb, helyenként 5—6 mm. vastag. A méh többi részén a nyálkahártya igen roncsolt, vérbő és vérzékeny, rajta a felszínesebb, rendszertelen sérüléseken kívül 4 nagyobb, mély, helyenként az izomzatba is betérjedő barázda ismerhető fel: 1. A belső méhszáj táján kezdődő és a jobb tubasarok felé húzódó barázda, mely a tubasaroknál az izomzatba is betérjed; 2. A belső méhszáj táján lefelé mélyülő seb; 3. A fundustól lefelé húzódó, mély, vályúszerű seb, melynek folytatásában van az uterus hátsó falában tárt 7 mm. hosszú, ferdén le- és hátrafelé irányuló szűrési csatorna. Ebben van rögzítve a 19 cm hosszú, 2 mm. vastag többszörösen görbült vasdrót kampósan meggörbített vége. (1. ábra.); 4. A cervicalis csatorna balfelében végighúzó mély seb, mely a portio izomzatába is beleterjed.

A méhet mellső falán vágtuk fel, formalinban rögzítettük. A metszetek haematoxylin-eosin, v. Gieson, Weigert-fibrin, Gram és Unna-Pappenheim festéssel készültek.



1. ábra. A vaginalisan eltávolított méh. A drót kampós vége a hátsó izomfalban akadt meg.

A metszetekben a még felismerhető, nem roncsolt nyálkahártya felület $\frac{1}{3}$ -át a tömött réteg képezi. A szivacsos réteg is vastagabb, kanyargós lefutású, megnyult mirigyei között az interstitium oly kevés, hogy a kerek, illetve ovális ürterű mirigycsövek szinte érintkeznek egymással. A mirigyhám köbös, vagy magas hengeres, az egyes sejtek annyira duzzadtak, hogy oldalról nyomva a lumenbe domborodnak be. Minden sejt teljes működésben van és a secretio különféle szakát mutatja. A secretum jól festődik eosinnal. A tömör réteg sejtjei nagyrészt finom orsóalakúak, a felület felé azonban a kötőszöveti sejtek nagyobbak, duzzadtabbak, a kezdődő decidualis átalakulás jelei mutatkoznak rajtuk.

A nyálkahártya és a méh izomzata a roncsolt részen gyulladás, illetve elhalás jeleit mutatja és ez a két folyamat egymástól meglehetősen élesen elkülönített területeken van. (2. ábra). A lobos elváltozások leghatározottabbak a jobb petevezetősarok felé húzó és a nyakcsatornában talált sebzés területében. Itt a nyálkahártya felszínes és mélyebb rétegeiben a capillarissok rendkívül tágultak és vérteltek és a nyálkahártyát lebenyes magvú leukocyták, lymphocyták jellegű kereksejtek járják át. Az izomzat felszínes rétegében a szerkezet teljesen felazult. Az izomnyalábokat gyulladáson beszűrődés tolja szét, melyet ugyancsak leukocyták, lymphocyták és eosinophil sejtek alkotnak. A beolvadás helyenként már olyan nagyfokú, hogy a felszínes izomrétegben itt-ott miliaris tályogok ismerhetők fel. A lobosan beolvadt területekben sok, finom hálózatot képező fibrinszál mutatható ki. Az izomzat mélyebb rétegeibe a folyamat nem terjed bele. A Gram-szerint festett metszetekben bakteriumokat nem találtunk. Bakteriumtenyésztés nem történt.

Míg a fent leírt nyálkahártya-részletek és az alattuk lévő izomzat a heveny gyulladás szöveti képét mutatják, addig a hosszú barázdában és az ennek folytatását tévő szűrési csatornában, melyben a drót vége megakadt, a lobos folyamat csekély fokú. A felső részen a nyálkahártya teljesen hiányzik és ezen, a nyálkahártyától megmégosztott területeken inkább az elhalás, mint a lob jel-látszanak. Az izomzat felszínes rétegei felrostozódtak, haematoxylin-eosinnal szennyes vöröstre színeződtek. — Egyes rostok feketék, teljesen egyneműek, itt magfestés már nem ismerhető fel. Az elhalt területekben a fibrin-fonalak kiválása csekély fokú, illetve csak ott ismerhető fel, ahol még kisebb nyálkahártya-foszlányok tapadnak a felületen.

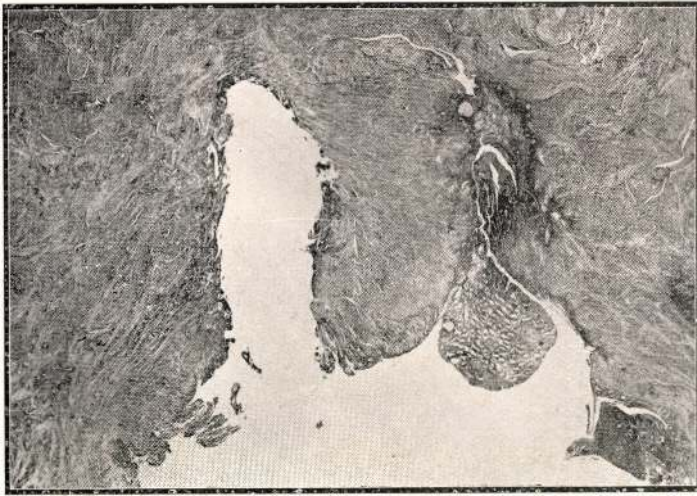
A méh nyálkahártyája és főleg izomzata tehát a beavatkozás után 9 órával heveny endometritis és myometritis szöveti képét mutatja már tályogképződéssel az izomnyalábok között. Tehát a szöveti kép is igazolja a gyökeres beavatkozást.

Mivel a kórlelmény és a méh makroszkopos lelete alapján fiatal terhességet tételezhettünk fel, a méhet 9 egyenlő korongra szeleteltük. A 3. és 4. körszelet egymás felé eső felszínén, a nagy szűrési csatorna mellett futó keskeny, de mély szurtcsatorna falában érdekes képleteket találtunk. A terület 3 cm-el a belső méhszáj felett van és a méh hátsó fala közepének felel meg. Itt a nyálkahártya részben leszakított, részben átvérzett, részben a szűrési csatornába, az izomzat mélyébe nyomott. A szűrési csatorna nyílását egy leszakított, csak kis darabon tapadó, polypszerű nyálkahártyadarabka zárja el. (3. ábra.) E darabkában a nyálkahártya tömött rétegének kötőszöveti sejtjein decidualis reactio jelei láthatók. Az erek fölöttébb tágultak, a stromasejteket bő leukocytás és kereksejtes beszűrődés járja át, mely a méh ürege felé mind kifejezettebb. A darabka legmélyebb részén, közel a

szűrési csatornához a hámfosztott nyálkahártya folytonossága egy helyen megszakad és a folytonosság megszakítást az izomzatig terjedő, 0.3 mm széles fibrinhálózat tölti ki, melynek határán a szomszédos mirigycsövek nem mutatnak kóros elváltozást. A fibrinhálózat méh ürege felé eső részének közpén szabálytalan, nagymagvú, sötétplasmájú sejtek csoportja látszik, melyek a szűrési csatornában és a leszakított, bevérzett nyálkahártya darabkában is megtalálhatók. A fibrinhálózat üregeit vörösvérsejtek töltik ki. A terület mélyén, de még a mirigycsövek között, tehát a nyálkahártyában, ferdén beékelt ovális képletet látni, melyet egy-két sorba rendeződő, 20—30 mikron átmérőjű sejtek bélelnek ki. (4. ábra.) A sejtek hosszúak, sokszögűek, lazán fekszenek egymással, finom protoplasma-nyulványokkal összekötve. A kerek, tojásdad, másutt szabálytalan mag éles határu, a chromatin durva rögökben helyezkedik el a cystoplasma finom, laza hálózatán. Egy-két nucleolus is felismerhető, néhány megnyult, súlyzóalakú magban közvetett magoszlási alakot vélünk felismerni. Az ovális üreget bélelő sejtek széles, 8—10 soros sejtoszlopok, nyalábok alakjában nyomulnak a környező fibrinhálózatba, ott fokozatosan elvékonyodva mind keskenyebbé lesznek. Néhány sejt kisebb üreget vesz körül, ezek száma egy metszetben 2—3. (5. ábra.) Ahol a sejtek az anyai vérrel érintkeznek, ott fokozatosan megváltozik a jellegük. Az éles határu, világos sejtek mellett egymásba nyúló, sötét, finoman szemcsés protoplasmanyalábok látszanak. Ezekben a mag szerkezet még nem ismerhető fel, a sejthatárok nem vehetők ki, az egyes sejtek nem különíthetők el egymástól. Ezen protoplasmanyalábok egymással egybefonódva girlandszerűen helyezkednek el a leírt sejtoszlopok határán s mintegy köpenyszerűen burkolják be azokat. Ezáltal a nagysejtű réteg élesen elkülönül a fibrinhálózattól. (6. ábra.) A sejtek körülvette üregben vörösvérsejtek, lebenyes magvú fehérvérsejtek és kis kereksejtek látszanak. Vörösvérsejtek töltik ki a kisebb üregeket is. A képlet alatt tág ér látszik, melynek fala decidualis, felrostozott és lemezei között kivándorolt vörösvérsejtek vannak. Az egyik metszetben a képlet felső részéről keskeny protoplasma nyaláb vonul a közép felé, melynek végén éles határu sejtek rendeződnek szederalakban. A sejtek nagyok, kerek, oválisak, a mag kicsiny és sötétben festődik. A sejtglomerátum alatt néhány kisebb, sötét plasmájú sejt féloldalokban rendeződik el. (7. ábra.)

Mint említettük a képletet a 3. és 4. szelet egymás felé néző felszínén találtuk, tehát feleztük az uterus korongolása közben. Emiatt középső részei a szöveti technikának estek áldozatul. Az újabb metszetek beállításakor el nem kerülhető anyagvesztés miatt a sorozatos metszetekben a képlet erősen sérült végi részei látszanak. A négy, aránylag ép, metszeten mérve a képlet nagysága 0.48x0.26 mm., hossza hozzávételleges becslés szerint 1.4 mm.-re tehető. — A sejtek által közrefogott üreg 0.26x0.18 mm.

A szöveti kép alapján a képletet egy igen fiatal pete chorialis ürének és az ezt körülvevő trophoblast köpenynek tartottuk és e véleményünket több kiváló pathologus és anatomus részben megerősítette, részben nem tudta megcáfolni. A többszörös, durva traumáknak áldozatul estek a fiatal pete egész részei: mesodermája, a két csirahólyag, melyeket a fejlődés ezen korai szakában várni lehetne. Emiatt nehéz az összehasonlítás normalis petékkel. Aránylag jó állapotban van azonban a trophoblast réteg, melyből egészen korai terhességre következtethetünk. A szöveti kép szerint a trophoblast réteg oly korai fejlődési állapotban van, melyben még elsöleges bolhok-



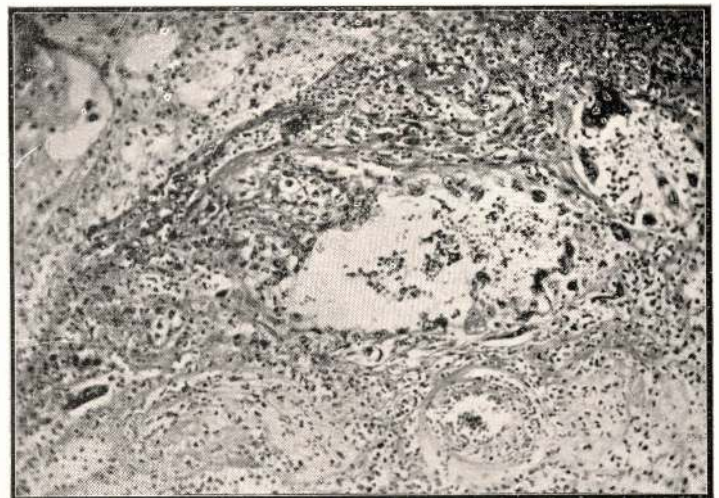
2. ábra. Két szűrési csatorna a méh hátsó falában: a baloldali gyulladással besűrűsödés, a jobboldaliban elhalásos folyamat.



5. ábra. A laza fibrinhálózattól syncytialis sejtek által elválasztott képlet.



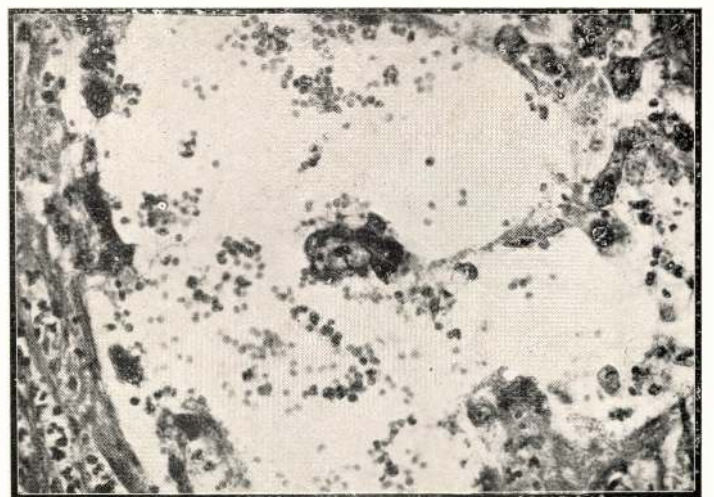
3. ábra. Az előbbi kép baloldali szűrőcsatornáját elzáró roncolt nyálkahártya. — A fibrinhálózat mélyén a kérdéses képlet.



6. ábra. Az előbbi kép nagyobb nagyítással: besűrűsödve burjánzó trophoblast-sejtek, syncytialis sejtek. Hyalinos falú, tág ér a képlet alatt.



4. ábra. A fibrinhálózat felszínén foetalis sejtek, mélyén az ovoid képlet.



7. ábra. Foetalis sejtesomó a képlet közepén.

ról sem beszélhetünk. Csak oszlopok és nyalábok ismerhetők fel a syncytium kezdeti kialakulásával. Ilyen korai trophoblast-stadium még ismeretlen s ha a sérült esetből következtetni szabad, valószínű, hogy a hozzátartozó p. te is a legfiatalabb lehetett. Kár, hogy a sérülés éppen itt történt, ami lehetetlenné teszi egyrészt a pete korának pontos meghatározását, másrészt azt, hogy a rendkívül ritka leletből esetleg új ismereteket szerezhessünk.

A húgysavas diathesis megállapítása a nyálból.

Irta: Kallós József biochemikus, Arad.

A húgysavas sók képződése kétféleképpen történik. Egyrészt a tápszereinkkel bevitt purintartalmu anyagokból, másrészt a szervezet saját nucleintartalmú alkotrészeiből. Ennek megfelelően az előbbi exogen, — az utóbbit pedig endogen húgysavnak nevezzük. A húgysav a mirigyekben képződik még pedig *Abderhalden* szerint olyképen, hogy a mirigyekben levő fermentumok u. m. a guanase adenase stb. a purin anyagokat aminopurinokká az u. n. guanin és adeninné bontják szét, mely oxypuriná, azaz húgysavvá alakul át.

Egyes szervezetek állandóan fokozott mértékben termelik a húgysavat, ily esetekben húgysavas diathezisről beszélhetünk. Az ilyen hyperuraturias egyének még nem tekinthetők betegnek, csupán húgysav anyagcseréjüknek bizonyos anomáliája van jelen. Mivel a szervezetnek bármely rendellenessége egyszer megbetegedésre vezet, teljes bizonyossággal a húgysavas sók anomáliája is egyszer csak éreztetni fogja ártalmas hatását.

A húgysav-anyagcsere megállapításának laboratoriumi anyaga ez idő szerint a vizelet és a vér. A 24 órás vizeletben végzett húgysav meghatározással csak annyit tudunk meg, hogy a purin-bő táplálék után több húgysavat találunk, mint purin-szegény étrenden. Ebből még nem derült ki, hogy a szervezet a rendesnél több húgysavat termel-e. A vér húgysav tartalmának meghatározása meg éppenséggel nem adott kellő alapot ennek tisztázására. Tény, hogy eddig nem rendelkezünk olyan laboratoriumi vizsgáló módszerrel, mely bizonyítani tudná, hogy a szervezetben húgysav diathezisre jellemzően fokozott húgysav termelés van.

Dolgozatom kiinduló pontja saját, gyors és igen érzékeny húgysavmeghatározó módszerem volt. Módszeremmel a szervezet összes secretumait megvizsgáltam húgysavra. Több száz esetemből azt a következtetést vonhatam le, hogy csupán a nyálhúgysav tükrözi vissza a szervezet húgysavképzésének mikéntjét.

100 egyén nyálának húgysavát a következő táblázat tünteti fel:

Eset	Nyálhúgysav mg %
12	0,9—2,4
61	2,5—4,0
27	4,1—20,6

A vizsgált egyének legnagyobb része 2,5—4,0 mgr %-kal szerepel, ezt vehetjük rendesnek.

A nyálhúgysav élenken vissza tükrözi a táplálék purintartalmát, így fontos az egyes meghatározások alkalmával az elfogyasztott tápanyagokat ismerni. Így a legcélszerűbb elsősorban éhgyomorral összegyűjtött nyálát vizsgálni. Ha ilyenkor 4 mgr %-on felüli mennyiséget kapunk, akkor ez a szervezet fokozott húgysavtermelésének a jele. Éhomra kapott legnagyobb mennyiség 14 mgr % volt.

Az egyes meghatározásokat ugyanazon egyéneken sokszor ismételttem és a reggeli, valamint ebédutáni adatokat

gyűjtöttem össze. Purintartalmu ételek után 1—8 mgr %-nyi az emelkedés, a szerint, hogy a szervezet rendes vagy fokozott húgysavtermelésű.

A húgysav diathesis anyagcsere betegség, mindenkor sok húgysav termeléssel. A húgysav diathesisben szenvedők éhgyomorral is, purintartalmu ételekre is feltűnően nagy mennyiségeket mutattak.

Figyelemreméltó az is, hogy vannak, kik állandóan igen kis, a rendes 2,5—4,0 mgr % helyett 0,9—2,4 mgr % nyálhúgysavat termelnek. Ezek még bő purintartalmu étrendre is csak kevéssé reagálnak. Hogy ennek mi az oka és hogy az ilyen egyének rendkívül gyakori reumatikus panaszai összefüggés-e jelenséggel, érdemes volna tanulmányozni.

Mint hogy ugyanazon egyének éhomra állandóan ugyanazon nyálhúgysav értékeket mutatják, mintegy törvényszerűséggel megállapítható, hogy *ugyanazon időben és étrendben a húgysavkiválasztás jellege állandó.*

Annak megállapítására, milyen az összefüggés a nyálhúgysav és a vizelet 24 órás húgysav kiválasztása között, több egyéneken végeztem összehasonlító vizsgálatot. Purinmentes, majd purin-bő étrend előtt 11 órakor és délután 4 órakor vizsgáltam a nyálát, a vizeletet pedig 24 óra múltán összehúgysav tartalomra. Egy jellegzetes húgysavas diathezis egyén és egy a rendesnél állandóan kevesebb nyálhúgysavat adó esetét mutatom be.

K. J. 48 éves, évek óta kéz és térdizületi fájdalmak, melyek húgysavoldó szerrel (piperazin, urodonál) igen jól befolyásolhatók. Nyálhúgysava reggeli után 8—12 mg%, délután 8—20 mg% között változik.

1936 május 2-án bőséges purintartalmú ebédet fogyasztott el. Nyálhúgysav d. e. 11 órakor 8,5 mg%. Ebéd után 4 órakor 20 mg%. A 24 órás vizelet mennyisége 750 ccm., az összes húgysav tartalma 0,78 g.

1936 május 3-án purinmentes ebéd, tejtermékekből áll. Nyálhúgysav d. e. 11 órakor 9,1 mg%. A purinmentes ebéd után 4 órakor nyálhúgysav 8,5 mg%. A 24 órás vizelet mennyisége 1000 ccm. Összhúgysav 0,79 g.

Amint ebből az esetből látjuk, a vizelethúgysav tartalma rendes, úgy hogy belőle éppenséggel nem következtethetnénk szaporodott húgysavtermelésre. Míg a nyálhúgysav azt igen feltűnően mutatja és igen jól egyezik a klinikai tünetekkel is.

D. B. 26 éves, húgysava állandóan igen alacsony: 1,0 és 2,2 mg% között változik lábában gyakran „reumatikus” fájdalom van.

1936 május 6-án délelőtt 11 órakor nyálhúgysav 1,0 mg%. Ebéd: almás-tejes leves, sóska tojással, túros palacsinta. D. u. 4 órakor nyálhúgysav 1,3 mg%; 24 órás vizelet mennyisége 1650 ccm. Összhúgysav 0,53 g.

1936 május 7-én délelőtt 11 ó. nyálhúgysav 1,3 mg%. Ebéd: paprikás máj, saláta. D. u. 4 ó. nyálhúgysav 2,2 mg%. 24 órás vizelet 1650 ccm. Összhúgysav 0,62 g.

Ezekből az esetekből azt látjuk, hogy feltűnően kis nyálhúgysavmennyiségek csekély húgysavtermelés mellett szólnak és a vizelettel kiürített húgysavmennyiség a normalisnál valamivel csekélyebb, de igen csekély különbség van a kétféle étkezés között. Ez a körülmény is amellől szól, hogy nincsen rendben a húgysavképzést szabályozó rendszer. A fenti eset hasonlóan van, hol semmi különbség nincsen a kétféle étkezés húgysavtartalma között. Rendes húgysavanyagcseréjű egyéneken általában a kétféle étkezés húgysavtartalma között 30—40%-os különbségeket találtam.

Megvizsgáltam, van-e összefüggés a nyálhúgysav és a vérhúgysav között.

Megvizsgáltam, vagy 60 esetet, de semminemű összefüggést nem találtam. Bármily sok volt a húgysav, a vérhúgysav nem haladta meg a szabályos határát. Tehát a vérhúgysav mennyiségek egyáltalán nem fejezik ki, hogy a szervezet a normalisnál több húgysavat termel-e. E helyen utalok röviden arra a tapasztalatra, amit a vérhúgysav vizsgálatok közben észleltem, hogy t. i. a normalis

4.5 mg%-nál nagyobb mennyiségek mindenkor a vesék csökkent működését fejezik ki. Igen jól helyettesíthető a maradék-nitrogen meghatározással.

Nyálhúgsav	Vérhúgsav
mg%	mg%
6.0	3.0
3.5	3.4
4.7	4.4
12.7	3.5
9.5	4.1
3.8	4.8
8.3	3.7
3.6	3.9
5.1	4.5

Igen gyorsan tájékozódhatunk valamely tápanyagnak purintartalma felől a nyálhúgsav útján. Elegendő a kérdéses tápanyagnak éhgyomorral elfogyasztása. Ennek előtte éhgyomorral végzünk egy meghatározást és elfogyasztatjuk a kérdéses tápanyagot és 2—3 óra múlva újból végzünk egy nyálmehatározást. Ha 2—4 milligramm szaporodást mutat, akkor purintartalma közepesen nagy lehet.

Említésre méltónak tartom még azt a megfigyelésemet, hogy magas nyálhúgsavértékeket mutató egyének értéksintje jódkészítményekre 2—3 nap után pl. 10 mg%-ról 3.0 mg%-ra esett vissza. A jódszedés felhagyásával ismét eredeti értékükre térnek vissza. 4 esetben többször ismételt volt alkalmam ezt észlelni. Úgy vélem tanulságos volna egyéb gyógyszerek befolyását is a nyálhúgsavra megfigyelni.

A nyálhúgsav tartalmának meghatározása és annak jelentősége nem szerepel a szakirodalomban. Ennek bizonyára csak az lehet az oka, hogy a birtokunkban lévő húgsavmeghatározó módszerünk a nyálhúgsav meghatározására nem alkalmas. Az általam kidolgozott új eljárás kiválóan alkalmasnak bizonyult az összes emberi vialadékok húgsavtartalmának pontos megállapítására, így természetesen a húgsav meghatározására is. *Mitán több száz egyén nyálhúgsavot határozottam meg, kiderült, hogy a szervezet húgsav termelésének legpontosabb kifejezője a nyálhúgsav.* Megállapíthattam, hogy a normalis húgsavtermelő egyénekben 2.5 és 4.0 mg% közötti értékek szerepelnek. Igen érdekes ama megállapításom is, hogy a nyálhúgsav értékek *ugyanazon egyénekben azonos étrend és időben mindig azonosak.* Ugyanis vannak egyének, akikben állandóan a normalisnál lényegesen magasabb az, 20 mg% fölé is emelkedik, míg mások állandóan a normalis értékek alatt csak 0.9 mg%-tól 2.2 mg%-ig emelkedő alacsony értékeket adnak. A továbbiakban most már a klinikai megfigyelések vannak hivatva megállapítani, hogy mi a jelentősége az alacsony értékeknek és mit jelentenek a normalisnál magasabb értéket adó esetek. Mintegy 30 esetben feltűnt, hogy *az állandóan alacsony értéket adó egyéneknek kimondottan reumatikus panaszai vannak.* Kétségkívül érdekes volna annak megállapítása hogy az alacsony értéket adó egyének valóban kevesebb húgsavat termelnek-e, vagy zavarva lévén az anyagcserejük ennek folytán közbűlső termékeket produkálnak, melyek reumatikus fájdalmak kiváltására alkalmasak. Hogy ezen elméleti elgondolásom mennyiben helyes, a további kutatások vannak hivatva eldönteni.

Figyelemreméltó az a tapasztalatom is, hogy magas nyálhúgsavértékeket adó egyének 5 esetben többször megismételt jódkúra alatt normalis értékeket adtak, s a jódkúra elhagyásával az előbbi értékek visszatértek. Vajjon helyes-e ebből arra következtetni, hogy a jódkészítményeknek húgsavoldó szerepük van, vagy hogy a jódkúra mint ca-

talisor élénkíti a fermentumok működését a nyálmirigyekben? A továbbiakban meg kell figyelni, hogy egyéb gyógyszerek vannak-e befolyással a húgsavra?

Nem kevésbé fontos a gyakorló orvos szempontjából annak a megállapítása is, hogy az egyes ételek milyen mértékben húgsavképzők. A nyálhúgsav értékeinek meghatározásával könnyen meggyőződhetünk erről. Sok esetben volt alkalmam megállapítani, hogy a zöld-borsó és száraz paszuly aránytalanul több húgsavat képez, mint pl. azonos mennyiségű húsétel. Ha ismerjük az egyének éhgyomorral adott nyálhúgsav értékét és tudjuk, hogy húsételek után az mennyi, akkor bármely más étel elfogyasztása után 2—3 órára már látható a képződött húgsav. Minden egyénre külön-külön kellene a fontosabb táplálékok húgsavképződését megállapítani.

Fenti megállapításaim indokoltá teszik a nyálhúgsav rendszeres vizsgálatát, miáltal egy új anyag vonul be a laboratoriumi vizsgálatok sorába, a nyál, ami eddig nem szerepelt ama vialadékok között, melyek vegyvizsgálatából diagnosztikai következtetést tudunk levonni.

Úgy vélem gyakorlati szempontból még nagyobb jelentősége van annak, hogy a szervezetben annyira fontos, de épp oly mistikus módon viselkedő húgsav szerepét közelebbről fogjuk felismerni és káros szerepének titkát felfedni. A nyálvizsgálat útján feltárul szemünk előtt egy eddig ismeretlen kutatási tájék, a húgsavképződés vizsgálati területe. A további kutatás most már a klinikusok hatáskörébe tartozik, kiknek módjukban lesz kísérleti eredményeik helyességét ellenőrizni és a kérdésnek klinikai továbbépítését elvégezni. Az alantiekben ismertetem e módszeremet.

Szükséges reagensek: Húgsavas reagens, mely úgy készül, hogy 25 g. natrium wolfrantot feloldunk 100 ccm vízben és hozzá adunk 20 g. 80%-os phosphorsavat és 1—2 óráig főzzük. Ha kissé kékes volna, akkor 3—4 csepp bromvizet adunk hozzá és addig főzzük, míg az elpárolog. Ezen reagens állandó, szobahőmérsékleten évekig eltartható; 2. 20%-os Na. carbonat oldat; 3. 20%-os Na. hydroxid oldat; 4. 1/1000 normal Kalium ferricyanid oldat.

Kivétel: Pohárban összekeverjük a nyálat, ajánlatos hőmérőt, vagy üvegpálcát a szájban tartani, miáltal gyorsabban megindul a nyálképződés, de véres nyálat ne használjunk! 1 ccm. nyálat lemérünk egy kémcsőbe és ehhez adunk 1 ccm telített szóda oldatot, ezt kissé rázogattjuk, majd hozzá adunk 3 cseppet a húgsav-reagensből és 3 cseppet a 20%-os lúgból. Ekkor addig öntünk hozzá az 1/100 ccm-re beosztott bürettából 1/1000 N.-Kaliumferricyanidot, míg az a kék színét elveszti és inkább opálos fehérnek látszik. Ekkor az elhasznált ccm-ek számát megszorozzuk 100-al és osztjuk 11-el, miáltal megkapjuk a mg%-ot.

Pl. elhasználunk 0.45 ccm-t

$$\frac{0.45 \times 100}{11} = 4.0 \text{ mg\% nyálhúgsav.}$$

Normal érték 2.5—4.0 mg%. Egy meghatározást 3—4 perc alatt elvégezhetünk, tehát a rendelőórákban megcsinálhatja az orvos.

Emlékeztető! . .

Felhívjuk az Orvosegyesületek és Szakosztályok titkárainak figyelmét, hogy az ülésjegyzőkönyvek kivonátát az ülést követő héten küldjék meg szerkesztőségünknek. A hónapok multával beküldött jegyzőkönyvek aktualitásukat veszítették s így ezek közlésére nem vállalkozhatunk.

Vámosy prof.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Kísérleti hypophysis-kiesési tünetek kezelése elsőlebens-kivonatokkal. *H. E. Never.* (Klin. Wschr. 1937. 1785.)

Két 6—8 hetes kutyá hypophysisét 1932-ben kiirtották. A műtét után a kutyák 4 hónapig napi 5 tabl. praephysonst kaptak. Ennek elhagyása után a kutyák növekedése azonnal megállt, meghíztak, alapanyagcseréjük lezárt, szőrük borzas és fénytelen lett. További kísérletek céljából végzett után kezdtek el újra a praephysonst adni (napi 1—2 ccm subcutan). A kutyák egy hónap alatt feltűnően megélnékültek, bundájuk kisimult, fényes lett, alapanyagcseréjük megnőtt és felesleges zsírtartalmú. További kísérletek céljából végzett nar-kosis, ill. műtét következtében pusztultak el. Boncoláskor az egyik hypophysis teljesen hiányzott, a másikban gombostű-fejnyi basophyl sejtekből álló maradványt találtak. A belső-secretiós mirigyek szövettani képe normális volt. Noha hosszú ideig kaptak két ízben is hypophysis-hormont antihormon készítésre utaló jel nem volt található.

Petrányi Gyula dr.

A spinalparasympathicus szerepe a zsírszövet trophicus beidegzésében. *K. Kuré prof., T. Oi és Sh. Okinaka.* (Klin. Wschr. 1937. 1789.)

Számos klinikai megfigyelés bizonyítja, hogy a zsírszövet a vegetatív idegrendszer trophicus innervációja alatt áll. Hogy az idegrendszer mely pályái serkentik, ill. gátolják a zsírszövet növekedését, ennek megfigyelésére 55 kutyán a következő kísérleteket végezték: összehasonlítva a két testfél azonos helyeinek bórallati zsírtartalmát, különbség nem volt észlelhető. A motoros első gyökerek izgatására az azonos oldali zsírszövet megfogyott Ugyanezen gyökerek átvágására a zsírszövet az époldalhoz képest megszaporodott, de ezen eredményhez vezetett az azonos oldali sympathicus köteg kiirtása is. A n. ischiadicus átvágásának oldalán a zsírszövet a táplálkozási kilengéseket renyhében követte. A hátsó gerincvelői gyökereket vágva át (parasympathicus) ennek oldalán a zsírszövet megfogyott. A sympathicusnak a zsírszövet innervációjában kísérleteik alapján dissimiláló, a parasympathicusnak assimiláló hatást tulajdonít.

Petrányi Gyula dr.

Sebészet.

Két Kirschner—Wagner szerint operált aplasia vaginae esetről, a műtét javallatai és eredményei. *E. Pelkonen.* (Duo-decim. 1937. XI. sz.)

Szerző részletesen foglalkozik a műtét javallataival és megállapítja, hogy ez a nem túlságosan veszélyes műtét elvégzendő főleg akkor, ha kilitás van arra, hogy a képzett hüvely rövidesen természetes funkcióját végzi is, mert ezáltal gondoskodva van a természetes tágitásról és így nem kell tartani a leggyakoribb complicatiótól, a zsugorodástól. Leírja a műtét különböző módosításait melyekkel az egyes szerzők kielégítő eredményeket értek el. Részletesen tárgyalja a klinika két esetét, mely alkalommal gummiszivacs prothesist használt. Az első esetben *Thirsch* késsel készített nagy és vastag bőrlebenszeket használt a prothesis fedésre. A második esetben azonban *Eymer* készülékével leválasztott vékony lebenszeket használt. Mindkét eset szépen gyógyult. A prothesist az 5., illetve 7. napon távolította el. A lebenszek odatapadása tökéletes volt. A zsugorodást tágitással kerülték el. Mindkét asszonynak a képzett hüvelye 8—9 cm hosszú és két ujjnyi tágasságú. Az egyik már két és fél éves. Fájdalmi soha sem voltak, még coitus alkalmával sem és amint előadják, eléggé rendes az orgasmusuk.

Koralewski Géza dr.

Fiatalkori kyphosis kifejlődése. *Johannes Schilbach.* Leipzig. (Zbl. f. Chir. 1937. 36.)

A juvenilis kyphosis jól körülírt betegség. — Először *Schantz* írt róla közleményt 1911-ben. Szerinte a primaer ok a háztizom insufficienciája (kyphosis muscularis).

Scheurman nevezte el a kyphosist adolescentiumnak, mert fiatal korban fejlődik ki. A betegség okát a csontokban keresi, amit *Schmorl* is támogat, a csontokban elszórt porcszigetek-kék feltevéseivel.

Schäde szerint a fiatalkori kyphosis oka 1. a csontok gyengesége pubertás idején; 2. tartós kyphotikus tartás; 3. a gerincoszlop túlságos igénybevétele.

A juvenilis kyphosis helye szerinte a VI-X. hátságigolya. A szerző 167 esetet ismert, ebből 95 nő, 72 férfibeteg. *Scheurman* 105 esetéből viszont 88%-ban férfi, 12%-ban volt csak

nő. A szerzők általában a kifejlődés kezdetét nőkben 12—14, férfiakban 15—17 évre teszik. Korai diagnostikai jel *Schäde* szerint a koporsófedél-forma thorax-fal, *Scheurmann* szerint a kupola formájú hát.

Korai röntgenlelet: 1. fedőlemez zavar; 2. csigolyaperem-zavar, *Mau* és *Watermann* 4 röntgenképet különböztet meg: 1. ingerstadium; 2. destruatío; 3. javulási; 4. proliferáló (hid) stadium.

Kezelés: 1. ambulans; 2. stationær.

Az ambulans kezelés orthopaed tornából áll, hetenként kétszer. Ezek specifikus gymnastikai gyakorlatok. Ilyenek: a gerincoszlop nyújtási gyakorlat, masszázsi gyakorlatok, lordás falon függés, utoljára: massage.

Az orthopaed torna helyett nyáron inkább úszást végeztetnek. A kezelésnek általában individualisnak kell lennie, mert sokan nem bírják a tornát, 5 perc múlva már fáradtak, mások egyáltalán nem bírják, ilyen esetekben friss levegőn, napon tartózkodás és úszás ajánlatos.

A megfigyelési ellenőrzés negyedévenként történik, még pedig photographia, röntgen és Lange-féle rajzolókészülékkel, az előbbi állapottal összehasonlítva.

Stationær kezelés: 3 hónapos fekvő kúra gyps-ágyban. Két hetes ágynyugalom, antirachitises kúra, majd fokozatosan orthopaed torna és a végén ambulans kezelés. Súlyos esetekben támasztó fűzőt kapnak.

167 esetből 114 ambulans, 53 bennfekvő volt (stationær). A 114 ambuláns kezeléssel 54 esetben láttak javulást, 15 esetben a korai symptomák megmaradtak és 24 esetben továbbfejlődtek. Az 53 bennfekvő közül 25 eset obejctiven, 17 jelentékenyen javult, 11 változatlan.

Pongrácz Ferenc dr.

Szülészet.

Fájdalomcsillapítás barbitursavszármazékokkal s annak vonatkozása a szülés alatti hirtelen halálhoz. *Th. L. Montgomery.* (Amer. Journ. Obst. Gyn. 1937. 33. 2.)

Az Egyesült Államokban utóbbi időben felkapott barbitursavszármazékok — nembutal és amytal — használatát szülés alatti fájdalomcsillapítás céljára túlzottnak tartja. E szerek hátránya, hogy a vajudók nyugtalanok, a szülés ellenőrzése nehéz s a betegek gondos előkészítése szülésre lehetetlen. Nembutal-scopolamin alkalmazása esetén a műtét beavatkozások száma sokkal nagyobb, mint anélkül. Philadelphiában 1931—35. években 11 olyan szülés alatti anyai haláleset következett be, ahol fájdalomcsillapítás céljából nembutalt használtak. Ezek közül két esetben a halál közvetlen oka, négy esetben pedig valószínű oka a nembutal volt; kétszer pedig a szülő nő állapotát tekintve helytelenül választották e szert. Ugyanez idő alatt azok közül a szülő nők közül, akiknek amytal adtak, nyolcan haltak meg. Közülük két esetben a halál valószínű oka az amytal volt, kétszer pedig helytelenül történt az amytal megválasztása. (Az ily módon bódított szülő nők összes számát nem közli. Ref.) Szigorú kritikával élve, a barbitursavszármazékokkal elért mély analgesia nem látszik teljesen biztos és megbízható eljárásnak. Kérdés, vajjon ez eljárások széleskörű alkalmazása haladást jelent-e a szülészeti gyakorlatban?

Kováts Károly dr.

A férfi ivarhormon oestrogen hatása. *B. Kriss.* (Msch. f. Geb. u. Gyn. 1937. 106. 157.)

Kísérleteihez testosant (birkaherből állítják elő, 1 ccm-ben 2 kakastaréjegység hormont tartalmaz) és kristályos adrosteront (vizelethől állítják elő, 1 mg. 5 kakastaréjegységet tartalmaz), fehér nőstény egereknek adagolva igyekezett ezen készítmények oestrogen hatását meghatározni. 1 ccm testosan 1.7 M. E., 1 mg. androsteron 400 M. E.-nek megfelelő oestrogen hatást fejtett ki. Kísérletei tovább folytatva hypohormonalis amenorrhoeában szenvedő asszonyoknak szintén ezeket a készítményeket adagolta. A betegek kora 18 és 46 év között váltakozott és egyeseknek a havibaja már évek óta elmaradt. 27 esetben rendes menstruációs ciklust kapott, 7 esetben 2—3 havibaj után a vérzés ismét elmaradt. A többi esetben, ha vérzést nem is, de általános javulást észlelt. A készítményeknek ártalmas hatását nem észlelte. Az eredmények magyarázatára két lehetőséget tételez fel: a férfi ivarhormon nem fajlagos, hatást gyakorolhat úgy a nő, mint a férfi ivarszervre, — vagy a két hormon chemiailag rokon és így egymásba könnyen átalakulhatnak. A két férfiivarhormon készítmény erősségbeli különbsége valószínűleg abban leli magyarázatát, hogy a testosant heréből, az androsteront pedig vizelethől állítják elő.

Thász Kálmán dr.

Szemészet.

Szemkiüledés és szemizombénulás. *Brain.* (Trans. Ophth. S. Un. Kingd. 1937.)

A syndroma a Basedow-kórral nem azonos. Olykor pajzsmirigykiirtás után keletkezik: thyreotoxikosis jelei teljesen hiányozhatnak. Az esetek túlnyomó részében 40 éven túl, főleg nőknél jelentkezik. Rendesen az egyik szemén észlelhető a két tünet, míg a másikon részben, vagy kis fokban. Leggyakoribb a kétoldali asszimmetrikus exophthalmus. A szem mozgása egy irányban korlátozott (synergisták bénulása). Az egyoldali esetekből az emelés 12, a távolítás 4 ízben volt tökéletlen, míg a kétoldaliakból 23, ill. 31 ízben. A lefelé nézés 18, a közelítés 17 esetben volt gyenge. Összesítve az emelés és távolítás egyenlő mértékben szenvedtek; ezek kétszer oly gyakoriak, mint a süllyesztés és közelítés gyengeségei. Egyéb kisértő tünetek a szemhéjcsüngés, periorbitalis vizenyő, arcbőr barna festenyzettsége; az alapanyagcsere + 20% alatt van; kisértő tremor és tachykardia. A szemizomban szövettanilag vizenyő, gömbsejtes beszűrődés, később fibrosis látható. A bénulások inkább mechanikus eredetűek. A körkép elkülönítendő a myasthenia gravistól, mely szövődhet Basedow-val. Az utóbbiban szokásos gyógyeljárások hatástalanok, sőt a műtét után rosszabbodhat. A transfrontalis szerűregi tehermentesítés (*Naffziger*) igéri a legtöbb eredményt, ha idejében végzik.

Fraser hangsúlyozza a körképnek a myasthenia gravis-hoz hasonlatosságát. Az itt bevált prostigmin terapiát két esete kapcsán ajánlja; ez a neuromuscularis csatlásban lévő cholin-esteraset gátolja. *Stallard* esetében a praehypophysialis thyreotrop hormonjának befecskendezése növelte a szemkiüledést; az exophthalmus keletkezése talán ezen hormonnak tudható be olyankor, ha a pajzsmirigy-hypofunctio van jelen (gátló hatás kiesése?).

Hasonló tárgyú előadás szerepel a francia szemésztársaság 1936. évi nagygyűlésén, melyben a Besançon-féle elméletre támaszkodnak; címe: „Diplopia exophthalmus kapcsán”. Az orbitális decompressiót egyébként már *Dollinger* ajánlotta. (Ref.)

Grósz István dr.

A papilla varicositása. *Aubaret és Farnarier.* (Arch. d'Ophthalmologie 1937. ápr.)

48 éves beteg balszeme erősen rövidlátó, jobbszeme 6 nap előtt 2–3 ízben oly erősen káprázott, hogy dolgozni sem tudott. Másnapra ez teljesen megszűnt. A látásélesség teljes, szemfenék hátsó polusán igen finom homályosság. Két év múlva ismétlődött ez a hirtelen vakulás és akkor: a jobb szemem —1.0 D.-val 10/10 volt a látás, balon —5.0 D.-val 8—9/10. Intermitáló subjectiv scotomák és színes látás, teljes látótérek, ép pupillareactiók. Ellenben a jobb szemfenéken a normalis art. centr.-nak kétszerese a vena centr. törzse, thrombotisáltnak tűnik és lefutása mentén apró vérzések láthatók. A legcsodálatosabb azonban a papillán látható, az opticus rostok közül kiemelkedő, kettős venás gyűrű, mely a papilla közepéből spirálisan emelkedik ki kb. 2.0 D.-nyira az üvegtestbe s a papilla temporalis felének mélyébe tűnik el. Úgy látszott, hogy ezek új vena-ágak, mert semmiféle abnormis anastomosist sem lehetett észlelni. A papilla különben ép volt, exophthalmus sem volt s a circulatio akadályát kutató minden vizsgálat negatív. 0.20 acetylcholin injectio után másnapra minden subjectiv zavar elmúlt s azóta nem ismétlődött meg.

Szerzők felveszik, hogy a papilla mentén venosus elzáródás jött létre azért, hogy finom vérzéssel járó retinalis apoplexia képében jelentkező retinalis vena-thrombosis pangást okozott. Az amblyopiás epizódok mutatták a módosult circulatiót. Másodszor felveszik, hogy a papillán észlelt venosus gyűrűk, vicariáló venák s ezek biztosították a thrombotisált vénák helyett a retinalis keringést, mely változatlanul megmaradt a Baillart-módszerrel előidézett különböző nyomások mellett is.

Lugossy Gyula dr.

A trachomás pannus kifejlődésének első fázisai biomikroskopen és szövettani metszeteken tanulmányozva. *Busacca.* (Arch. d'Ophthalmologie 1937. 4. 308—325.)

A braziliai szerző tanulmánya első részében általánosságban foglalkozik a kérdéssel. A trachomás vírus a kötőhártyával egyidőben localisálódik a szaruban is, bizonyítéka a klinikailag ép szaruhám és felszínes rétegek biomikroskoppal világosan látható laesiója (*Busacca* keratitis avascularis-a). Ez a magyarázata a ködlátásnak (vision brumeuse). Később a limbusban jelentkező finom ereződés is figyelmeztet a szaru-

laesio komolyságára. Megkülönböztet: hevesen megjelenő és kifejlődő pannust, lassan és gyorsan progrediáló pannust.

A tanulmány nagyobb, második része a hevesen megjelenő és kifejlődő pannus biomikroszkopiai és szövettani képével foglalkozik behatóan. Biomikroskopen: a limbusban oedema, hyperaemia, szürkés exsudatum, kis papillaris képződés; a limbus tájékán kezdődő trachomás csomók. Szövettanilag (kb. 100 készítményen): a) bulbaris kötőhártyában diffúz infiltratio, subconjunctivalisan és perivascularisan elhelyezkedő hystiocyták, polyblasták, lymphocyták és ritkán polymorph magvú leukocyták alkotta göcökből; b) limbusban és a pannuson az epithelium hyperplasiája sok magoszlással és polymorph magvú leukocyták, lymphocyták elemek bevándorlásával; c) limbus tájékán különböző stádiumban lévő csomóképződés; d) Bowman-hártya destructioja megelőző infiltratiótól és erektektől; e) néhány felszínes szaruréteg beszűrődése, ereződése és szétroncsolása, ami kis pannusképződéssel rokon. A beszűrődés áll: fiatal fibrocytákból, adventitialis eredetű hystiocytákból, részben részben hystiogen, részben haematogen eredetű lymphocytákból (kis lymphocyták, monocyták), hystogen és haematogen polyblastákból, amelyek a szaru felé vándorolnak és a polymorph magvú leukocytákkal a keratitis avascularis izzadmányának sejtjes elemeit képezik.

Lugossy Gyula dr.

Gyermekgyógyászat.

Hydratio és dehydratio. *Ribadeau—Dumas, Chabrun és Siguiet.* (Nourrisson. 1937. 4—5.)

Szerzők igen szép összefoglaló ismertetést adják a só-és vízháztartás zavarainak. A physiologiai és általános kórtani részben inkább ismeretes adatokat dolgoznak fel. Az exsiccatio kezelésében háromféle oldatot használnak: *Ringer*-oldatot alkalosis eseteiben adják, alkalmazását acidosis eseteiben veszedelmesnek vélik. Acidosis eseteiben csak bicarbonatoldatot alkalmaznak. Az acidosis fennállását *Ambaré* szerint akkor diagnosztizálják, ha a vörös vértetek chlortartalma emelkedett. Magasabb serumchlór eseteiben isotoniás dextrose-oldatot adnak.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

Polyomyelitis vírusának inaktiválása ultraibolya fény hatására. *J. A. Toomey.* (Amer. J. Dis. Childr. (1937. 53.)

Előző közleményében leírta, hogy a macacus rhesus majmot D-vitamin adagolásával meg lehet védeni a táplálécsatorna útján bevitt polyomyelitis vírussal szemben. Jelen munkájában bebizonyítja, hogy a polyomyelitis vírus ultraviolet sugarakkal inaktiválható. 2. Petri-csészébe egyenként 6 ccm 1%-os vírus suspensiót helyezett. Az 1. sz. Petri-csészét nyitva, a 2. sz. Petri-csészét azonban ruhával lefedve 27 percig nyitva. Az 1. sz. Petri-csészé tartalmával intracerebralisan beoltott macacus rhesus majom nem kapott polyomyelitist, míg a 2. sz. készítménnyel beoltott kontrollállat 7 nap alatt megbetegedett.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

A dystrophia musculorum progressiva pathológiája és terapiája. *Gino Meldolesi.* (Dtsch. Med. Wschr. 1937. 44.)

A dystrophia musculorum progressivára a feltartóztatlan progressio, a jellegzetes izombántalmak, az általános és izom-anyagcserezavar, az örökletesység, illetőleg familiaris dispositio s végül a vele járó emésztési zavarok jellemzőek. A betegnek ép izma nincs, a látászólag normalis izmok structurája és összetétele sem rendes. Főként a legtöbbet használt izmok betegek, így balkezeseken a bal testfél, stb. Megváltozik az izom consistentiája, rugalmassága, chronaximetriás vizsgálatkor az ingerlékenysége. Absolut specifikus azonban egyedül a festődés ártalmas volta; a kóros izomrészletek halhúsra emlékeztető halvány színben festődnek a myoglobin hiánya miatt.

Functionalisan: az izom rendkívül hamar kimertül; nemcsak az összehúzódás lassú, de az energia is csekély. Az egyes izomrostok nem rövidülnek meg ad maximum, hanem kisebb-nagyobb összehúzódásban maradnak meg.

Míg az egészséges felnőtt csak kreatinint ürít a vizeletben, de sohasem kreatint, addig a dystrophia progr.-ban szenvedő vizeletében kreatinint csak nyomokban, kreatin azonban mindig megtalálható. Ez a kreatinuria nem absolut specifikus, különböző kórképekben előfordul, a gyermekkorban pedig általános.

Szerző kimutatta, hogy i. v. adagolt nagymennyiségű szőlőcukorra eltűnik a kreatin a vizeletből és megszaporodik a kreatinin, — adrenalin adagolására pedig újból megjelenik a kreatin és ezzel egyidejűleg az izomgyilkogen mobilisálódik.

A dystr. musc. progr.-ban észlelhető szénhidrát anyagcserezavar némileg a diabetesre emlékeztet, bár glykosuriára soha sem kerül. A vércukorgörbe per os adagolt szőlőcukorra hirtelen magasra emelkedik és lassan, elhúzódva tér vissza ismét, ezzel szemben i. v. adagoláskor gyorsan felhasználdik a cukor és hamarosan megkötődik az izmokban, aminek okát az izmok glykogenezisében kereshetjük. A szénhidrát-anyagcserezavar eredete tehát az izmokban van; az izomrostok primaeren nem tudják a glykogent raktározni s felhasználni. Ez sem specifikus azonban. Mind a kreatin-, mind a szénhidrát-anyagcserezavar tehát csupán secundaer következményei a myoglobin anyagcserezavarának, ami az izom piros színét adó, vastartalmú, az izmokban a munkaacidosis és így az izomfáradást elimináló, mintegy intracellularis pufferként működő myoglobin hiányából ered.

A székletében stercobilin-szerű anyagok jelentkeznek. — Mindezen anyagcserezavarok a dystrophia musculorum progressivában szenvedő beteg látszólag egészséges családtagjaiban is kimutathatók kis mértékben (Myopathias diathesis.).

Emésztési zavarok mindig észlelhetők, így főként hyperchlorhydriás jelenségek, valamint a pylorus motorikus zavarai képeben. — Legjellemzőbb szervi elváltozás a pankreas (főként trypsin) elválasztás részéről figyelhető meg.

Gerlóczy Ferenc dr.

Bőrgyógyászat.

Epididymitis gonorrhoeica acuta kezelése pyriferral. *Heinz Ströbel.* (Derm. Wschr. 1937. 44.)

Férfi gonorrhoea szövödményeinek láztherapiájáról elterőek a vélemények. Szerzőt *Grasreiner* eredményei, aki 13 pyriferral kezelt mellékheragyulladás esetében 100%-os eredményről számolt be, indította az epididymitis gonorrhoeica acuta pyriferral-kezelésének utánvizsgálására. Összesen 20 esetben alkalmazta az eljárást ezek közül azonban csak 3 esetben (15%) kapott jó eredményt, ezzel szemben 5 esetben a folyamat súlyosbodott. Három betegen az első ojtás után lényeges javulás állott ugyan be, de a láz lezajlása után állapotuk ismét súlyosbodott és annak ellenére, hogy megismételték a láz előidézését, újabb javulás nem mutatkozott. Ezekben a betegeken úgy a mellékheragyulladás, mint a betegség egyéb tünetei is csak nagyon lassan zajlottak le.

Szerző *Grasreinerrel* szemben megállapítja, hogy az epididymitis heveny szakában a láztherapia nem indokolt, sőt egyenesen kedvezőtlen befolyást gyakorolhat. Szerző *Bruck* álláspontját fogadja el, ki a láztherapiát a resistens esetek számára tartja fenn, de itt is csak a közepes reakciókat kiváltó specifikus vaccina-kezelést ajánlja.

Arokháty Vilmos dr.

A külső lépfene gyógyítása. *Dragan Bobeff,* Sofia. (Dtsch. Med. Wschr. 1937. 44.)

Graf a fenti folyóirat 1936. 50. számában foglalkozik a lépfene eredményes kezelésével, lépfene-serummal. *Graf* szerint Németországban ezt a kezelést nem ismerik el, sőt kételkedéssel fogadják, aminek valószínűleg az az oka, hogy lépfene beteg nem áll nagy számban az orvosok rendelkezésére. Szerző csatlakozik *Graf* véleményéhez és röviden közli ezirányú tapasztalatait. Többnyire középsúlyos, ritkán egészen súlyos esetek kerültek szerzőhöz. Az utolsó 12 évben (1925—36.) összesen 245 esetet kezelt. Betegeinek legnagyobb része felnőtt, túlnyomó számban földművesek, kik marhával kerülnek érintkezésbe, vagy olyan egyének, akik bőrökkel foglalkoznak. A 245 eset közül 62 nő (25.4%) és 183 férfi (74.6%). Az összes eseteket kizárólag lépfene serummal kezelték és csak kivételesen adtak neosalvarsant. A serum adagja a beteg korától, a betegség súlyosságától és kiterjedésétől függ. Az adagok általában nagyobbak, mint azt *Graf* mondja. 1925-től 1930-ig kisebb, 1930-tól nagyobb adagokat adott a szerző. Középsúlyos esetekben átlagban 5—700, súlyos esetekben 900—1000 ccm-t ad, esetleg még többet is izom közé. Könnyű esetekben 2—3 napon át reggel este 50—75 ccm-t, középsúlyos esetekben a felvételnél 150—250 ccm-t, a következő 4—6 napon át naponta 2-szer 100 ccm-t adagol. A magas adagok ellenére is csak ritkán (27%-ban) észlelt serumexanthemat, amit *Andrew* is megerősít. A 245 eset közül 19 haláleset fordult elő (7.7%). Leszögezi, hogy a serum nagy adagokban kitűnő eredményeket ad, ha a megbetegedésnek legalább is 5—6. napján kapja azt a beteg. Ha azonban később kerül orvos kezébe, a halálos vég elkerülhetetlen.

Fülöp Gyula dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Lebensversicherungsmethoden. Einschätzung der Übersterblichkeiten. *Felix Deutsch* és *Fritz Stern.* (XXVIII. + 282 oldal. Emil M. Engel Verlag, Wien, 1938. Ára füzve: 18 Sch.)

A világháborút követő gazdasági válság fokozott igényeket támasztott a biztosító társaságokkal szemben és ezáltal szélesebb vágányokra terelte az életbiztosítás egész komplexusát. Legjobbjaik elpusztultak, vagy megrokkantak, az ott hon maradt csekélyebb értékű egyének egyrészt a hiányos táplálkozás, másrészt a folytonos izgalmak folytán ellenállóképességükben jelentékenyen hanyatlottak. A pénz teljes elértéktelenedése folytán a fennálló életbiztosítások elvesztették értéküket, úgyhogy a legtöbb ember egyszerre csak annak a tudatára ébredt, hogy korai elhalálása esetén családja a legnagyobb nélkülözéseknek lesz kitéve. Mindezeknek a csekélyebb értékű kockázatoknak a biztosítási igényei némileg új feladatok elé állították a társaságokat. Meg kellett állapítani azokat a feltételeket, amelyek lehetővé teszik ezeknek a nem teljes értékű egyéneknek az életbiztosítást. Ilyen módon az életbiztosítási orvostannak tisztába kellett jönnie azzal, hogy a különböző bajokban szenvedő egyének átlagos élettartama mennyivel kisebb az ú. n. normalis egyénekénél, más szóval, hogy ezeknek a halálzási arányszáma mennyivel haladja meg az általános néphalálzási mértékét (plus-halálzás). Az életbiztosítási orvostannak ezen új ága igen gyors fejlődésnek indult és ma már mondhatjuk, teljes mértékben megbirkózott a kezdet nehézségeivel. Az utolsó 20 év ezirányú tapasztalatai, főleg az amerikai társaságok nagyszabású statisztikái alapján, lehetővé tették, hogy ma már nincsen olyan a normalistól eltérő állapot, amelyeknek számokban kifejezett jelentőségével nem volnánk teljesen tisztában. Pontosan ismerjük az öröklékenységek, a testalkatnak, a testsúlynak és a test egyes méreteinek az élettartamra befolyását, tisztában vagyunk azzal is, hogy egyes betegségek mennyiben rövidítik meg az átlagos élettartamot és hogy egyes műtétek után meddig tart az a jól ismert várakozási idő, amikor még nem tekinthetjük teljesen lezártnak a műtéttel járó kockázatot.

A szerzőknek elvitázhatatlan érdeme, hogy ezen új tudományt kitűnően áttekinthető rendszerbe foglalták és olyan kézikönyvet adtak az orvos kezébe, amely a csekélyebb értékű kockázatok elbírálását biztos alapokra fekteti és az ezen a téren felmerülhető összes vitás kérdésekre néhány perc alatt megbízható választ ad. Amit ezen a téren eddig csak sok-sok folyóiratnak és az egyes társaságok különböző tabelláinak összehasonlító tanulmányozása alapján tanulhattunk meg, az most minden életbiztosítási orvostani és matematikai vonatkozásban néhány pillanat alatt elénk tárul. A szerzők a ma már általánosan elismert numerikus rendszer alapján bírálják el minden, a normalistól csak kissé eltérő körülményt. A normalis halálzási arányszámot 100%-osnak fogadják el és minden, a normalistól eltérő kockázatról megállapítják, hogy mennyivel nagyobb az ezzel terhelt egyéneknek a halálzási arányszáma. Pl.: a teljesen compensált mitrális insufficienciában szenvedőknek halálzási arányszáma 225%, vagyis, ha bizonyos számú és korú teljesen egészséges egyén között bizonyos számú évek alatt 100-an halnak meg, addig az említett szívbeteg között 225-en halnak meg. Minden 25%-os túlhalálzás egy osztálynak felel meg, tehát ezen szívbetegnek az 5. kockázati osztályba kerülnek, mert a normalis 100%-on túl még 5x25%-al többen, vagyis összesen 100+5x25-en halnak meg ugyanezen idő alatt. A megfelelő táblázatok azután minden korra, minden biztosítási tartamra megjelölik, hogy az egyes kockázati osztályoknak mekkora díjemelés felel meg.

Vannak azután olyan súlyosabb kockázatok, amelyek az ú. n. „Staffelung”, vagyis a lépcsőzetes kockázatviselés alkalmazását teszik szükségessé. Ez abban áll, hogy halál esetére nem az egész összeget, hanem pl. $\frac{1}{5}$ Staffelung mellett az első évben a biztosítási összeg $\frac{1}{5}$ -ét, a második évben $\frac{2}{5}$ -ét és így tovább, minden következő évben $\frac{1}{5}$ -el nagyobb összeget fizet ki a társaság és csak az ötödik évben a teljes összeget.

Hogy a szerzők milyen széleskörű alaposággal és mindenre kiterjedő figyelemmel dolgozták fel az óriási anyagot, annak talán legekleatásabb bizonyítéka az, hogy még olyan betegségekre is kiterjesztették számításait, amelyet eddig csak Magyarországon, annak is csak egy városában, Szegeden észleltek, a paprikahasítókknak *Kovács Ferenc* által olyan kitűnően leírt tüdőmegbetegedésére.

Erről a mintaszerűen kiállított könyvről azután igazán elmondhatjuk, hogy egyetlen biztosító intézetben működő or-

Vajda Károly dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 21-i ülése.

Verebely T. elnök: Egyesületünket *Paunz Márk dr.* egyetemi rk. tanár, a Stefánia gyermekkórház és a Poliklinika rendelő főorvosának halálával súlyos veszteség érte. Mint volt munkatársa és tanárságának referense, közvetlen tanúja voltam annak a lelkiismeretességnek, fáradhatatlan szorgalomnak, mely alaposságának, mely őt szűkebb szakmáján túl is az ideális orvos mintaképévé tette. Egyleti előadásait, bemutatásait és *hozzászólásait* a szigorú kritika, de méltányló igazságszeretettel jellemezte a mások, s elsősorban a saját munkájával szemben. Emléke megérdemli, hogy jegyzőkönyvünkben kegyelettel megörökítsük s őszinte gyászunk jelképeként néma felállásunkkal megtiszteljük.

Bemutatók:

Rác B.: *Pangásos vérzések mellkascompressiónál.* Mellkascompressio alkalmával egy igen érdekes körkép keletkezik, mely a hajas fejből, arcoponya, nyak, kulcsontáják, az orrgaratürege, külső hallójárat, dobhártyák, kötőhártyáinak, ritka esetben a váll és a felső végtagok vizenyőjében, kékes elszíneződésében (cyanosis) és apró tüszúrásnyi, gombostüfejni vérzésekben nyilvánul meg. E tüneteket viszeres pangás, illetőleg a compressio folytán beálló venás visszafelé áramlás idézi elő s ezért fordulnak elő csak az említett területeken s máshol sehol sem, mert a v. jugularis érterületén a billentyűk fejletlenek s a venás visszafelé áramlás könnyen leküzdídi őket s akadálytalanul tud a vérhullám a kis capillarisokig kiterjedni, amelyeket annyira kitágít, hogy azok meg is repednek. Két esetet ismertek, amelyeket mint honvéder orvos és mint közkórházi orvos észlelt *Winternitz* tanár osztályán s mindkettő a fenti elváltozásokat mutatta. Az egyikre fal dőlt rá, a másikat lift nyomta össze.

Farkas J.: a) *Padutinra gyógyult Raymund-gangraena.* 42 éves férfi kéz és láb összes ujjvégein, valamint orrszárnnyain és fülkagylóin keletkezett szimmetrikus üszkösödés (szétesés, magas lázak, penetráns bűz, körömleválás) 10 héten át (napi 2—4 ccm) adott padutinra teljesen meggyógyul, az egyén munkaképes lesz. Más keringési hormon hatástalannak bizonyult.

b) *B₁-vitaminnal gyógyított arsen-polyneuritis.* 23 éves leány öngyilkossági célből schweinfurti-zöld-port vesz be. 10 napi acut (gastrointestinalis) tünet után 4 hét múlva kifejlődik a polyneuritis: radialis és peroneus bénulás, nyomási érzékenység, nagy fájdalmak, ataxia, járásképtelenség, patellaris, Achilles és triceps-reflex hiánya. Betegen a jellegzetes körömtünet: Mees-féle fehér arsen-szalag igen jól látható. Betaxin, majd később élesztő és rizskorpa adagolására a tünetek visszafejődnek, jární tud, kézujaival finom varró-munkát végez.

Zemplén B.: Az Orvosegyesület decemberi ülésén *Boros* professor mutatott be egy 7 tagú arsen-polyneuritiszes családot. A betegek közül ketten 80—100 ampulla betaxint kaptak, ketten csak 10—10-et, míg hárman egyáltalán nem részesültek vitaminkelésben. A kezelt és nemkezelt esetek gyógyulási időtartamában lényeges eltérés nem volt, sőt a súlyosan beteg gyermekek gyógykezelés nélkül leggyorsabban gyógyultak. Nem vonja kétségbe *Farkas* kartárs úr megállapításait és elismeri, hogy betege esetében a B₁-vitamin csakugyan hatásos lehet, csak eseteire emlékeztetéssel arra akarja felhívni a figyelmet, hogy épen arsen-polyneuritisben nehéz véleményt alkotni, mert a polyneuritisnek ez a fajtája igen jóindulatú és a megfigyelők egyhangú véleménye szerint valamennyi ebből-utóbb spontán is gyógyul.

Előadás:

Láng A.: *A nagy nyálmirigyek rosszindulatú daganatainak gyógyítása.* Anyagában 2400 rosszindulatú daganat közül 15 volt a nagy nyálmirigyekben és pedig 13 fültő-, 2 a submaxillaris malignus daganatok kórszövetével és kiemelt *Krompecher* elévülhetetlen érdemeit, hogy a parotis daganatok hám, sőt mirigyeredetét kimutatnia és a nyálmirigyek közös daganat típusát, a basaliomát elismertetni nemzetközileg sikerült. Az előadó a világirodalomban most hetediknek ismerteti elsőleges parotis melanoma esetét, *Zalka* szövettani vizsgálata alapján. Incurabilis állapotban került az előadóhoz, rádiumhatásra a daganat operálhatóvá vált és elektro-mos késsel az a. carotis ext. lekötése után mirigymetastasisaival együtt eltávolíthatta. Megállapítja, hogy rádium hatására az inoperabilis daganatok egy része operabilissá válhat, egy másik része pedig nyom nélkül eltűnik. Összehasonlítva a műtéti rizikót a szinte teljesen ártalmatlan rádiumbehatással. Ez utóbbi is lehet súlyos beavatkozás daganatmaradékok

esetében, ha azt a spatium parapharyngeumban, ahová a parotis nyulványa behatol, felkeressük. Röntgenképen illusztrálja műtété útján idejuttatott rádium helyzetét. Rádiumot, a daganat nagysága szerint, kisebbeknél a szövetek között, nagyobbaknál a felület felől alkalmazott. Igénybevétel előbbinél 1800—2600 mgt. utóbbinál több g. óra (napokon át).

Betegei inoperabilis, sőt incurabilis állapotban voltak, ennek ellenére a rádium- és kiegészítő röntgen-beugárázásra 15 beteg közül 7-nek nagy nyálmirigydaganata eltűnt; egy parotis, egy submaxillaris daganat rádium-beugárázásra eltávolíthatóvá vált. Biztosan tünetmentesen él 4, 2 több, mint 3 éve. Általában tünetmentesség tartamára választ kapni e betegeitől nehéz, mert legtöbbje magas korú volt és elhalálzásuk okát nem sikerült kideríteni. Vetített képeken demonstrálja eseteit.

Verebely T.: Arra a bírálatra vonatkozólag, melyet előadó *Krompecher* nek e tárggyal foglalkozó munkásságáról kétségtelenül külföldi szerzők nyomán elmondott, megjegyzi, hogy *Krompecher* sehol dolgozatában arról nem beszél, hogy a nyálmirigyek valamennyi rosszindulatú daganata basalsejtes eredetű volna. A sarkomák különböző fajait ő mindig élesen elkülönítette és kötőszövetes eredetűnek mondotta, mint ahogy a valódi rákok hámeredete sem volt soha kétséges. Ellenben az ő érdeme az, hogy a vegyes daganatokban előforduló endotheliomák minősített elemekről, amelyek miatt a külföldön még ma is sokhelyt az endothelioma elnevezés divatos — kétséget kizárólag beigazolta a basalsejtes eredetét, s ezzel bebizonyította, hogy ezek a daganatok vegyes epitheliómák. Ő csak abban tévedett, hogy az összes vegyes daganatokat „basalsejtrák” címen foglalta össze. — Később, amikor ez a nézet a klinikusok részéről ellentmondást váltott ki, választotta a közömbös *basalioma* nevet, megkülönböztetve annak jó és rosszindulatú alakjait.

Láng A.: *Verebely* professor úr szemrehányását akkor érdemelni meg, ha magáévá tenni egyes külföldi szerzők *Krompecher* nek rosszul értelmezett vagy elhallgatott megállapításait. Az előadó örül, hogy *Krompecher* igazságának kiderítésére, az arra legilletékesebbnek, *Verebely* professornak alkalom nyílt. *Verebely* szavait mindenben magáévá teszi és mély tisztelettel hajlik meg *Krompecher* emléke előtt.

A Közkórházi Orvostársulat január 12-i évzáró közgyűlése.

Bézi I.: elnöki megnyitójában a kegyeletos megemlékezések során külön kiemelte *Gerlóczy Zsigmond* nak a Társulat megalapítása körül szerzett elévülhetetlen érdemeit, majd az igazgató-tanácsban történt személyi változások ismertetése után nagy reményeit fejezte ki az újonnan kinevezett főorvosok tudományos munkálkodásához, egyebek között a következőket mondotta: „A jelen materialista világszemlélet az orvosokat sem hagyta érintetlenül. Az orvosi rend társadalmi és gazdasági érdekeinek biztosítására különböző utakon törekszik. Gyűlésezik, szervezkedik, jogos sérelmeinek hangoztatása és napirenden tartása mellett helyzetének javítását kívánja. Lehetőségek, hogy ez az eljárás eredményeket hoz. Kétséges azonban, hogy az ilyen eredmények maradandók lesznek-e. Véleményem szerint az orvosi rend boldogulásának legbiztosabb alapja az orvosi rend tekintélye; ezt minden egyes orvosnak munka árán, elsősorban közvetlen környezetében kell megszereznie, ahonnan majd szétterjed és biztosan meghozza a maga gyümölcsét. Egészségügyi kormányzatunk a szakorvosi vizsgát megszigorította. Ebben én az orvosi tekintély emelésére irányuló törekvést is látok. A közkórházak másodorvosainak a gyógyító munka mellett a tudományos munkálkodással is fokozottan törődniük kell. már csak azért is, hogy helyüket ezeken a vizsgákon jobban megállhassák. Az orvosi tekintélyt károsító körülmények közül egyre kívánom felhívni a figyelmet: a gyógyszerek propagálásának veszélyes voltára. A jóhiszemű véleménynyilvánítást, s a leg tárgyilagosabb vizsgálati eredményeket is kihatározhatják azok, akiket elsősorban — tisztelet a kivételnek — üzleti szempontok vezetnek. Társulatunk az ilyen irányú munkásságot csak a legkivételesebb esetben támogathatja.” A társulat fokozott munkájához kéri a Társulat valamennyi tagjának hathatós támogatását.

Kalocsay K.: titkári jelentésében ismerteti a Társulat elmúlt évi tudományos működését, közli a tagok létszámában beállott változásokat: a belső tagok száma 173, a külső tagoké 341. Negyvennégy új tag felvételét ajánlja.

Hochenburger pénztáros előterjeszti jelentését. A számvizsgáló bizottság jelentése után a közgyűlés a felmentvényt megadja.

Raisz D. alelnök előterjeszti jelentését a jutalmakról. A *Szili Jenő*-féle szülészeti-nőgyógyászati 200 pengős díjat *Terék Károly* és *Sulyák István* között osztják meg. Egyéb szakmákban jutalomdíj nem áll rendelkezésre; dícséretben részesült *Farkas Károly*.

Az elhunyt *Vámos Gy.* pénztárvizsgáló bizottsági tag helyett a közgyűlés *Joós Ilona* főorvost választja meg.

Torday A.: *Egyes kérdések a veseopathologia köréből; uraemia, insufficientia és acidosis.* (Semmelweis-előadás.) *Volhard* nézetének ismertetése után, aki a heveny vesegyulladás elsősleges érendothel- és nem epithel-megbetegedésnek tartja és a gyulladást másodlagosnak minősíti, az allergiás elmélettel foglalkozik, amelyet alátámasztanak *Masugi* vizsgálatai a nephrotoxinokról. Az uraemiát *Volhard* szerint osztja fel, hangsúlyozva, hogy az egyes alakok elkülönítése sokszor nem könnyű, mert kevert alakok is előfordulhatnak: az eklampsia nemcsak nephrosklerosishoz csatlakozhat, hanem valódi veseinsufficienciát kísérő uraemiás állapotban is vannak olyan tünetek, amelyek eklampsia utalnak. A pseudo-uraemiás angiospasticus és a Kraube-féle agyvizenyővel, valamint az angiospasmussal magyarázható eklampsias állapot azonban reversibilis. Acidosis szempontjából a hamis uraemiában az agy oxygen-hiánya váltja ki az acidosist bénulásos és izgalmi tünetek között, s ugyanakkor az oxygenhiány miatt a veseműködés is zavart, míg valódi uraemiában az oxydatio zavara áll fenn és emiatt zavart a vesék működése. — A veseelégtelenség alapjául szolgáló maradék-nitrogen (R. N.) veseelégtelenség nélkül is magas lehet bizonyos körülmények között. A hypochloraemiás tünetcsoporttal foglalkozva áttér a hepatorenalis alak ismertetésére, amelyben az azotaemia és az uraemia ellenére a vesék épek lehetnek. — A veseelégtelenség megállapításában és az uraemia körjelzésében nagy jelentőségre tettek szert az aromás anyagok, minők a xanthoprotein és az indican, amelyek megszaporodásával a veseelégtelenség némely tünetei (hőcsökkenés, vérszegénység, talán a fejfájás is) megmagyarázhatók. — Végül ismerteti azon anyagokat, amelyek az acidosis keletkezésében közreműködnek, végül az aromás anyagok felhalmozódásával és az acidosis kapcsolatos gyógyszeres és étrendi eljárásokat. — Az előadás után az elnök beszéd kíséretében átadja előadónak a Társulat Semmelweis-érmét.

Az Országos Tisztviselői Betegsegélyzési Alap (OTBA) intézetének közleménye.

A látszólag rövid A—V-intervallumú és széles QRS-complexumú elektrokardiogrammokról.

Az O. H. 1937. évf. 17. sz.-ban a 453. o.-n, volt alkalom a fenti címnek megfelelő elektrokardiogramot ismertetni. Ezen ritkaság magyarázatát illetőleg csatlakoztam a bécsi iskola (*Holzmann* és *Scherf*, *Scherf* és *Schönbrunner*) és egyes angol-szász szerzők (*Wolfers* és *Wood*) nézetéhez, amely szerint a *Paladino* és *Kent* által kirt, a jobb pitvar és kamra közt, egészen lateralisán, jobb oldalt található specificus szöveti szerkezetű összekötő nyáláb, mint ritka embryonalis maradvány volna az alapja ezen EKG-syndromának, minthogy ezen keresztül a jobb kamra a szokásosnál rövidebb idő alatt kapná ingerületét (rövid A-V intervallum). Esetem gondos elemzése alapján fenti szerzők nézetéhez hozzátettem még azt, hogy ezen nyáláb fennmaradása esetén a jobb kamra ezen az úton, a bal pedig a *His*-köteg-n keresztül kapja ingerületét és így jön létre a rövid P-R távolság és a széles, hasadt QRS-csoport, vagyis a kamrai asynchronia.

Gruber Z. dr. az O. H. 1937. évfolyamának 1103. oldalán foglalkozott közlésemmel, feltevésemet azonban nem tartja helytállóknak, mondván, hogy a két kamra között feltételezett asynchronia 0.06—0.08"-et tesz ki, ami olyan hosszú idő, hogy ez alatt az egyik kamráról a másikra *izomvezetés* útján is eljuthatna az ingerület és így megelőzhetné a *His*-nyálábban át oda lejutó ingerületet, jól tudva a *Tawara-szár* blockokon tett megfigyelésekből, hogy a két kamra közti izomvezetés ideje kb. 0.04".

Gruber véleményét nem tehetem teljesen a magamévá a következő okokból:

1. *Tawara-szár* block esetén a később összehúzódó kamra nem az ellenoldali kamra *lateralis* olda'áról kapja ingerületét, mint a feltételezett *Paladino-Kent* köteg esetén, hanem az ellenoldali *Tawara-szár*nak a septumot el-látó, tehát medialisán fekvő elágazásából és így ilyenkor az ingerületeknek lényegesen rövidebb utat kell megtennie, mintha az az ellenoldali kamra *lateralis* szélén ér először kamraizomzatot, befutja a jobb kamra izomzatának fele területét és csak ezután érkezik a septumhoz, majd onnan a sérült oldali kamrához. *Rothberger*, valamint *Meessen* szerint a septumban csak néhány mikronnyi izomszövet választja el egymástól a jobb és a bal *Tawara-szár* végső elágazódásait, tehát szárblock esetén csak néhány mikronnyi úton történik izomvezetés, nem úgy, mint a feltételezett *Paladino-Kent* nyáláb esetén, ahol több centiméter távolság van a bal kamra és ezen nyáláb jobb kamrabeli végső elágazódásai között. Ezen távolságbeli különbség magyarázza az izomvezetés hatásának elmaradását. Mutatis mutandis ugyanez áll az említett digitalis esetre is.

2. Amint újabban tudjuk, *Tawara-szár* block esetén még ennél is kedvezőbb a sérült oldali kamra ellátása idegimpulsusokkal, mert amint *Cardwell* és *Abramson*, *Wahlén*, majd ezen kérdés legilletékesebb ismerője, *Mahaim*, sorozatos metszeteivel kiderítette — amit az *Aschoff* iskolában *Meessen* megerősített — kutyától eltérően egyes emlősökben és az emberi szívben is összekötő mellékágak vannak jelen. A bal *Tawara-szár* azonnal eredése után ágakat ad egyrészt a bal kamraizomzat basalis részének, másrészt a septumnak. Így jobb szárblock sérülés esetén az ingerület ezen septalis ágak útján viszonylag gyorsan jut el a jobb kamrához, bal szárblock esetén pedig a basalis ágak a bal kamra munkaizomzatához vezetnek nagyjából zavartalanul az ingerületet.

Igy nézetem szerint a *Tawara-szár* blockból levont következtetések nem vihetők át a feltételezett *Paladino-Kent*-nyáláb esetére.

Gruber tagadja ezenkívül azt is, hogy fenti széles, csomós, hasadt, néha kétszakaszos QRS-csoportok a két kamra nem egyidejű activálódásának volnának jelei, e helyett ezen aberráló complexumokat pitvari extrasystole által torzított normalis kamrai csoportoknak tartja. Helyhiány miatt erre vonatkozólag utalok a *Gyógyászat* egyik legközelebbi számában „A jobb kamra időelőtti systoléja, vagy pitvara extrasystole?” címmel megjelenő cikkemre.

Zárday Imre dr. h. főorvos.

Válasz Zárday Imre dr. megjegyzésére

Sokszor előfordul, hogy oly jelenséget, amelynek oka exakt módon bizonyítva nincsen, több feltevés igyekszik magyarázni. Nézetem szerint ily esetben minden oly elgondolás jogosult, mely a lehetőségek korlátain belül mozog. Ezen EKG syndromát az első közlések óta már többen igyekeztek magyarázni, valószínű azonban, hogy a kérdést véglegesen ily eset boncolása fogja eldönteni.

Az O. H. múlt évi 44. és 45. számában megjelent közleményemben nem vontam kétségbe *Zárday*nak a közölt esetben mutatkozó EKG syndroma magyarázatául szolgáló feltevését. Ellenkezőleg azt irtam, hogy esete — ahol megállapítása szerint a jobb kamra 0.03"-el előbb activálódott, mint a bal — elgondolását támogatni látszik. Ellenvetésem inkább arra vonatkozik, vajjon ezen elgondolással az összes hasonló esetek magyarázhatók-e. Azon feltevésből kiindulva, hogy a sinus csomóban keletkezett inger

két különböző úton át jut a jobb ill. bal kamrába és emellett az egyik kamrának a másik kamra felőli izomvezetés révén történhető activálódása kizárható legyen, feltétlenül szükséges az, hogy a két különböző úton haladó ingerület sebessége egy bizonyos, abszolút számban ki nem fejezhető viszonyban legyen. Az eredmény mindenkor két inconstansnak tekinthető érték viszonyának függvénye. — Ezért ellenvetésemet nem tartom indokolatlannak.

Gruber Zoltán dr.

Az ólommérgezések megállapításáról.

(Róth dr. cikke kapcsán O. H. 3. sz.)

Nálunk az 1927:XXI. te. 70. §.-a szerint az ólommérgezés a kártalanítandó foglalkozási betegségek közé tartozik. Az O. T. I. baleseti-kártalanítási osztályának egyik főfeladatát képezi az ólommérgezésre gyanusak felülvizsgálata és szakvéleményezése. Miután *Róth dr.* az ólommérgezés gyakoriságának kérdését is felveti, meg kell állapítani, hogy 1935—36-ban hazánkban 150 ólommérgezésre gyanus ipari megbetegedés között 43 új ólommérgezési esetet állapítottunk meg. Megfigyeléseink természetesen csak az O. T. I. tagjaira, illetve csakis az ipari munkásokra vonatkoznak; a nem ipari ólommérgezések számáról közvetlen tapasztalatunk nincs, erre vonatkozólag utalunk *Purjesz*nek a gyulai közkórházból közölt cikkeire, aki a háztartási eredetű, rossz mázas edények használatát következtében jelentkezett ólommérgezési eseteket ismertetett. Tudomásom szerint vízvezetési víz (ólomcsövek), vagy szódavíz élvezése után ólommérgezést nálunk az utolsó években nem észleltek.

Róth dr. öt betege közül egyik nyomdász volt. Kétségtelen, hogy beteg nyomdászok vizsgálatakor mindig szemünk előtt lebeg az ólommérgezés lehetőségének gyanúja, azonban évekre terjedő tapasztalataink azt mutatják, hogy úgy, mint a nyugati államokban, nálunk is lényegesen csökkent az ólommérgezetek száma a nyomdai iparban, annál gyakoribb azonban az akkumulátorkészítők, festők- és mázólok között.

Róth dr. további négy betegén nem látjuk teljesen tisztázottnak az esetleges ólommérgezés forrását. Minden ólommérgezésre gyanus esetben első kérdésünk, hogy a vizsgált egyén ki volt-e téve az ólomfelvétel, illetve az ólomfelszívódás lehetőségének, addig míg ez a kérdés eldöntve nincsen, minden további lépés felesleges. Az O. T. I. külön szervezetet létesített megfelelő szakemberek segítségével, akik minden gyanus esetben, de egyébként is állandóan tanulmányozzák az üzemeket, az ipari munka minőségét abból a szempontból, hogy a munkások mennyire vannak az ólomfelvétel veszélyének kitéve és természetesen tanácsokat adnak az üzemek egészségügyi berendezésének javítására, az esetleges ólomfelvétel lehetőségének elhárítására.

Mindig az előzmények pontos áttanulmányozása után térünk át a klinikai és laboratóriumi vizsgálatokra. Magam sem akarok kitérni az ólommérgezés változatos tünettanára, csak felhívom a figyelmet arra, hogy a vérkép vizsgálatának adatai csakis a klinikai tünetek figyelembevétele mellett értékelhetők, a basophil szemcsés vörösvérsejtek kimutatásának csak akkor van diagnosztikai jelentősége, ha azok számát quantitative is meghatározzuk. Ha 1 millió vörösvérsejtre 200-nál több basophil szemcsés sejt jut, akkor azt esetleges ólommérgezés szempontjából kórosnak vesszük. Kevesebb basophil szemcsés sejt sok más esetben, rossz egészségügyi viszonyok között élő, rosszul táplált egyénben is előfordul.

Minden esetben megvizsgáljuk a vizeletet esetleges porphyrin jelenlétére. (A Garrod-féle spektroskopos módszer szerint.) Sajnos olyan nagyszámú vizsgálatot kell végeznünk, hogy a quantitativ módszereket egyelőre nem tudjuk alkalmazni, mert nemcsak a fentemlített eseteket kell évenként többször átvizsgálunk, hanem ezekhez járulnak még az előző évek idült ólommérgezettjei, akiket évenként többször ellenőrzünk.

A porphyrin qualitativ spektroskopos kimutatása az esetek legnagyobb számában ólommérgezésre, illetőleg ólomfelszívódásra jellemző, bár azt találtuk, hogy más eredetű máj- és vérbetegségekben, sőt decompensált bilentyűbajok, szívizomelfajulás esetében is kimutatható volt.

Az ólomszegély megállapítása is nagy gyakorlatot kíván, mert a fogköves, szuvas fogak, ápolatlan foghús sokszor tévedésbe ejtenek. Akárhányszor előfordul, hogy csakis a fogak letisztítása után lehet a foghús szürkés-kékes elszíneződését megállapítani. Sokszor a fekete fogkő tünik át szürkésen a vékony foghús-szegélyen, amit természetesen nem szabad ólomszegélynek tartani. — Az ólomszegély az ólomfelvételnek, de nem az ólommérgezésnek a jele.

Végeredményben tehát arra akarjuk felhívni a figyelmet, hogy az ólommérgezés diagnózisát sem egyik, sem másik laboratóriumi vizsgálat alapján határozottsággal megállapítani nem szabad, hanem a pontos kórelőzmény figyelembevétele mellett felszívódás lehetőségének megállapításával az összes klinikai és laboratóriumi jelek egybevetése után állíthatjuk, hogy valakinek panaszai ólommérgezéstől erednek-e, vagy sem.

Nem tartozik ugyan szorososan e megjegyzések közé, de meg kell említeni, hogy a klinikai tünetek közül sokan tévesen értelmezik a vérnyomás viselkedését. Több száz ólommérgezetten végzett sokezer vérnyomás-mérés eredménye azt mutatja, hogy a labilis magas vérnyomás az acut súlyos ólommérgezés egyik ritkább tünete; idült ólommérgezés esetén a magas vérnyomásnak rendszerint más oka van. Ezt a megállapítást az újabb irodalmi adatok mind megerősítik, s így remélhető, hogy a vérnyomás-mérés eredményeit az ólommérgezés kórismézésében is kellő kritikával fogják értékesíteni.

Különösen nagy jelentőségű a pontos kórismézés az ipari ólommérgezés megállapításakor, amikor a helyes kórismézésről nemcsak a helyes kezelés, hanem egyéb fontos intézkedések, mint betegségmegelőzés, foglalkozáscsere, kártalanítás, stb. is függenek.

Hajós Károly dr.

e. magántanár, poliklinikai főorvos.

Megjegyzés Róth Imre dr. „Az ólommérgezések klinikai képe” c. közleményére (O. H. 3. sz.)

Róth Imre dr. fenti munkájához legyen szabad néhány megjegyzést fűznöm tévedések elkerülése végett:

1. *Róth* kartárs úr cikkében állandóan az ólomszegélyről úgy ír, mintha az a fogakon ülne. Tisztában vagyunk azzal, hogy ez csak elírás, azonban az olvasót könnyen tévedésbe ejtheti. Amúgy is kevesen látnak ólomszegélyt és amint orvosoknak tartott bemutatások alkalmával több ízben meggyőződtem, a legtöbben az ólomszegélyt éppen a fogakon keresik. Rendszerint csodálkoznak, amikor foghúson és különösen papilla interdentalisokon mutatjuk be az ólomszegélyt, vagy annak csökevényes, szemcsés alakját. Ismerve tehát a gyakorlatban az ólomszegély körüli bizonytalanságot, nem tartom helyesnek a közleményben található pontatlan megjelölést.

2. *Róth dr.* úr cikkéből azt a benyomást nyerheti az olvasó, hogy a klinikai tünetek alapján a nem ipari ólom-mérgezés diagnosztikáját felállítani porphyrin vizsgálata nélkül lehetetlen. Kétségtelen, hogy a porphyrin vizsgálata, mint diagnostikus módszer rendkívül megkönnyíti az orvos feladatát, sőt néha döntő befolyással is lehet. Azoban az is kétségtelen, hogy porphyrin vizsgálata nélkül is sokan állították fel az ólom-mérgezés diagnosztikáját olyan betegekben, kiknek foglalkozásukból kifolyólag nem lehetett ólom-mérgezésre gondolni. Erre utóbbi években is számos példát tudnánk felhozni. Ezt a megjegyzést nem azért teszem, hogy a porphyrin kimutatásának hitelét, vagy jelentőségét csökkentsem, hanem azért, mert nem tartanám helyesnek a porphyrin vizsgálatára alapozni az ólom-mérgezés felismerésének lehetőségét.

3. Teljesen egyetértek a szerzővel abban, „hogy az ólom-mérgezett betegek száma nagyobb, mint amennyit jelenleg diagnosztizálunk”. Erre a megállapításra jutottunk mi is (Gyógyászat, 1933. 11. sz. *Purjesz—Vass—Papp* és O. H. 1934. 39. sz.), amidőn olyan betegek is jelentkeztek nálunk, akiket több orvos, sőt klinikák is más diagnózissal kezeltek.

4. A porphyrin kimutatásánál is fontosabbnak tartjuk azonban az ólom-mérgezés okának kimutatását, mert ezzel további mérgezésnek vehetjük elejét. Valószínű, hogy *Róth dr.* úr is igyekezett megtalálni azt a tárgyat, vagy használati eszközt, stb., ami a mérgezést okozhatta, azonban erre vonatkozólag sajnos minden felvilágosítás hiányzik a közleményből.

Purjesz Béla dr.
közkórházi főorvos, Gyula.

Válasz *Purjesz Béla dr.* megjegyzésére.

ad. 1. Nem gondolom, hogy a „fogszegély” — „ólomszegély” — megjelölés téves fogalmak terjesztésére volna alkalmas, mert a higany és bismuthszegélyt az orvosok általában ismerik, s így az ólomszegély helyének elképzelése nehézséget nem okozhat. Hasonló megjelölést használnak egyébként más szerzők is, ha csak röviden ólomszegélyről írnak, s nem térnek pontosabban ki annak helyére, kivéve természetesen tankönyvek vagy gyakorlati továbbképzés céljait szolgáló cikkek.

ad. 2. A porphyrin mennyiségi meghatározását tényleg döntőnek tartom sok olyan esetben, mikor a diagnózis felállítása a klinikai tünetek alapján nem lehetséges és ólom-meghatározás válnék szükségessé. Ennél viszont a porphyrin meghatározás lényegesen egyszerűbb és a rendelkezésünkre álló mérőmódszerek pontos számszerű adatokat szolgáltatnak. Azt az állításomat tehát, hogy némely esetben a helyes diagnózist a porphyrin meghatározás teszi lehetővé, kénytelen vagyok fenntartani. Őszintén sajnálnám, ha ezt úgy értelmeznék, mintha az ólom-mérgezés classikus klinikai tüneteit a diagnózis felállításához nem értékelném kellőképen.

ad. 3.—4. Miután közleményemben főként a porphyrin mennyiségi viszonyaival foglalkoztam, nem térhettem ki *Purjesz* és munkatársai ólom-mérgezést tárgyaló munkáira, amelyekben az ólom-mérgezés forrását és ezzel kapcsolatban a megelőzést részletesen tárgyalták. Ciksem célja, miként a cím is mondja, különösen a Porphyrin kérdés fontosságának szemléltetése volt ólom-mérgezés néhány esetében.

Roth Imre dr.

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

VEGYES HIREK

Személyi hírek: A főpolgármester a székesfővárosi köz-kórházak üresedésben lévő főorvosi állásaira *Schmindt Lajos dr.* egyet. rk. tanárt, *Schilling Béla dr.* egyet. magántanárt, *Zih Sándor dr.* egyet. magántanárt és *Gajzágó Dezső dr.* köz-kórházi végleges alorvost kinevezte.

Halálozás. *Rutich Jenő dr.* egyet. rk. tanár, a kaposvári köz-kórház igazgató főorvosa f. hó 21-én 49 éves korában elhunyt. *Rutich Jenő* a pécsi egyetem belgyógyászati klinikáján működött hosszú éveken keresztül, innen került néhány év előtt a kaposvári kórház élére. Úgy gyakorlati, mint elméleti téren kitűnően képzett orvos volt, számos tudományos munkája jelent meg, s az orvosképzés terén is elismert munkát végzett. Halála súlyos veszteséget jelent az orvostudomány-nak. — *Hetey Gusztáv dr.* debreceni városi tisztí orvos 45 éves korában elhunyt.

Verebély Tibor kiténtetése. Örömmel vettük hírt annak, hogy *Verebély* professort, a Korvin-koszorúsok egyik legrégebbikét a Kormányzó Úr Öfömlétsége a Korvin-lánccal tüntette ki. A tudomány, irodalom és művészetek legkiválóbbjai számára alapított Korvin-Rendben a koszorúsok száma 60, a láncosoké 12. Alig jut tehát e magas kiténtetésből minden működésbeli ágazatnak egy hely, s így annál magasabba kell értékelnünk, rendünk fokozott megbecsülésének kell tekintnünk, hogy *Verebély Tibor* kimagasló érdemei révén az ősz *Korányi Sándor* mellett az orvosi rend még egy Korvin-lánc birtokába jut. Köszönet és lelkes üdvözet érte *Verebély* professornak!

Gombos Lajos kartársunkat aranydiplomával tüntetett ki a Pázmány Péter Tudományegyetem azon alkalomból, hogy 60 éve szerezte itt orvosi oklevelét és azóta Czepléden úgy közegészségügyi, mint socialis és társadalmi téren igen elismerésre méltó tevékenységet fejtett ki, miért már régebben az egészségügyi főtanácsosi címmel tüntették őt ki.

Az aranydiplomát *Verebély Tibor* professor nyújtotta át nagyhatású ünnepi beszéd kíséretében, az Orsz. Kamara nevében is üdvözölve a kiváló kartársat. A szép ünnepélyen a megyei és városi hatóságok, a helybeli orvosegyesületek és a város egész társadalma is őszinte ragaszkodással és tisztelettel vette körül az ünnepeltet.

A Lengyel Orthopaediai Társaság meghívására *Horváth Boldizsár* egyetemi magántanár febr. 11-én előadást tart Varsóban az orthopaedia haladásáról és irányelveiről. Örvendünk a Kartársunkat ért kiténtetésnek.

Szent-Györgyi Albert Nobel-díjas tudósunkról és tudományos munkálkodásáról ír *P. E. Simola* a Duodecim 1937. XII. számában. A finn orvostudomány vezető tudományos folyóirata első közleményként közli az illusztris szerző nyolc oldalas cikkét, mely a magyar tudós megérdemelt kiténtetését, nagyértékű kutatásait és a régi magyar egyetemi kultúra magas fokát ismerteti finn testvéreinkkel.

Semmelweis a reklám szolgálatában. A Duodecim múlt évi novemberi számában az egyik egészoldalas hirdetés képe-ről ismerősek tetsző arc tekint a magyar olvasóra. A kép a mi hallhatatlan Semmelweisünket ábrázolja, amint egy ápolónéknak néhány tablettát ad át. A szöveg szerint *Semmelweis* a budapesti egyetem tudós tanára már 1847-ben felhívta a világ figyelmét a kezek fertőtlenítésére. *Semmelweis* egy fertőtlenítőszer ajánl tehát, de ez a kép olyan finom és nem bántó, hogy kifogást nem lehet ellene tenni, sőt felhívja a finn orvosok figyelmét az ő szellemi nagyságára, magyarságára és prioritására is.

A Budapesti Orvosi Kaszinó folyó hó 25-én, kedden tartotta meg hagyományos Semmelweis emléklakomáját. Jelen voltak: *Verebély, Frigyesi, Grósz, Benedek, Imre, Hülli, Bencze, Engel, Mutschenbacher, Söfranek, Rejtő* és *Benczur* professorok, *Lobmayer, Mansfeld, Fischer, Säiler, Lichtenberg* magántanárok.

Kövesi dr. elnök üdvözölte a vendégeket, s utána *Adám Lajos* professor mondta el nagy tetszést aratott emlékbeszédet. — A mai sebeszet asepsise *Semmelweis* zsenialis elképzelésében gyökeredzik. Az emberi haladás bonyodalmas útján a zsenik egymásnak adják át a fáklyát és *Semmelweis* ezek közül való volt. Végso lehetőleg kitartott igazsága mellett, amiben haladás ragyogott és a gyermekágyi láz sikeres gyógyításával az emberi élet megmaradásáért és jövőjéért küzdött. — A XIX. század kutatója így került sorosabb összefüggésbe a XX. század humanitásával és szoros kapcsolatba a mai sebeszettel, mely a testi elváltozások mellett a lelki alkatra is függeszti szemét. — A lelki hatások nagy jelentőségét nem szabad a sebesznek figyelmen kívül hagynia, betegével lelki contactusba kell kerülnie, amihez ember ismeret

és ember szeretet kell, egy szikra abból a fáklyából, mely *Semmelweis* kezében lobogott. Meg kell maradnia reálisan számító sebésznek és tudósnak, de amellelt művésznak, idealistának, embernek kell lennie.

Az emlékbeszéd után *Domány Imre dr.* főtitkár beszéde következett, melyben azt fejtette, hogy miképpen változott meg az orvosi tudomány és az orvosi hivatás az utolsó évtizedekben.

„Dívtos lett az orvost szerepeltetni úgy az irodalomban, mint a színpadon, ami azelőtt az uniformis volt, az lett ma a fehér köpönyeg az irodalomban és a színpadon egyaránt — mondotta a főtitkár. Majd azzal fejezte be beszédét: „Mi orvosok mást nem tehetünk, állítsuk helyre az egyes emberek egészségét és akkor talán a nagybeteg emberiség, a nagybeteg társadalom is meggyógyul”.

A VIII. Nemzetközi baleseti orvostani és foglalkozási betegségek nagygyűlését szeptember 26—30-án Frankfurt a/Main-ben fogják megtartani. A congressus tárgyai: a) a baleseti orvostani szakosztályban: az alsó végtag és környéki idegeinek sérülései; b) a foglalkozási betegségek szakosztályában: a tüdők foglalkozási (ipari), illetőleg oldóanyagok által okozott betegségei (a silicosis kivételével). A nagygyűlés közös tárgya: Az alkatnak és a szervezet elhasználódásának szerepe a baleseti és foglalkozási ártalmakban. Részletes felvilágosítással *Bauer dr.* miniszteri tanácsos, Berlin W. VIII., Unter den Linden 13/15 szolgál. Előadásokat és hozzászólásokat 1938 május 1-ig nála kell bejelenteni.

A Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde und Sociale Medizin idej nagygyűlése elmarad. A baleseti orvostani szakosztály ülését a Deutsche Gesellschaft für Chirurgie évi nagygyűlésével együtt 1938. husvétjén Berlinben tartja meg. Tárgya: A közlekedési baleset. A Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde azon tagjai, akik nem tagjai a Deutsche Gesellschaft für Chirurgie-nak belépési és részvételi jegyet igényelhetnek *zur Verth* professortól Hamburg, a társulat ezidőszertől vezetőjétől.

A helsinki-i orvosviszonyok a XVIII. század közepétől napjainkig. A Duodecim 1937. XII. számában igen tartalmas és érdekes orvostörténelmi írás jelent meg *Gunar Soininentől.* Szerző 1750-től tárgyalja a helsinki-i és részben az egész ország orvosviszonyait. Névszerint említi meg régi híres orvosokat, akik a finn orvosi tudásért és orvosi érdekekért küzdöttek. Táblázatban is összefoglalja adatait, melyek közül igen fontos az, mely igen jellegzetesen mutat rá az ország helyes orvospolitikájára. Az arány a vidéki és fővárosi orvosok között, ha figyelembe vesszük a főváros orvosi intézményekben gazdagabb voltát, sokkal arányosabb, mint nálunk. Azt látjuk, hogy 1800-ban a 4000 lakosú Helsinkinek 4 orvosa van. Száz évvel később a 100.000 lakosú fővárosnak már 112 orvosa van és az elmúlt év közel háromszázézer Helsinkijének egészségét 392 orvos gondozza. Az ország három millió és nyolcszázézer lakosára pedig az elmúlt évben 1234 orvos jutott. Ha az ember ezeket a számokat látja, akkor tudja csak igazán megérteni, hogy mért olyan nagybecsült foglalkozás az orvosi északi testvéreinknél. Miért élnek északi kártársaink oly nagy társadalmi megbecsülésben és hozzánk viszonyítva anyagi jólétben is? A felelet rá az, hogy kevesen vannak, nincs túltermelés, tudásához és képzettségéhez méltó anyagi elbánásban részesül a finn orvos úgy az állam, a közületek, mint a magánosok részéről. És ami fontos, az állam szigorúan örködik, hogy túltermelés ne legyen, mert évenként állapítja meg a minisztertanács a szükségletet és az egyetem kapuit csak annyi orvos hagyhatja el, amennyi a szükséglet. Minden pénzért munkára vállalkozó orvos-proletárokat nem nevelnek.

Megjelent az Orsz. Kamara orvosi címjegyzéke. Vaskos, 650 oldalas könyv ez a címjegyzék, mely 8 kamara tagjainak, azaz 10.600 orvosnak címét foglalja magába, meglehetősen egyszerű kiállításban. Függelék gyanánt a közegészségügyi hivatalok, kórházak, rendelőintézetek, sanatoriumok és egyéb intézmények orvosainak felsorolását is tartalmazza, a kissé vigasztalan egyforma, kikezdés nélküli nyomásban, melyből nehéz megtalálni valakit, akit keresünk. Jó lett volna a ve-

zeték neveket, vagy legalább a csoportosító címeiket: „*főorvosok, alorvosok*” megkülönböztetett nyomásban feltüntetni.

Legjobban azonban a vidéki orvosok lapmutató névsorát nélkülözzük, minek hiányában, ha egy ismeretlen kartárs címét meg akarjuk tudni, mind a 8 kamara betűrendes névsorát végig kell böngészni, hogy reájöjjünk. Igaz, hogy ez újabb munkát és költséget jelentett volna, de annyira nélkülözhetetlen, hogy a jövő évre okvetlen pótolni kell. Mert hisszük és várjuk, hogy ez a címjegyzék évente meg fog jelenni, mert hiszen csak így szolgálja célját és a közérdeket. A kezdet nehézségei és hibái tehát legyőzhetőek és kijavíthatók lesznek. — Ára orvosoknak füzve 6, kötve 7 pengő, nem orvosoknak 10, illetve 12 pengő, kapható a Kamarában.

Frontátvonulások és kiséri jelenségeik 1938 jan. 18—24. között. Ez a hét meteorológiai szempontból lényegesen nyugodtabb volt, mint a megelőző. A hét első napján hajnalban még érkezett egy erősebb front, amely a postfrontalis reactiókra hajlamos egyéneknek egészen a déli órákig hatásokat válthatott ki. Utána még számos mérsékelt és gyenge fejlettségű front érkezett, de ezek csak kivételesen frontérzékeny egyénekre lehettek hatással. A frontátvonulások részletes adatai a következő táblázatban találhatók:

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlett- sége	Kiséri eseményei
hó	nap	óra			
J	18	2	felsiklási	mé.sék	Praefront. eső 21 ó-tól 2 mm.
	18	3	betörési	erős	Max. szélsé. 23 m/mp., délben.
	18	16	betörési	gyenge	Kis zápor, új szélökések 12 m/mp.
	19	1	betörési	gyenge	Új szélökések, max. seb. 9 m/mp.
	20	4	felsiklási	gyenge	Praefrontalis eső 2 ó-tól 1 mm.
	20	5	betörési	mérsék.	Kis postfrontális zápor, max. seb. 17 m/mp.
	22	10	betörési	mérsék.	Eső nélk. Max. szélsé. 16 m/mp.
	24	4	betörési	mérsék.	Kis postfront. zápor, Max. seb. 19 m/mp.
	24	19	betörési	gyenge	Kis postfront. zápor, egy ezéllök. 7 m/mp.
	24	22	betörési	mérsék.	Új szélbetörés, max. seb. 21 m/mp.

*) A táblázat utolsó rovatában szereplő számadatok a M. Kir. Országos Meteorológiai Intézet önrő műszereinek adatai. Részletes magyarázatot l. 1938. évi 1. számban.

Helyreigazítás. Lapunk 4. számában megjelent „Bőr-rákok tükröződése a vérsavóban” című cikk szerzője *Szép Jenő dr.* és nem *Szép Ernő dr.*

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

A IV. Magyar Gyógyszerkönyvre tett észrevételeit a T. Kartársaknak, valamint kívánságaikat, hogy mely szerek maradjanak ki és mely új szerek vétessenek fel: — kéri Vámosy Z. prof., a gyógyszerügyi szaktanács elnöke (VIII., Üllői-út 26.).

HETIREND

Január 31-én este 7 órakor a Budapesti Orvos Kör ülése. *Lőrincz Ferenc:* Rovarak, mint fertőzőbetegségek terjesztői.

Február 1-én este 7 órakor a Budapesti Orvos Kaszinó ülése. *Németh Péter:* Psychopat kiskorúak a fiatalok bírósága előtt.

Február 4-én d. u. 6 órakor a Budapesti Király Orvosegyesület ülése: *Heinrich Vogt* breslauer tanár, (mint vendég) németnyelvű előadása: „Aufbau und Fragestellungen einer wissenschaftlichen Bäderforschung”.

Lapunk mai számához *Vajna József* gyógyszerészeti laboratoriuma, Budapest, *gyógyszerkészítményeiről* szóló ismertetését csatoltuk.

Influenza, meghűléses megbetegedések esetében

PANAFLU. CHINOIN tabletta

10 drb P 120
20 drb P 230

Az újjáépített **Rudas gyógyfürdő és gyógyszálló** megnyílt **Juventus rádiumos fürdők (20 kabin)**

Törökfürdő hét különböző hőfokú medencével. Elektrotherapia. Massage. Ivókúrák az Atilla, Hungária és Juventus gyógyforrások vizeivel. A legtökéletesebb kényelemmel berendezett gyógyszálló. Diatás konyha. Napi ellátási rendszer.

Felvilágosítást nyújt a gyógyfürdő vezetősége, Budapest, I., Döbrentei-tér 9.

Az 1938. január 1-től, 15-ig. Magyarországon bejelentett heveny fertőző megbetegedések (Mb) és halálos esetek (Mt)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphtheria.		Scarlatina		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.				Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.667	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
2. Bács-Bodrog	113.347	1	1	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.659	2	1	—	—	4	—	9	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—
4. Békés	336.592	1	—	2	—	10	1	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
5. Bihar	181.105	5	3	1	1	3	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.330	9	—	—	1	5	—	2	—	—	—	—	—	165	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.760	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8. Csongrád	148.200	2	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
9. Fejér	231.483	3	—	—	—	5	—	7	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.820	1	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	3	2	—	—	—
11. Hajdu	181.283	—	1	—	1	3	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
12. Heves	323.191	13	3	1	—	4	1	2	1	—	—	—	—	1	2	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	421.741	7	—	—	—	7	2	9	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	182.450	1	1	5	—	4	—	5	—	—	—	—	—	21	—	—	—	—
15. Nógrád és Hont	229.215	3	1	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	6	1	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,454.326	13	—	—	—	28	1	42	1	—	—	—	—	175	3	—	—	—
17. Somogy	390.100	6	2	—	—	8	1	6	—	—	—	—	—	5	—	1	—	—
18. Sopron	142.743	1	2	1	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	419.707	7	3	—	1	4	1	—	—	—	—	—	—	2	2	1	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	158.013	2	—	—	—	3	1	3	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
21. Tolna	266.405	14	1	—	—	6	—	14	—	1	—	—	—	2	—	1	—	—
22. Vas	273.097	3	—	—	—	3	1	3	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
23. Veszprém	247.787	3	—	1	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24. Zala	368.903	1	—	—	—	4	—	5	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—
25. Zemplén	149.524	1	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	21	2	—	—	—
I. Baja	30.238	1	—	—	—	5	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapesti	1,043.459	3	—	2	—	29	1	71	4	—	—	—	—	177	11	—	—	—
III. Debrecen	124.128	3	—	—	—	8	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
IV. Győr	50.872	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.429	1	—	—	2	3	—	3	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.735	2	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	65.825	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VIII. Pécs	68.957	1	1	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	4	1	—	—	—
IX. Sopron	35.938	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.858	1	—	1	—	7	—	7	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.646	1	1	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen: 8,943.533		115	23	16	6	188	12	217	6	1	—	—	—	618	33	5	—	—
Medián 1931—37:		106	12	11	1	297	23	273	3	1	—	1	—	502	11	1	—	—

KATONYI 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

Coagucit Eri

Mindennemű **vérzésnél** úgy helyileg, mint távolható,
 gyors, biztos hatású.
 Injectio, solutio, tabletta.

Rózsavölgyi Speciallaboratorium »ERI«
 Budapest, VI., Aréna-út 124. szám

**POLYSAN
OPSODERMIN
NEUROLYSIN
OPSOON**

Dr. PÁPAY készítmények:

a szervezet védekezőerejének fokozására valamennyi lázzal járó betegségnél

polyvalens staphylococcus vaccina

neuralgiák és ischias kezelésére

polivalens gonococcus vaccina

1729-1—1937/38.

PÁLYÁZATI HIRDETMEY!

A mátraházi m. kir. állami Horthy Miklós tüdőbeteggyógyintézetnél betöltendő egy *alorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az alorvosi állás javadalma a X. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítással, valamint I. osztályú ételmezés, az önköltségi ár 50%-ának megtérítése mellett.

A kérvény 2 pengős okmánybélyeggel ellátva a Nagyméltóságú m. kir. belügyminiszter úrhoz címezve az intézet igazgatójához adandó be 1938. évi február hó 21-én déli 12 óráig.

Egyenlő képesítés esetén előnyben részesülnek a tüdőgyógyászati szakképzettséggel rendelkezők.

Az alorvos alkalmazása egy év tartamára ideiglenesen történik, amely alkalmazás jó szolgálat esetén meghosszabbítható. Az ideiglenes alkalmazásból kifolyólag végleges ki nevezésre jogigény nem támaszthat.

Az állásra csak nőtlen orvostudor fog alkalmaztatni.

A kérvényhez csatolni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot, 2. hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítványt, 3. a magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt, 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet, 5. egyetemi lecke-könyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat, 6. curriculum vitae-t, az esetleges nyelvismeretve vonatkozó adatokkal, 7. közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkéltü tiszti orvosi bizonyítványt, 8. katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat, 9. esetleges szakképzettséget igazoló okmányokat, 10. egyéb tanulmányi és szolgálati bizonyítványokat, 11. orvoskamarai tagság igazolását, 12. nyilatkozatot afelől, hogy a pályázó közhivatalnál, közintézetnél, illetve közintézménynél állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betölt-e, avagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervezetet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölni.

Közszolgálatban állók kérvényeiket felettes hatóságaik által láttamoztatni tartoznak.

A pályázati kérvény, mely az 1. pontban előírt nyilatkozatot nem tartalmazza, figyelembe nem vehető.

Mátraháza, 1938. évi január hó 21-én.

Dr. Genersich Andor s. k.
m. kir. egészségügyi főtanácsos,
igazgató-főorvos.

20—1938. ikt. szám.

Margit közkórház, Csorna.

PÁLYÁZATI HIRDETMEY!

A csornai Margit közkórház megüresedett *szülész-rendelő-orvosi állására* ezennel pályázatot hirdetek.

1. A szülész-rendelőorvos megbízatása ideiglenes és illetménye jelenleg havi 95 P-ben megállapított tiszteletdíj.

2. A pályázati kérvények Sopronvármegye Alispánjához címezve 1938. évi március hó 4-ig hozzám nyújtandók be. Az elkésve érkező, vagy hiányosan felszerelt kérvények figyelembe nem vétetnek.

3. A pályázók a következő okmányokat csatolják: 1. születési anyakönyvi kivonat, 2. magyar állampolgárságot igazoló bizonyítvány, 3. orvosi tudori oklevél, 4. szakképzettséget igazoló bizonyítvány, 5. az eddigi szolgálatokat igazoló bizonyítványok, 6. erkölcsi bizonyítvány és forradalom alatti magatartást igazoló bizonyítvány, 8. curriculum vitae.

Csorna, 1938. évi január hó 21-én.

Dr. vitéz Nagy Károly s. k.
kórházigazgató-főorvos.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

DESEPTYL-CHINOIN

infectio és tableta

strepto-, staphylo-, meningococcus és bac. coli fertőzések chemotherapeuticuma

10 és 20 tablettás phiolák
6 ampullás (5 és 2 kcm) dobozok

Engedélyezések:

Posta B. B. I.: inj., tabl., int. orv. által szabadon,
köz. orv. által főorv. eng.

Postatakarékp. B. B. I.: inj., tabl., főorv. eng.
Székesfőv. Közkórh.: tabl.

Honvéd Kórházak: tabl. és inj.

Pesti Izr. Hitk. Kórh.: tabl.

K Ö Z G Y O G Y S Z E R E L L Á T A S

terhére a 10 tablettás csomagolás is rendelhető a már régebben engedélyezett 20 tablettás csomagolás mellett! (247.681/1937. B. M. sz. körrendelet).

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

AZ ORVOSI HETILAP MELLEKLETE

SZERKESZTI :
MILKÓ VILMOS
EGYETEMI C. RK. TANÁR

1938

TIZENEGYEDIK ÉVFOLYAM

TARTALOM

KÖZLEMÉNYEK

	oldal		oldal	oldal	
Belorvostan.					
Allergiás betegségek histaminkezelése. (25. sz.)	97	Hemikraniáról. (11. sz.)	42	Tüdökatasztrófák a gyakorlatban. (15. sz.)	59
Amyloidosis. (13. sz.)	49	Herpes zooster szövődményeképen facialis bénulás (49. sz.)	193	Tüdőtályog conservatív kezelése. (20. sz.)	80
Ankylostomiasis. (36. sz.)	141	Hízókúra. (15. sz.)	58	Megjegyzés a cikkre. (22. sz.) .	88
Arsenmérgezetek vízvesztesége ellen insulin és dextrose. (28. sz.)	112	Hypanodin a fájdalomcsillapítás terapiájában. (16. sz.)	62	Typhus chemotherapiája. (32. sz.)	127
Arsentartalmú permetezőszerrel történt mérgezés (16. sz.)	6	Hypoglykaemiás reactio (43. sz.)	169	Üregképződések a tüdőkben. (3. sz.)	11
Asthma bronchiale kezelése. (4. sz.)	14	Influenza abortív gyógyítása. (8. sz.)	30	Vesegümőkór korai felismerése. (12. sz.)	46
Asthma bronchiale kezelésében újabb gyógyszerek. (11. sz.) .	44	Insulinártalmak. (48. sz.)	189	Zinkprotamininsulin gyakorlati alkalmazása. (17. sz.)	65
Álmatlanság gyógykezelése (20. sz.)	78	Insulin és dextrose arsenmérgezetek vízvesztesége ellen. (28. sz.)	112		
B ₁ vitamin alkalmazása (32. sz.)	125	Káliumpermanganat-mérgezés. (26. sz.)	103	Bőr- és nemikórtan	
B ₁ vitaminkezelés javallatai. (31. sz.)	123	Malária tropica. (29. sz.)	116	Ajak- és arcsyphilisben szenvedettek sorsáról. (16. sz.) .	63
B ₁ vitamin szerepe thyreotoxicosisban. (30. sz.)	117	Mellhártyaizzadmány jelentősége a művi légmellkezelésben. (41. sz.)	163	Dermasept kenőcs bőrgyógyászati és sebészeti vonatkozásban. (43. sz.)	172
Bang fertőzés. (34. sz.)	133	Mirigyfáz. (18. sz.)	70	Dermatitis livedoides et gangrenosa. (45. sz.)	179
Botulismus. (35. sz.)	140	Műtét előtti elektrokardiographiai vizsgálatok szükségessége. (24. sz.)	93	Elektyllet kankó kezelés. (23. sz.)	90
Calciphedrin a tüdőgyógyászatban. (25. sz.)	99	Művi légmellkezelésben a mellhártyaizzadmány szerepe (41. sz.)	163	Elubis új magyar antilueticum. (18. sz.)	71
Cardiamin, új szívserkentő. (14. sz.)	55	Öregkori tuberculosis. (40. sz.) .	159	Erythema induratum Bazin gyógyítása. (30. sz.)	119
Carotis sinus idegről. (18. sz.) .	70	Paraffinolajkezelés sárgaságban és epeútgulladásban. (32. sz.)	126	Impetigo herpetiformis. (37. sz.)	146
Colitisek diaetás kezelése. (9. sz.)	34	Protamin-zink insulin. (31. sz.) .	123	Kankó kezelése Elektyllet. (23. sz.)	90
C vitamin-kezelés javallatai. (5. sz.)	17	Pseudoangina. (2. sz.)	6	Lábujjak közötti mykosis kezelése. (48. sz.)	190
Dysenteria. (6. sz.)	23	Pseudotuberculosis bacillusok. (6. sz.)	24	Leukoderma pityriasis versicolor után. (10. sz.)	38
Elektrokardiographiai leletekről. (5. sz.)	18	Rákgyógyító diaetáról. (40. sz.)	160	Lues belső kezelésének javallatai. (44. sz.)	173
Elektrokardiographiai vizsgálatok műtét előtt. (24. sz.) . .	93	Resorptio jelentősége tüdőgümőkórban. (30. sz.)	120	Mustárgáz okozta bőrsérülés kezelése. (35. sz.)	138
Enterococcus fertőzések (38. sz.)	150	Rheumás ízületi betegségek aranytherapiája. (28. sz.) . . .	109	Mykosis kezelése lábujjak között. (48. sz.)	190
Epekövek keletkezése. (33. sz.) .	129	Rövidhullámok orvosi alkalmazása. (51. sz.)	203	Neosanamiddal női kankó kezelése. (39. sz.)	156
Epegyulladás és sárgaság paraffinolaj-kezelése. (32. sz.) .	126	Sárgaság és epeútgulladás paraffinolaj-kezelése. (32. sz.)	126	Női kankó kezelése Neosanamiddal. (39. sz.)	156
Éhségfájdalom. (9. sz.)	35	Soványító kúra. (14. sz.)	53	Pityriasis rosea. (23. sz.)	91
Facialis bénulás, mint herpes zooster szövődménye. (49. sz.)	196	Szívbeteg újabb kezelése. (37. sz.)	145	Rubrophen exanthema. (12. sz.)	52
Gombamérgezés diagnosisa. (4. sz.)	15	Thyreotoxicosisban a B ₁ vitamin szerepe. (3. sz.)	117	Skleroma kezelése. (34. sz.) .	134
Gümőkór intézeti gyógyításának irányelvei. (11. sz.)	43	Tuberkulindiagnostika mai állása. (48. sz.)	192	Spirochaeta vizsgálat jelentősége a korai syphilis körjelzésében. (20. sz.)	77
Gyomorfekély okozta vérzések étrendi kezelése. (11. sz.) . . .	41	Tüdögümőkór bismuthkezelése. (19. sz.)	74	Syphilis gyógyítása Elubis-sal. (33. sz.)	130
Gyomorrák korai felismerése. (19. sz.)	75	Tüdögümőkórban a resorptio jelentősége. (30. sz.)	120		
Gyomortükrözés gyakorlati jelentősége. (49. sz.)	193	Tüdögümőkórban a resorptio jelentősége. (30. sz.)	120		
		Tüdőgyulladás kezelése. (31. sz.)	122		

oldal		oldal		oldal	
	Syphilis kezelése alatti positiv Wa. R. jelentősége. (22. sz.)	86			
	Syphilishez hasonló szájbántalmak. (52. sz.)	209			
Elme- és idegtörténet					
	Agydaganatok körjelzésében az életkor és daganat minőségének szerepe. (21. sz.)	81			
	Életkor és daganat minőségének szerepe az agydaganatok körjelzésében. (21. sz.)	81			
	Funicularis myelosis. (29. sz.)	115			
	Gerstmann-féle tünetegyüttes. (43. sz.)	171			
	Tetanus utáni ulnaris bénulás. (20. sz.)	79			
	Ulnaris bénulás tetanus után. (20. sz.)	79			
Elméleti tudományok					
	Dormovit, egy új altatószer. (38. sz.)	151			
	Friss anyagok szövettani feldolgozása fagyasztással. (2. sz.)	5			
	Légútlalom orvosi kérdései. (29. sz.)	113			
	Légútlalmi szolgálatos alkalmasságáról. (50. sz.)	197			
	Orvosi laboratóriumi munkák fontossága a vidéki gyakorlatban. (22. sz.)	87			
	Porphyrinekről. (8. sz.)	29			
	Rák laboratóriumi diagnosztikája. (4. sz.)	13			
	Rézanyagforgalom. (19. sz.)	73			
	Szamárhurut-ellenes védőoltások. (30. sz.)	117			
	Tbc. bovinum emberi vonatkozásai. (21. sz.)	84			
	Veszétség és védőoltás. (26. sz.)	102			
	Villamos tetszhalál. (41. sz.)	161			
	Wassermann-kémlés társreakciói. (46. sz.)	181			
	(47. sz.)	187			
	(48. sz.)	191			
	(49. sz.)	195			
Gyermekgyógyászat					
	Angolkór kezelése „vitaminlökés”-sel. (44. sz.)	165			
	Ascariasis. (39. sz.)	154			
	Bélparaziták a gyermekkorban. (1. sz.)	3			
	Csecsemő és kisgyermek süketisége. (21. sz.)	82			
	Csecsemőkori empyemák kezelése. (47. sz.)	188			
	Csecsemőkori görcsös állapotok. (47. sz.)	186			
	Empyemák kezelése csecsemőkori. (47. sz.)	188			
	Feer-féle betegség. (1. sz.)	2			
	Görcsös állapotok csecsemőkori. (47. sz.)	186			
	Kanyaró kórisméje. (7. sz.)	27			
	Süketség csecsemő és kisgyermekkorban. (21. sz.)	82			
	Szamárhurut és kanyaró. (40. sz.)	158			
	Vérvétel technikája csecsemőkön. (37. sz.)	147			
	„Vitaminlökés”-sel az angolkór kezelése. (42. sz.)	165			
Orr-, gége- és fülgyógyászat					
	Ambesid a fül-, orr- és gégebetegségekben. (2. sz.)	7			
	Anginák haematológiája. (10. sz.)	39			
	Cardiaspasmus. (49. sz.)	191			
	Fülbe sugárzó fájdalmak (9. sz.)	36			
	Fülderetű agyhártyagyulladás. (40. sz.)	157			
	Garatmögötti tályogok. (47. sz.)	186			
	Gége és légcső szűkületei. (30. sz.)	118			
	Gégehurut mint foglalkozási betegség. (3. sz.)	10			
	Gégegümőkór, gégehurut és gégerák elkülönítő kórisméje. (24. sz.)	96			
	Gingivitis-stomatitis ulcerosa és Plaut-Vincent angina kezelése „Medobis” kúpokkal. (7. sz.)	28			
	Iköbölgyenedés. (2. sz.)	6			
	Otogen sepsis kezelésében a transfusio. (12. sz.)	48			
	Otogen szédülés. (19. sz.)	76			
	Szaglászavarai. (42. sz.)	167			
Röntgenologia					
	Gyomor röntgenologiai elváltozásai, azok okai és jelentősége. (12. sz.)	47			
	Nyálkahártyarelief vizsgálat jelentősége. (25. sz.)	98			
	Tomographia. (24. sz.)	95			
	Tonsillák röntgentherápiája. (8. sz.)	32			
Sebészet, urológia orthopaedia és fogászat					
	Agyoperáltak utókezelése. (32. sz.)	126			
	Aseptika és a gyakorló orvos. (52. sz.)	207			
	Basedow-kór műtéti gyógyítása. (15. sz.)	57			
	Bél- és gyomorphlegmonék. (45. sz.)	178			
	Cysto-pyelitis chemotherápiája. (16. sz.)	61			
	Cseplesz-csavarodás. (46. sz.)	184			
	Epekőműtétek javallatai. (45. sz.)	177			
	Farkastorok-műtétet melyik életévben végezzük? (24. sz.)	94			
	Fertőzőes betegségek sebésztének haladása. (17. sz.)	67			
	Fogazatrendellenességek örök-lődésének jelentősége. (51. sz.)	201			
	Fogeltávolítás gyulladásoz környezetből. (46. sz.)	181			
	Gerincoszlop rögzítése. (46. sz.)	183			
	Golyvagulladás elkülönítő kórisméje. (21. sz.)	83			
	Gyomor- és bélphlegmonék. (45. sz.)	178			
	Gyomor-nyombéltárfuródások és kezelésük. (37. sz.)	9			
	Gyomor- és nyombélfekély műtéti kezelése. (41. sz.)	162			
	Gyomorvérzés műtéti kezelése. (7. sz.)	25			
	Haematogen vesebetegségek sebészi kezelése. (26. sz.)	101			
	Húgyutak gyulladásoz folyamatainak kezelése új festőanyaggal. (34. sz.)	135			
	Hydronephrosis. (10. sz.)	37			
	Izületi genyedések kezelése. (18. sz.)	69			
	Kankós arthritis gyógyítása. (43. sz.)	170			
	Keresztcsonttáji bőrtömlő kezelése. (27. sz.)	106			
	Műtét utáni vizeletrekedés kezelése. (37. sz.)	147			
	Myogelosis. (42. sz.)	166			
	Nyilt csonttörések ellátása. (44. sz.)	174			
	Retrograd sérvkizáródás. (35. sz.)	137			
	Sérvek a baleseti szakvéleményezésben. (12. sz.)	51			
	Statikai lúdtalp socialis vonatkozásai. (14. sz.)	54			
	Tabeszes egyén csonttörésének balesetkártalanítási elbírálása. (50. sz.)	198			
	Ujjsérülések ellátása. (9. sz.)	33			
	Varicosus tünetsoport. (38. sz.)	149			
	Vesedaganatok elkülönítő kórisméje. (1. sz.)	1			
	Veseelzáródások. (39. sz.)	153			
	Vérátömlesztés a gyakorló orvos praxisában. (5. sz.)	19			
	Világrahozott csípőizületi ficamodás gyógyítása csecsemőkori. (52. sz.)	210			
	Vizeletrekedés műtét után. (37. sz.)	147			
	Wetol a sebészi gyakorlatban. (51. sz.)	202			
Szemészet					
	Belső secretióz vonatkozások a szemészetben. (27. sz.)	???			
	Chemotherápiás tapasztalatok a szemészetben. (36. sz.)	142			
	Fogyasztókúra okozta szürke hályogképződés. (6. sz.)	21			

	oldal		oldal		oldal
Szarufekélyek gyógyítása. (28. sz.)	111	Terhességi nyúlreactio (Friedmann—Lapham-féle reactio) gyakorlati kivitele. (12. sz.)	45	(50. sz.)	200
Szembántalmak heveny fertőző ragályos betegségekben. (50. sz.)	199	Trichomonas colpitis. (38. sz.)	149	Liquor-vizsgálatról. (42. sz.)	168
Szem maródásai a gyakorlatban. (52. sz.)	211	Vérzések császármetszéssel kapcsolatban. (22. sz.)	85	Lueskezelésről. (52. sz.)	212
Szülészet és nőgyógyászat		Kérdés—Felelet		Magásfrequentias villamos kezelésekről. (6. sz.)	24
Anyatej befecskendezéssel gyógykezelés. (27. sz.)	107	Anthrax gyakoriságáról (31. sz.)	124	Négyhónapos, vagy hathónapos élve vetéltet be kell-e a szülések anyakönyvébe vezetni? (6. sz.)	24
Cholelithiasis a gyermekágyban. (44. sz.)	175	Cistitis és prostatitis gon. chronicáról. (13. sz.)	52	Óriásnövés és kóros elhízásról. (12. sz.)	48
Császármetszésekkel kapcsolatos vérzések. (22. sz.)	85	Diphtheria-ellenes kötelező védőoltásról. (13. sz.)	52	Orvosi látleletről. (15. sz.)	60
Dysmenorrhoea kezelése. (36. sz.)	143	Éjjeli látogatási díjakról. (2. sz.)	8	Pemphigus neonatorumról. (50. sz.)	200
Exphisinnel szerzett tapasztalatok. (6. sz.)	21	Éves alkalmazott feleségének köteles-e az uradalom anti-lueses kúrát adni? (14. sz.)	56	Pneumothorax kezelés indikációjáról. (16. sz.)	64
Fájdalomcsillapítás a szülészetben. (31. sz.)	121	Fegyvertartási engedély céljára szükséges orvosi bizonyítványról. (2. sz.)	8	Postdiphtheriás benuást okozó hüdésről. (36. sz.)	144
Hiányos lepény esetén mit kell tennünk? (13. sz.)	50	Gümőkóros fertőzésről. (12. sz.)	48	Rumpel-Leede tünetről. (8. sz.)	32
Mesterséges vetelés gümőkórral szövődött terhességben. (52. sz.)	205	Haskötő viseléséről. (42. sz.)	168	Sklerosis sphincteris urethrae-ról. (26. sz.)	104
Nőgyógyászati kórismezés néhány fontosabb kérdéséről. (23. sz.)	89	Hexylresorcínról. (50. sz.)	200	Szakorvosi cím használatáról. (7. sz.)	28
Szülést siettető eljárások. (7. sz.)	26	Hivatalos rendeletek betekintéséről. (17. sz.)	68	Terhesség utáni hajhullásról. (14. sz.)	56
Szülészeti fájdalomcsillapítás. (31. sz.)	121	Ipartelepi betegek magánorvosi rendelése. (2. sz.)	8	Urticariáról. (13. sz.)	52
		Karzsibbadásról. (50. sz.)	200	Vércsoportvizsgálatról apaság megállapítására. (42. sz.)	168
		Körorvos forgalmiadójáról. (37. sz.)	12	Zöldkereszt tanácsadások alkalmával más rendelés végezhető-e? (48. sz.)	192
		(47. sz.)	20		
		Községi orvos letelepedéséről.			

NÉVMUTATÓ

oldal	oldal	oldal	oldal	oldal	oldal
Angyal Lajos	172	Friedrich László	35	Lénárd Vilmos	151
Aszódi Zoltán	66	Frigyesi József	168	Lénárt Egon	12
Atzél Elemér	8	Fuchs Dénes	134	Liebmann István	26
Babics Antal	104	Geszti József	192	144	
Bartók Imre	112	Gondos Miklós	108	Lumnitzer Sándor	203
200		Góth Endre	18, 124	Madarász Erzsébet	202
Baumann Jenő	122	Grosch Károly	24	Makara György	142
Bálintffy Jenő	107	Grósz István	21	Manninger Vilmos	160
Benedek Árpád	80	Guszman József	124	209	
Benedek László	200	168, 210, 212.		Mansfeld Ottó	90
Bobory Béla	87	Hercz Lajos	64	Margittay-Becht	
Brana János	106	Jakabfi Imre	8	Endre	48
Brezovsky Emil	91	Jakabházy István	183	Marx József	138
Campián Aladár	195	Jáki Gyula	70	Matits Lajos	117
Csapody István	212	Jobst Pál	78	Mendelényi Margit	147
vit. Cseley József	52	Kanócz Dénes	64	Mező Béla	102
Csillag Jakab	52	Kecskés László	11, 96	Milkó Vilmos	26, 51
Dajbukát Jenő	204	184		163, 178, 199	
vit. Dániel Gábor	44	Kelen Béla	24	Minder Gyula	38, 62
Detre László	40, 116	Keleti István	56	Móritz Dénes	186
160		Kerbler Nándor	103	Mosonyi László	112
Domokos Andor	79	Ketzán Iván	72	Nagy József	132
Dzsinnich Antal	98	Kiss László	22	Nesnera Ödön	32
Ehmann Jenő	47, 98	Kiss-Orosz László	152	Neuber Ede	200
Falus Andor	44	Kollár Ferenc	100	ifj. Nékám Lajos	146
Faragó Ferenc	144	v. Kolta Ervin	123	Noszkay Aurél	2, 46
Fátyol Csongor	86	Kopits Jenő	211	154	
Ferenczi Sándor	122	Kovács Ödön	166	v. Novák Ernő	18, 83
126		Kováts Ferenc	75	150, 175, 179	
Fernbach József	19	Körmöczy Emil	162	Nyáry Lenke	56
Findeisen László	127	Krepuska István	158	Oláh Gábor	118
Fischer Ernő	55, 167	Kubányi Endre	95		
Frank László	136			Orsó Géza	28
				Orsós Ferenc	168
				Őszi András	20
				Pataky László	45
				Patyi István	80, 164
				Perémy Gábor	70
				Pethő Imre	56, 63
				Pintér Nándor	172
				Preininger Tamás	124
				135	
				Puder Sándor	24, 60
				120	
				Puhr Lajos	6
				Puky Pál	171
				Putnoky Gyula	14, 181
				188, 191, 196	
				Radnai Pál	93
				Rác Lajos	16, 198
				Rehák Pál	187
				Révész Vidor	95
				Rolkó Sándor	64
				Róna Andor	50
				Rothman István	39, 92
				Rusznayk István	88
				Sarbó Artur	81
				Sás József	128
				Scipiades Elemér	207
				Schaffler József	15
				42, 59	
				Schmidt Lajos	34
				Simicska Gábor	110
				Stefancsik Szilárd	176
				Surányi Gyula	3
				Sümegei István	30, 74
				130	
				Szabó István	32
				Szarvas András	180
				Szász Tibor	82
				Szende Béla	36, 48, 168
				Szenthe Lajos	58, 148
				Szentkirályi Zsigmond	174
				Szirmai Frigyes	159
				Szodoray Lajos	190
				Szommer József	88
				Sztehló István	149
				Szüle Dénes	84
				Telbisz Albert	115, 139
				198	
				Telegdi István	27
				Tóbl Pál	76
				Torday Árpád	50, 126
				Udvardy László	194
				Vajda Géza	143
				kibédi Varga Aladár	120
				Vargha Péter	104, 196
				Vándorfy József	7, 41
				140, 170, 190	
				Várkonyi Győző	71
				Végh Pál	116
				Véghelyi Péter	4, 32
				155	
				Weidlinger Imre	36, 76
				Zágon Antal	156
				Zárday Imre	146
				Zoltán István	6, 119

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkesztő: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Vesedaganatok elkülönítő kórisméje.

A vesedaganatok csoportjához számítjuk nemcsak a vese állományából és medencéből, hanem a veseburokból kiinduló daganatokat, sőt tüneteik hasonlatossága miatt a mellékvese tumorai is ide csoportosíthatók. Az elkülönítő kórismében ezeken kívül azonban minden vesemegnagyobbodást okozó és a daganat tüneteit utánzó megbetegedés is szerepel. Tehát meglehetősen nagy területet ölel fel, de összetartozandóságukat úgy retroperitonealis elhelyezkedésük, mint tüneteik hasonlatossága és egységes gyógykezelésük is igazolja.

A vesedaganatok fellépése egyoldali. Kétoldali primaer vesetumor a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Előfordul a vesében joindulatu fibroma, adenoma, myoma és angioma, de ezek meglehetősen ritkán okoznak tüneteket és kerülnek észlelésre. A vesedaganat legtöbbször a rosszindulatuságot jelenti. Leggyakoribbak a főleg felnőtt korban észlelhető epithelialis eredetű hypernephroid tumorok, amit a műtéti statisztikák is bizonyítanak. A tiszta carcinomák ritkábbak. A kettő között sokszor még szövettani vizsgálattal is nehéz különbséget tenni. Az előbbiekkal szemben a gyermekkor vesetumora a kötőszöveti eredetű, sarkomához hasonló, rosszindulatu, embrionális jelleggel bíró daganat. Malignitás szempontjából első helyen a vesecarcinoma és sarkoma, valamint a teratoid daganatok állanak, valamivel jobb kilátást nyújtanak a hypernephromák.

A vesedaganatokat három cardinalis tünet jellemzi. Ezek a haematuria, a daganat és a fájdalom. Mind a három tünet egyszerre csak az előrehaladott stádiumban található meg. A tünetek részletes taglalása ad alkalmat az összes ebbe a csoportba tartozó megbetegedések egymástól elkülönítésére.

I. A haematuria a vesedaganatnak leggyakoribb és sokszor igen korai tünete. Főleg a felnőttkorban és az eseteknek mintegy $\frac{4}{5}$ -ben fordul elő. A gyermek- és a csecsemőkorban sokszor hiányzik és csak a nagyfokú terimenagyobbodás, valamint a vesejárási mellkasi és hasi eltorzulás hívja fel a figyelmet a daganatra. A vérzés legtöbbször, minden előzetes más tünet nélkül, fájdalommentesen és erősen jelentkezik. Néha csak egy pár vizelési részletben észlelhető, máskor azonban napokig eltart. Vesetáji fájdalom csak akkor jelentkezik, ha véralvadék az uretert ideiglenesen eltömészi. Fájdalmas vizelési ingerek is jelentkezhetnek, ha a nagyfokú vérzés következtében a hólyag alvadékokkal megtelik. A vérzéshez nem okvetlenül szükséges, hogy a daganat a vese állományából a kelyhekbe, vagy a vesemedencébe áttörjön, mert észlelhető vérzés a veséből teljesen eltokolt, sőt a vesén kívül fekvő daganatok esetén is. Ezek pangásos keringési zavarokkal magyarázhatók. A vérzés ismétlődése egészen szélsőséges, hónapokig, sőt évekre kimaradhat. Éppen ezt az értékes és korai tünetet, ami a beteget legtöbbször megijeszti és orvoshoz irányítja, tökéletesen fel kell használni és még annak tartama alatt kell az urológiai, első sorban cystoskopos vizsgálatot megejteni a vérzés helyének, illetőleg a vérző oldal megállapítására.

Az elkülönítő kórismezésben a haematuriaival kapcsolatban különösen kezdődő vesetumor esetében, amikor még daganat és pyelographiás deformatio egyáltalán nem, vagy alig mutatható ki, a következő kórképek jöhetnek szóba:

A nephritiszes vérzések, melyek általában nem nagy-tömegűek és legtöbbször kétoldaliak. A vizeletben cylinderek találhatók, vérnyomás emelkedés, esetleg oedemák kísérik a kórképet. A maradék nitrogén és vérfagyáspontesökkenés növekedése nephritiszes eredet mellett szól. Ritkábban észlelhető egyoldali nephritiszes vérzés is. Ilyenkor azonban csak az ismételt vizsgálatok és a hosszabb pontos megfigyelés tudja az elkülönítést biztossá tenni.

A vesegümőkórnak hasonlóképpen egyik korai tünete lehet a vérzés, ami leginkább egy papilla kifelélyesedése következtében jön létre. A hiányzó functio kiesés, pyelographiás elváltozás és descendáló hólyagmegbetegedés ellenére Koch bacillus már bővebben található a vizeletben. Állatoltás és táptalajon kitenyésztes pozitív eredményt szokott adni.

A vesekövek okozta vérzések nem olyan nagyfokúak, mint tumor esetében és a vérzést megelőző görcsös fájdalmak jellegzetesek.

Vándor- és hydronephritikus vesék vérzései legtöbbször heves fájdalommal kapcsolatosak és ezek eredetét az ureter-katheteres és Röntgen vizsgálatok könnyen eldöntik.

Ritka esetben előfordul, hogy daganat vesekővel együtt avagy hydronephrotikusan táguult medencében fejlődik és így a kettős kórfolyamatot kellő óvatosság hiányában az egyiknek felismerése palástolja.

A vesedaganat legjellegzetesebb tünete a tapintható tumor. Növekedésének csak későbbi szakában válik tapinthatóvá és az időpont attól is függ, hogy a vesének melyik részéből indul ki. A felső poluson ülő daganat későbbben tapintható, mintha az a vese középső, vagy alsó részében fejlődött. Eleinte, amíg a környezettel össze nem nő, a légzőmozgásokat jól követi, átbállható, leginkább sima felszínű és tömött tapintatú. Tapintása nem fájdalmas. Előrehaladott állapotban a ducdenumra, a vastagbélre nyomást gyakorolva gyomor-bél passage zavarokat okozhat. A jó vesetapintás különösen a gyermekkor vesetumorokon fontos, ahol a haematuria csak ritkán jelentkezik, a fájdalmak pedig kevésbé értékelhetők. A daganatdiagnostikában a functionális vesevizsgálatok csupán informáló, de nem döntő jelentőségűek. Jó működés mellett is lehet daganatos megbetegedés, viszont a vese állományát nem érintő vesekörüli szövetekből kiinduló daganat is okozhat teljes, vagy nagyfokú kiesést, ha az például az uretert huzamosan összenyomja. Jelentősége főleg az egészséges oldali vese normális és teljes működőképességének megállapításában van. Döntő szerep jut a vesedaganatok elkülönítésében a röntgen és a pyelographiás vizsgálatoknak. A daganat a vesének nemcsak az alakját, nagyságát, hanem a környezetéhez való viszonyát és belső ürterét, a kehely- és vesemedencerendszert, valamint az ureter lefutását is megváltoztatja. A vese hosszúság és szélesség irányában megnagyobbodott, alsó pólusa a normalisnál sokkal mélyebbre kerül. A pyelographiás kép típusos esetben a vesemedencének elkeskenyedését, meghosszabbodását és deformálódását, a vese ürterébe bedomborodott tumornak megfelelően egyes kehelyjáratok kinyújtását, másutt elzáródását, vagy pangásos tágulatát mutatja. Az alsó pólusban ülő vesedaganat a normalis felvételen jól látható psoas árnyékot eltünteti és az uretert erősen a középvonal felé dislocálja. A vesemedencébe felvezetett árnyékot adó ureter-katheter pedig a felvételen jól jelzi a daganathoz tartozandó-

ságát és vele együtt mozgását, ha a felvétel alatt a daganatot bimanualisan lefelé, a hasüreg felé huzzuk. A pyelogramm értékelése nagy gyakorlatot igényel, mert hasonló alakú eltéréseket a vesén kívüli daganatok, de magában a vesében fellépő terimenagyobbodások, mint pl. vesecysták is okozhatnak.

A tumor tünetének elkülönítésekor szóba jön minden retroperitonealisan, a veseágyban elhelyezkedő daganatos, vagy cystosus megbetegedés. Elhelyezkedésük szerint jelentkezhetnek ezek a vesében, a vese üregében, harmadszor a vesén kívül, a veseágyban.

A valódi vesedaganathoz nagyon hasonló tüneteket és vizsgálati eredményeket adhat a polycystás vesedegegeneratio. A valódi vesedaganattal szemben ez azonban majdnem mindig kétoldalian kimutatható folyamat, tapintásra felszine nem egyenletesen sima, hanem kisebb-nagyobb rugalmas csomócskákától egyenetlen. Előrehaladottabb stadiumban kétoldalian csökkent vesefunctio és a chronicus nepritishoz hasonló tünetek találhatók. A cysták elgennyesedésekor lázas, pyelonephritises tünetek lépnek előtérbe. A kétoldali pyelographiás elváltozások igen jellegzetesek.

Ritkábban fordul elő a solitaer vesecysta, ami szintén a vesedaganat kórképét utánozhatja. — Nagy terjedelme, sima felszine, rugalmas, fluctuáló tapintata, a szervezetben kimutatható rosszindulatúságának, mint a kachexia, a fokozott vérsejtsülyedés és láz hiánya adják össze azokat a tüneteket, amelyeknek alapján vesecystára lehet gondolni. Ha ennek dacára daganat irányában téves diagnosis történik, ez műtét esetén is csak előnyös a betegre. Egészen hasonló lehet egy vese echinococcusus megbetegedés, amely tüneteket csak megnagyobbodásával, esetleg elgennyesedésével és a vesemedencébe áttörésével okoz. Az echinococcus cysta tartalmának a vizeletben kimutatása, az eosinophilia és a serumreactio fogják a diagnosis helyes irányba terelni.

Elzárt pyonephrosis a gyulladással infiltrált vesetok és zsírszövet összetapadása és burjánzása révén szintén daganatnak imponálhat. A magas lázak, a septikus folyamatnak megfelelő vérvkép, a betegoldali ureter és szájadékanak gyulladással és heges elváltozása és az anamnesis révén lehetséges a vesedaganattól elkülönítés.

Fejlődési rendellenességek, összenőtt és dystopiás vesék is kelthetik tumor gyanuját, azonban a pyelographiás vizsgálatok ezt könnyen tisztázhatják.

A vesemedence daganatai kórbonctanilag különálló csoportot alkotnak a vesedaganatok között, tünetileg azonban teljesen azonosak az előbbiekkal. Jóindulatu papillomák, rosszindulatú papillomás rákok, valamint infiltráló carcinomák alakjában jelentkeznek. A vesemedencéből kiinduló primaer daganat kórjelzésére a pyelographiás képen kimutatható telódési hány, kisebb leszakadt papillomás darabkáknak a vizeletben feltalálása, vagy ezeknek az ureterhólyagszájban megtapadása és burjánzása vezet.

Nagyfokú hydronephrosis is utánozhatja a vesedaganat képét. A terimenagyobbadás azonban legtöbbször intermittáló jellegű. A hydronephrotikus zsák tartalmának ureter-katheteres lecsapolása a tapintható resistentia megszűnését okozza. A pyelogramm pedig megmutatja a hatalmasan tárgult zsákvesét.

A harmadik csoportot alkotják a vese állományán kívül képződő daganatok. Ezek főleg a vese burkaiból kiinduló retroperitonealis lipomák, myxolipomák és sarkomák, Nagyfokú növekedésükkel és a környező szervekre gyakorolt nyomásuk okozta zavarokkal tűnnek fel. Haematuriat ritkán okoznak, ellenben az egész vesét dislocál-

va és összenyomva azt sorvasztják. Az urológiai tünetek hiánya mellett a pyelogramm a tumor egyik szélére szorított atrophias vesét és pyelumot, valamint a tumor területén ivben haladó uretert mutat. A mellékvese daganatai a fentiekhez teljesen hasonlóak. Jellegzetes tünete az esetek felénél nagyobb %-ban kimutatható láz, a bőrpigmentatio, a női nemben a sexualis jelleg megváltozása és a virilis typus felé eltolódása.

Vesekörüli és paranephritikus abscessus ritkán okoznak nehézséget a daganattól elkülönítésben. — Egyrészt az anamnesis, a fájdalom, láz, vérvkép, valamint tapintási lelet és részletes urológiai vizsgálatok felvilágosítást adnak a betegség lényegére.

A vesedaganatok harmadik tünetét a fájdalom képezi, amely kétféle formában jelentkezhetik. Az egyik a tompa, nyomó, húzó feszítő jellegű deréktáji fájdalom, amelyet a megnagyobbodott daganat a vese kocsányára, peritoneumra, általában a szomszédos szervekre súlyánál és nyomásánál fogva kifejt. A másik a kisugárzó fájdalom, amit a daganatnak és áttételeinek az idegyökökre és plexusokra ható infiltráló szorítása hoz létre. A 12-ik n. intercostalis, a n. ileo-hypogastricus, valamint a plexus lumbalis pályái mentén, a hasba, külső nemiszervekbe, a keresztcsontba, néha még a lábakra is hatoló kisugárzás észlelhető. A fájdalom ezen tünetei azonban nemcsak kifejezetten valódi vesedaganatra, hanem általában az ebbe a csoportba tartozó daganatra és veseterimenagyobbodásokra is vonatkoznak. A vese tokjából és a mellékveséből kiinduló daganatok esetén a nervus phrenicusra gyakorolt nyomás miatt a hátba felfelé haladó fájdalom figyelhető meg.

A vesedaganatok korai felismerése prognostikailag fontos, mert a műtét eredmények függnek tőle. Műtét előtt egy vesedaganat milyenségét megállapítani nem lehet és sokszor csak a szövettani vizsgálat dönti el végleges hovátartozandóságát. Gyanus esetekben, ha a vizsgálatok negativ eredménnyel jártak, azoknak egy bizonyos idő múlva megismétlése ajánlatos.

Noszkay Aurél dr.
OTBA h. főorvos.

A Feer-féle betegség.

(Akrodynia, Pink disease, vegetativ neurosis, „Swift-Selter-”kór.)

A fenti nevek alatt ism. ritka, hazánkban aránylag ritka betegség késő csecsemő- és kisgyermekkorban fordul elő, fokozatosan fejlődik ki, általában 3—6 hónapig tart, az esetek többségében kedvező kimenetelű és a gyógyulás teljes.

A baj tünetei közt három emelhető ki: 1. *vényomás-emelkedés*. E kör normális értékei (100—110 Hg mm) helyett lényegesen magasabb, 140—200 Hg-es systolés nyomással találkozunk. 2. *Tachykardia*. Szintén jelentékeny, percenként 120 és annál is magasabb pulusszámot találunk. 3. *Bőrtünetek*. Rendszerint csak a kézen és lábon találhatók. Legfeltűnőbb a bőr színe: élénk rózsaszín-, (pink disease) vörösen elszínezett. Az esetek túlnyomó többségében a végtag duzzadtságát, apró hólyagocskákat, kiterjedt hámlást találunk. Már ritkábbak a mélyebb rétegekre kiterjedő fekélyek s gangraena igen ritkán jelentkeznek. Ugyancsak ritkán az arcon, orron, fülön is láthatók fenti bőrelváltozások. A nyálkahártyaelváltozások közül gingivitis, stomatitis fordul gyakrabban elő.

A tünettannak finomabb részleteit csoportosítva talán legszembetűnőbbek a psychés elváltozások. Az akro-

dyniában szenvedő gyermek fáradékony, nappal el-elalszik, ezzel szemben álma nyugtalan, rövid, felületes. Hangulata levert, olykor katatonniáig fokozódó részvétlenség mutatkozik. *Blackfan* utal az akrodyniás beteg jellemző felhuzott térdekkkel, opisthotonusban fekvésére. Járása bizonytalan, izomzata csökkent tonusu, nem egyszer az inreflexek is eltűnnek, némely esetben tremor, bémulások, sőt quadruplegia is felléphetnek. Ritkán görcsök is előfordulnak. Sajátságos zavarok mutatkoznak a secretió terén, főként a bőrelváltozások területén, de azon kívül is, profus izzadás mutatkozik, egyéb secretiók működése is fokozottak, viszont a gyomorbennék nem ritkán savszegény. Az idegrendszeri tünetek közé sorozhatjuk a kóros bőrterületek erős viszketését, alopeciás hajhullást, valamint egyes esetekben az időnként fellépő kólikaszerű hasi fájdalmakat. A vérkeringés jellegzetes 2 elváltozására már bevezetőül rámutattunk, a kóros bőrterületeken, még rendszerint előbb, mint a súlyosabb makroszkopos elváltozás a capillarissok hurkainak megvatagodása s a plexusok megszaporoódása mutatható ki a hajszálteres keringés zavarának jeléül. A vér összetételében mérsékelt erythro- és leukocytosis található. A vérsavó mérsékelt tartalmának fokozódása állandó tünet, de emelkedett a magnesium, kalium s cukortartalma is. A gyomor-bélrendszer zavarára a nagyfokú étvágytalanság s a már említett tünetek: csökkent gyomorsavtermelés s kólikaszerű görcsös fájdalmak jellemzők.

E számos tünettől még korántsem merítettük ki a akrodyniában észlelt és ismertetett elváltozásokat. A bajra jellemző, hogy a főtünetek mellett igen változatos kísérő jelenségek mutatkoznak, hogy még csak néhányat említsünk, a capillariss-keringés zavarából kifolyólag conjunctiva, orr- és bőrvérzések, a bőrön látható más trophoneurotikus zavarok, a csöves csontok metaphysisein röntgenképen látható harántárnyékok stb. Nem ritkák a csökevényes, sőt „fruste” alakok, ahol csak egy új tünet észlelhető e változatos symptomák közül.

Feer érdeme, hogy rámutatott ugyszólván valamennyi tünetnek a vegetatív idegrendszer működésével fennálló kapcsolatára. Ezért a betegség kórokának kutatói részben a dienkephalon (tuber cinereum, infundibulum), részben a sympathicus ganglionok s a gerincvelő oldalsó kötegeinek functió zavarában látják a baj lényegét. Ez sem egyoldali „vagus”-, sem „sympathicus”-túlsúlyt nem jelent. A tünetek egy része vagus-, másik sympathicus-túlsúlynak felel meg. A boncolásra került esetek egy részében az autonom idegrendszer említett területein szövettani elváltozásokat (idegelemek pusztulása) is találtak, míg más esetekben nem. A dienkephalon kétségtelen functió elváltozása hozta előtérbe azt a felfogást, mely szerint a Feer-betegségnek agyvelőgyuladással, illetve Heine-Medin-kórral volnának közelebbi kapcsolatai. Ellentmond e feltevésnek az, hogy a Feer-féle bajban szenvedők liquorában a legtöbb szerző szerint csak fehérjészaporulat mutatható ki (*Blackfan*), valamint az, hogy ellentétben az enkephalitissal, általában az agy gyulladással természetű betegségeivel, maradék nélkül gyógyul. Viszont egyes szerzők (*Péhu*) a baj korai szakában sejtzaporulatot és lázat észleltek. A kutatók többsége, így elsősorban amerikai, angol és francia szerzők a bajt fertőzőes eredetűnek tartják, legalább is oly értelemben, hogy eredete megfelelő hajlam esetén fertőző betegséggel (grippe, feltételezett vírus-fertőzés) kapcsolatos. Közvetlen bizonyíték erre nincs. Viszont kétségtelen, hogy egyes vidékeken, még egy ország területén belül is, sűrűbben fordul elő, hogy néha testvéreken közel egyidőben jelentkezik s téli évszak végén lép fel leggyakrabban. Legvalószínűbbnek azt a felfogást

tarthatjuk, mely a bajt bizonyos alkati dispositióval rendelkező szervezet fertőzéses, de nem feltétlen specificus megbetegedésének tekinti. Nem hagyhatjuk azonban említés nélkül a *Kühl* által hangoztatott kóroki hypothesis, aki a mellékvese kéregállományának viszonylagos elmaradására s a velőállomány fokozott functiójára mutat rá s a keletkezett egyensúlyzavarral magyarázza a bajt. Nem hiányzik a vitaminhiány-elmélet sem, azonban eztelő megalapozottnak nem tartjuk.

A baj főként Nyugat-Európában és az Egyesült Államokban ismert. Gyakoriságát a következő adatok jellemzik: *Woodnak* 200 esetet volt alkalma ismertetni. *Blackfan* baltimorei klinikáján 9 év alatt 44 eset fordult elő. *Pierre—Lefebvre* Lille városában 1 év alatt 11 esetet észlelt. Ezzel szemben hazánkban összesen 3 között esetről tudok (*Wollek, Varga.*). Talán ezek az adatok is a baj infectióval kapcsolatos voltát valószínűsítik, bár *Rietschel* inkább a kórkép iránti érdeklődés hiányának tartja, hogy a megoszlási statistika ennyire különböző.

A betegség lefolyása az esetek túlnyomó részében kedvező. Mortalitását, melyet elsősorban intercurrentis betegségek: a bőrelváltozások nyomán jelentkező egyes folyamatok, pyelitis, pneumonia okoznak, általában 5%-ra teszik. Kivételesen kedvezőtlen *Braithwaite* angol statistikája, aki közel 20%-os mortalitásról számol be. A baj tartama általában 3—6 hónap, a tünetek fokozatosan fejlődnek vissza s legtöbbször még az izomelváltozások is maradék nélkül gyógyulnak. Itt-ott 1—5 év múlva észlelt recidiváról találunk említést.

A kezelésben nagy jelentőségű a prophylaxis. Az akrodyniában szenvedő gyermek ellenállása csökkent, ezért helye van a fokozott védelemnek s az aspecificus erősítő kezelésnek. Tulajdonképeni kezelésében elsősorban a vegetatív idegrendszerre ható anyagok jönnek szóba. Sokáig főleg atropint ajánlottak, ma *Valéry—Radot* ajánlatára az acetylcholin-kezelés a legelterjedtebb. 0.5—1 ctg. acetylcholint fecskendezünk izomba 2—3-szor hetenként. Többen ajánlják Eserin sulph. 1^o/₁₀₀-es oldatát napi 30—60 cseppnyi mennyiségben. Főként az éjszakai nyugtalanság és bőrvizketés csillapítására alkalmasak lumnálnak kisebb adagjai. Igen érdekes az a tapasztalat, hogy lázas betegségek után (morbilli) olykor a baj egy csapásra megszűnik. Ajánlották a chorea kezelésben ismert schema szerinti nirvanol- és lumnalkezelést is, ezeket, különösen az elsőt csak intézetben végezhetjük, s ismert veszélyei miatt indicatiójában óvatosságra van szükség. Sok híve van a balneoterapiának: jó eredményeket láttak tölgyfakéreg, s főleg szénsavas fürdőktől. A bőrelváltozások kezelése tüneti.

Surányi Gyula dr.

egyet. gyermekklinikai tanársegéd.

Bélparaziták a gyermekkorban.

A parazitás megbetegedésekkel foglalkozó tudomány a legfiatalabbak közé tartozik; e kórfarmak felismerése specialis képzettséget és berendezést kíván meg. Magyarországon jelenleg alig van két három laboratórium, amely precíz parasitologiai vizsgálatokra be lenne rendezve s talán ez is egyik oka annak, hogy az élősdiek keresése nem tartozik az általános vizsgálatok sorába.

Pedig a parazitás fertőzések igen gyakoriak, még nagyobb városokban is, ahol ilyen szempontból sokkal kedvezőbbek az egészségügyi viszonyok, mint falun. Budapesti gyermekek vizsgálatakor kb. 70%-ban találni olyat, kiből féreg, vagy protozoon él. Igaz ugyan, hogy a bélben lakó leggyakoribb élősdiek, legalább is mai tudásunk sze-

rint, ártalmatlanok, vagy csak ritkán okoznak bajt, mint például a *Trichuris*. De ha csak azokat vesszük is számításba, amelyekkel minden körülmények között törődni kell, mert betegséget okoz, okozhat, vagy terjeszthet, 100 gyermek között 20, vagy 25 ilyen esetet mindig fogunk találni. Ha a ritkábban előforduló parazitákat elhagyjuk, a férgek közül az *Enterobius* (*Oxyuris*) és az *Ascaris*, a közönségesebb protozoonok közül a *Giardia* és az *Entamoeba histolytica* sorozhatók ide.

Az *Enterobius*, vagy ahogy még mindig nevezik, az *Oxyuris vermicularis*, annyira ismert, hogy részletes tárgyalása felesleges. Ami kimutatását illeti: ne keressük petéit székletben, mert ebben csak ritkán találhatók meg. Ha férget a végbéltájon nem látni, a nyílás körüli redőkből vegyünk kaparékot, ez adja a legbiztosabb eredményt. Elűzésére még mindig nincsen biztos módszer, s ha sikerül is kikézelni, a gyógyítás több hétig tarthat. Legelső tényező a tisztaság, gyakori kézmosás, különösen evés előtt. Hogy ez milyen fontos, látszik abból is, hogy az *Enterobiussal* fertőzöttek jórészt sikertelenül a körmök alól vett kaparékban a petét megtalálni. Gyógyszerek közül leghatásosabbak a hexylresorcinol és a tetrachloroethylen; az előbbi beöntések formájában is.

Az *Ascaris* egyike a leggyakoribb férgeknek nálunk. Van vidék, ahol a gyermekek 80%-a fertőzött és a városiak között is megtalálni legalább 6–8%-ban. A tünetek, melyeket okoz, rendkívül tarkák. Tudjuk, hogy a lenyelt petékből kikelt lárvák átfurva a bélfalat a véráramba jutnak, majd megrekednek a tüdőben s innen jutnak idővel vissza a bélbe. Szóval minden kifejlett *Ascaris*, mely a bélben él, lárvakorában a tüdőben is tartózkodott. Ebből következik, hogy erősebb egyszeri fertőzés kiterjedt tüdőelváltozásokat is okozhat, azonban megakadályozni ezt akkor sem tudjuk, ha sikerül is bizonyítani, hogy a rendszerint pneumonia-szerű folyamatot *Ascaris*-lárvák hozták létre. Az egyetlen lehető ellenszárunk erre a fertőzések megelőzése. A bélben élő férgek háromféleképpen okozhatnak bajt: táplálékfelvonással, mechanikusan és toxinjukkal. Ezek közül a táplálékfelvonás minden esetben komolynak vehető ártalom, különösen ott, ahol a táplálkozás akár mennyiségileg, akár minőségileg nem megfelelő. A féreg maga tekintélyes nagyságú és mivel igen sok, akár többszáz is található néha a bélben, továbbá, mert a férgek nemcsak táplálkozásuk, de oxigénszükségletük fedezésére is aránytalanul sok tápanyagot fogyasztanak, az így elvont energia nem elhanyagolható mennyiség. Összekapaszkodott férgek, vagy akár egyetlen példány is bélelzáródást idézhet elő. Bemászhat a közös evezetékbe, vagy a hasnyálmirigy vezetékébe és ideiglenesen, vagy teljesen elzárhatja ezeket. Az ideges tünetek egy részét mozgásukkal kiváltott reflexorikus izgalomra, más részét toxinhatásokra lehet visszavezetni. Ilyen ideges tünetek közül leggyakoribb az urticaria, valamint a neurastheniás zavarok, de epileptiform vagy más görcsök, extrasystolia, stb., is előfordulnak. Leírtak szép számmal asthmaeseteket is, melyek a férgek elűzésével gyógyultak. Ritkábban bár, de megemlékeznek lymphocytar meningitisekről, melyek klinikailag teljesen utánozzák a tuberculotikus agyhártyagyulladás tüneteit. Az *Ascaris*-fertőzöttek többnyire nem kifejezetten betegek. De miután nem tudjuk, hogy mikor jelentkeznek szövődmények, minden esetben gyógyítandó lenne a fertőzés. Igen kiváló szer erre a *hexylresorcinol*. Ez az orvosság semmiféle mérgezési tünetet nem okoz, s helyesen alkalmazva bevétele s.m. kellemtelen. Külföldi közlések szerint kb. 90–95 százalékban eredményes, míg saját tapasztalataim azt mutatták, hogy előszöri bevétele után a férgeknek mintegy háromnegyed része, a második kúra után a bent-

maradtak is mind eltávoznak. Amerikában több százezer esetet gyógyítottak vele s már teljesen kiszorították a gyakorlatból a sokkal kevésbé hatásos *santonin* és az erősen mérgező *chenopodium*-olajat.

Nem térek itt ki más hazai férgekre, mint a tünetet ritkán okozó, de közönséges *Trichuris*-ra és *Hymenolepis*-re, valamint a ritkán található szalagférgesekre és mételtyekre.

Az ember belében élő protozoonok legtöbbje ártalmatlan parazita. Azok közül, melyek betegséget okozhatnak, a *Giardia lamblia* és az *Entamoeba histolytica* a gyakoribbak, a többi mint a *Chilomastix*, *Trichomonas*, *Balantidium*, stb., meglehetősen ritkán fordul elő.

Az ostoros véglényekhez tartozó *Giardia* igen gyakori fertőzés. Városi gyermekek 7–8%-ában él, bizonyos vidékeken a fertőzés arányszáma 40–50%-ig is emelkedik. A fertőzötteknek kb. egy negyedrésze tünetmentes hordozó marad, nagyobbik részüknek azonban fejlődését hátráltatja, sőt időnként súlyos betegséget is okozhat. Az infectio után rendszerint hasmenéses acut stadium következik, erős hasfájdalmakkal, görcsökkel, tenesmussal, de többnyire láz nélkül. Máskor cholérát vagy appendicitist utánozhat a betegség kezdete. Azonban e tünetek el is maradhatnak, csak könnyű rosszullet, szédülés, bizonytalan hasi panaszok előzik meg a chronikus stadiumot, mely azután éveig fennállhat, javulásokkal és rosszabboddással. Fejfájás, szédülés, étvágytalanság, hasi fájdalmak, rendetlen székelés jellemzők rá. Nem ritka a vérszegénység, mely súlyos perniciosaszerű képeket is okozhat, 1,5 milliós vörösvérsejtszámmal és 30%-os haemoglobinnal. Nagyobb számú *Giardia*-gazdát vizsgálva, feltűnő, hogy milyen sok közöttük a rossz étvágyú, sovány, rosszul fejlett (néhányikük korához képest 4–5 évvel is elmarad a fejlődésben). Mindezek a tünetek a paraziták elölése után azonnal javulnak. Az étvágy egy csapásra jó lesz, a fejlődés megindult, a testsúly rohamosan emelkedik és a vérkép pár hét alatt normális lesz. Legjobb hatású orvosságunk giardiasis esetében a *Stovarsol*, mely két-három hét alatt súlyos fertőzés alkalmával is többnyire elpusztítja a parazitákat.

A tropikus dysenteria okozója, az *Entamoeba histolytica* is az aránylag gyakran előforduló fertőzések közé tartozik nálunk. Legtöbb esetben tankönyvszerű klinikai kép, mint például éppen dysenteria nem található. A hazánkban talált törzsek viselkedése eddig még nem tisztázott. Tudomásom van hazai fertőzéstől eredő acut dysenteriaról, sőt halálesetről is, viszont a fertőzöttek legnagyobb része vagy tünetmentes hordozó, vagy csak egyes bizonytalan panaszokat, esetleg enyhe tüneteket mutat. Áll ez különösen a gyermekkorra, ahol még kifejezett dysenteriat nem észleltem és magyarországi esetről tudomásom sincsen. Ellenben rossz fejlődés, soványság, anaemia, bizonytalan hasi panaszok, rendetlen székelés, stb., a legtöbb ilyen fertőzöttön előfordult. Ezek oki összefüggése az amoebával már csak azért is valószínű, mert sikeres gyógykezelés után a panaszok és tünetek gyorsan eltűnnek. Ilyen típusú esetek kezelésében igen jó tapasztalataim voltak a jodoxichinolsulfonsavval, mellyel egy héten belül többnyire végleges gyógyulás érhető el.

Nem emlékezem meg már részletesen az ezeknél ritkábban előforduló protozoonokról, mint a *Chilomastix*, *Trichomonas* és *Balantidium*, stb. Az igen közönséges *Entamoeba coli*, *Endolimax* és *Jodamoeba* ártalmatlan lakói a bélnek és jelentőségük csak ott van, hogy összetévesztésekre adhatnak alkalmat vizsgálat közben.

Véghelyi Péter dr.

a budapesti gyermekklinika orvosa.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Friss anyagok szövettani feldolgozása fagyasztással.

Ahhoz, hogy valamilyen szövettaniból mikroszkóppal vizsgálható készítményeket nyerhessünk, szükséges, hogy azt előzőleg felmetszhető állapotba hozzuk. Ezt a célt szolgálják a különböző beágyazási módszerek, melyeknek közös elve, hogy a szöveteket olyan anyaggal itatjuk át, amely megkeményedve, azoknak bizonyos merevséget kölcsönöz. A használatos eljárások közül elég, ha a celloidin és a paraffinos módszert, valamint a kettő kombinációját, az Apáthy-féle kötött beágyazást említjük. Közös hátránya ezeknek az eljárásoknak, hogy lassúak, napokat igényelnek. Gyakran vagyunk viszont abban a helyzetben, hogy azonnal, vagy rövid időn belül diagnózist kell mondanunk. Gyorsabb módszer, melynek segítségével a szöveteknek megfelelő megkeményítést elérhetjük, a szénsav-fagyasztás. A régi fagyasztó-eljárás azonban fixált szövetekkel dolgozik s ez éppen a baj. A fixálás ismét 24 órát igényel. Ezt csak úgy tudjuk meg rövidíteni, ha többek ajánlatára a folyadékot a vizsgálandó anyaggal együtt felfőzzük, miáltal a szövetfehérjét coaguláljuk. Az így elért gyors fixálásban azonban nincs köszönnet: a szövet eredeti térfogatának csaknem egy-negyedére zsugorodik, ami a szerkezetben óriási deformációkat hoz létre. — A metszéssel nyert szeletkéket annyira szakadékosnak, hogy a felfogásokra szolgáló vízből nehézséggel egy-egy ép példányt kihalászni. A festésben újabb nehézségek jelentkeznek. A víztelenítésre használt alkoholban a metszetek újból csaknem fele térfogatukra zsugorodnak. A lefedéskor is vigyáznunk kell, mert a legkisebb nyomás a fedőlemeze és metszetünk szízfél szakad. Vannak ezenkívül olyan anyagok is, amelyeket eddig fagyasztani egyáltalában nem tudtunk. Idetartoznak a lágy, csaknem pépes daganatok, a bolyhos növedékek, a réteges falzattal bíró szervek, de főképen a kaparékok. — De még így is, ha legyőztünk is minden nehézséget, a nyert metszetekben a szöveti szerkezet annyira eltorzult, hogy felelősségteljes diagnózist felállítani néha a legjobb akarattal sem tudtunk.

A vázolt nehézségeken többféle módszerrel igyekeztek segíteni. Ezeknek felsorolása messze vezetne. Megoldótnak a kérdés csak akkor volt tekinthető, amikor 1929 és 1930-ban Schultz-Brauns közölte új módszerét. Schultz-Brauns felismerte, hogy ha nemcsak a feldolgozandó anyagot, hanem magát a mikrotomkést is kb. $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$ -ra lehűtjük, a nyert metszetek sokkal szebbek és a késhez sem tapadnak. Felismerte továbbá azt is, hogy ezzel a módszerrel nem szükséges az anyag megelőző fixálása, hanem a szöveteket, úgy ahogy azokat a szerkezetből kivettük, azonnal fagyaszthatjuk. A nyert metszetek a késen száraz kis ecsettel kiteríthetők és ha szobahőmérsékleten tartott tárgylemezt helyezünk föléjük, ahhoz azonnal hozzátapadnak. Ha az így nyert lemezeket megszáritjuk, saját fehérjéjük a metszeteket oly szorosan rögzíti az üveglemezre, hogy azok csak késsel kaparhatók le. Az ilyen praeparatumok hónapokig eltarthatók paraffinos metszetek módjára anélkül, hogy állapotukban bárminő változás állana be. Festés előtt a lemezeket fixáljuk, legegyszerűbben úgy, hogy 96%-os alkoholba helyezük őket. A metszeteket a fehérjedús szövetnedv oly szorosan odaragasztja természetes állapotukban a lemezekhez, hogy semmiféle zsugorodástól

tartanunk nem kell. Néhány percnyi fixálás után a lemezeket tovább festhetjük tetszés szerinti módszerekkel. A lefedést megtakaríthatjuk azáltal, hogy a metszetet lakkal vonjuk be.

A Schultz-Brauns-féle eljárás sok előnye közül kiemelendő a feldolgozás gyorsasága: 6–8 perc alatt a frissen kivett anyagból metszetek állíthatók elő, de lényeges a fáradtságmegtakarítás is: elesik a beágyazás esetén naponkint szükséges változtatása a médiumnak. Emellett a fagyasztás alkalmazási lehetősége nagyon kiterjeszhető, és pedig olyan anyagokra is, amelyeket eddig fagyasztani nem tudtunk, ú. m. velős-, lágy-, bolyhos-daganatok, réteges falzattal bíró szervek (gyomor, bél), excochleatumok, méhkaparékok. Különösen fontos az utóbbi. A nőgyógyászatnak megbecsülhetetlen szolgálatokat tesz, ha a méhkaparás után félórán belül értesül már a szövettani vizsgálat eredményéről, akkor, amidőn még frissen emlékében él az eset klinikai képe. Sőt mondhatjuk, a kaparékoknak ilyen módon feldolgozása előnnyel is jár a beágyazási módszer felett: a véres nyákot minden szétszórt sejtjével, szövettörmelékével együtt fagyasztjuk meg, nem úgy a beágyazáskor, amikor csak a nagyobb szövettanarabokat válogatjuk ki. Előnyösebb a friss fagyasztása azoknak a szerveknek is, amelyek a fixálásokor rigidékké válnak s így nehezen metszhetők, pl. a bőr, vagy zsírban dús szervek, vagy zsírdaganatok amelyeknek metszése ezidáig nehézségekbe ütközött. Mindenekfölött áll azonban a frissen fagyasztott szövettani metszeteknek kifogástalan volta, vékonysága ($5\text{--}10\ \mu$), zsugorodástól mentessége és jó festődése. A metszetek olyanok, amilyenek szöveteik természetes állapotukban voltak a kivétel pillanatában. Még a folyadék-tartalom (exsudatum, transsudatum) is megmarad. Nem utolsó haszna a Schultz-Brauns-féle frissen fagyasztó eljárásnak annak olcsósága sem. Azok az intézetek, amelyek félnek a szövettani munkálatok költségeitől, bátran berendezkedhetnek erre. A készülék beszerzése után a kiadások jóformán csak a szénsavbomba megújításából állanak.

A Schultz-Brauns-féle eljárásnak minden előnye mellett megvannak a hátrányai is. Elsősorban kell említenünk a friss anyagok fertőző voltát. Tuberculositikus folyamatra gyanus anyagot pl. csak megfelelő óvatossági szabályok figyelembevételével mellett szabad feldolgoznunk. Ilyenkor a köpenyen kívül vegyünk kötényt is magunkra, kezünket pedig gummikeztyűvel védjük. A fel nem használt metszeteket is célszerű fertőtlenítő folyadékban ártalmatlanná tenni. Kevésbé fogják a módszer hátrányának tekinteni klinikusaink azt, hogy minden beérkezett anyag még aznap feldolgozandó. Ha a kényszerítő szükség mégis azt kívánná, hogy friss anyagunkat egy-két napra eltegyük, úgy fedjük le megnedvesített gaze-val és helyezzük jégsekénybe, vagy hűtőbe. Ha az anyag szállítása válik szükségessé, csomagoljuk fiziologiás konyhasóoldatba mártott és kicsavart gaze-be, majd Billroth-battistba, ill. cellophanba. Ha anyagunkat vízben kaptuk, aminek következtében a szövetnedv kioldódott, fagyasztás előtt áztassuk néhány óráig 0.5%-os tojásfehérje-oldatba.

Sajnálatos, hogy a Schultz-Brauns-féle eljárás még mindig nem örvendő kellő elterjedtségnek. Több, mint valószínű, hogy ha ismertebbé válik, a kissé nehézkes be-

ágyazási eljárásokat, ha nem is teszi feleslegessé, de a mindennapi használatban tökéletesen helyettesíteni fogja.

Puhr Lajos dr. egyet. magántanár.

Az iköbögnyedés.

Az iküreg ritkán betegszik meg magában, gyulladása rendszerint a többi orrmelléküreg, főleg a rostalabyrinthus megbetegedéséhez csatlakozik, leggyakrabban fertőző betegségek, elsősorban influenza, scarlatina következtében. Az üreg genyedésé máskor az ikcsont megbetegedéséhez (tbc., lues, tumor) csatlakozik. Sectiók leletek bizonyítják, hogy az üreg gyulladása sokkal gyakoribb, mint ahogyan az élöben történt kóriszmézésből gondolhatnók. — Az üreg heveny gyulladása vagy váladék termeléssel (savós, nyálkás-genyés, genyes, sajtszerű) járhat, vagy pedig csak a nyálkahártya heveny duzzanata állhat fenn váladéktermelés nélkül. Chronicus genyedések esetén a nyálkahártya erősen megvastagszik, polyposusan burjánzik, esetleg az egész üreg tömlőszerűen kitágul.

Az iküreg genyedés subjectiv tünetei nem egységesek, mert mint fentebb említettem, leggyakrabban a többi melléküreg megbetegedésével egyidejűleg áll fenn és így a tünetek nehezen különíthetők el. Heveny és félheveny esetben gyakori a tarkóba kisugárzó erős fájdalom, máskor a fájdalmak a fejtetőbe, sőt néha a homlok-tájékra, sugároznak ki. A fájdalmak fellépése igen gyakran periodikusan, pontosan a nap bizonyos óráiban jelentkeznek. Máskor a fájdalmak neuralgiás jellegűek, ami az üreg anatómiai helyzetéből érthető. Gyakoriak a depressiók, emlékezősi zavarok.

Az iköbögnyedés legjellemzőbb objectiv tünete, ami egyúttal a diagnosist is biztosítja, az üregből kiürülő, vagy kiöblíthető kóros váladék. Az iküreg szájadéka a felső orrjáratba nyílik, mely mellső orrtükrözés segítségével legfeljebb csak olyankor látható, ha a kagylók és az orrnyálkahártya nagymértékben sorvadtak, pl. rhinitis atropica egyes eseteiben. Hátsó orrtükrözés (rhinoskopia posterior) segítségével jól látható a szaglórésemben megjelenő genyes váladék, ami a hátsó rostasejtekből, vagy az iküregből származhatik. A diagnosis megállapításában segítségünkre lehet az iküreg röntgenvizsgálata, melyet legcélszerűbben az ú. n. axialis felvétel segítségével végzünk. Ez oly módon történik, hogy a film az áll alá kerül és a csövet a koponya hátsó-felső része felől irányíthatjuk. Ily módon elérhető az, hogy az iküregek kivetíthetők lesznek. A legmegbízhatóbb vizsgálati módszer, melynek segítségével az iköböl szájadéka az esetek legnagyobb részében beállítható, az ú. n. rhinoskopia media. Kivitele úgy történik, hogy az orr alapos felületi érzéstelenítése után (2% pantocain + tonogen oldat) hosszúszerű Killian-féle orrspeculummal behatolunk az orrsövény és középső orrkagyló közé és a szárat terpesztve, a középső kagylót erősen oldal felé luxáljuk. Ekkor szembetűnik, az iküreg szájadéka, ha az nincs nagyon lateralis. Ha a középső kagyló hátsó vége duzzadt, vagy polyposusan elfajult, azt előzőleg resecálni kell, hogy az üreg szájadéka beállítható legyen. A szájadék az orrüreg csontos vázának alsó szélétől (spina nasalis anterior) a középső orrkagyló közepéhez húzott vonal irányában fekszik, a spinától a szájadékig a távolság nőknél kb. 7, a férfiaknál 8 cm. Ha a sonda csúcsát az említett irányvonalnál feljebb tartjuk, a lamina cribrosa (életveszélyes!), ha lejjebb, az orrgarat hátsó falába ütöztünk. Ha a szájadékot megtaláltuk, a sondával be-

hatolunk az üregbe és a sonda mellett kibugyanó geny biztosítja a kórismét. Megfelelő canül segítségével az üreget ki is öblíthetjük.

Az iküreggenyedés kezelése heveny esetekben először conservativ. Az ostium tájékára pantocain-tonogenes tamponat helyezünk a nyálkahártya duzzadásának megszüntetése és a váladék retentio megszüntetése céljából. A beteg nyugalombahelyezése, izzasztása, inhalatiók nagyban elősegítik a gyógyulást. Ha a középső kagyló hátsó vége duzzadt, azt resecáljuk és az üreget a természetes szájadékon át naponta öblítjük. Makacs esetekben, vagy idült genyedések esetén, amikor a nyálkahártyán degenerativ elváltozások léptek fel, csak műtéttel gyógyíthatjuk meg a beteget. A műtét endonasalis, vagy extranasalis lehet. Az esetek legnagyobb részében az előbbi módon avatkozunk be. Mivel az iküreggenyedés legtöbbször rostalabyrinthus megbetegedésével jár együtt, a műtét a rostasejtek kitakarításához csatlakozik. Magának az iküregnek a megnyitása úgy történik, hogy megfelelő érzéstelenítés és a középső kagyló hátsó részének resectiója után felkeressük az üreg szájadékát és ebbe finom horgot, (Hajak-féle horog), beakasztva, az üreg mellső csontos falát beszakítjuk. A képződött nyílásba iküregstanzát vezetünk be és a falat lehetőleg nagy terjedelemben resecáljuk. Ekkor betekintést nyerünk az üregbe, a polypokat eltávolítjuk, de az üreg kikaparásától óvakodni kell, mert az életfontos képletek veszedelmes közelsége miatt (carotis interna, sinus cavernosus) halálos melléksérüléseket okozhatunk. Az utókezelés arra irányul, hogy a nyílás ne záródjék el, amit a nyálkahártya-szélék lapis edzésével érhetünk el. A sikerült műtét után a fájdalmak megszűnnek, a látási zavarok (neuritis optica) bámulatosan rövid idő alatt visszafejlődnek, de chronicus esetekben a megnyitott üreg genyedése az eseteknek kb. 20%-ában továbbra is fennáll, ami azonban a betegeknek különösebb panaszt nem okoz.

Az extranasalis iküregmegnyitás az arc felől történik és mindig a rostasejtek előzetes kitakarításához csatlakozik.

Zoltán István dr. tanársegéd.

Pseudoangina.

Angina pectoris alatt egy rohamok alakjában jelentkező tünetcsoportot értünk, amelynek egyes tünetei annyira kifejezettek és jellemzőek, hogy azokat már igen régi idő óta jól ismerték az orvosok. Maguknak a rohamoknak, különösen pedig az alattuk fellépő rendkívül erős fájdalomnak a keletkezési módja azonban még ma sem nevezhető teljessen tisztázottnak. A kórboncnokok az esetek nagy százalékában találnak elváltozásokat a koszorus erek és az aorta kezdeti részének falában. — Ezen elváltozások tehát kétségkívül szoros összefüggésben állnak a rohamok kifejlődésével. Azt a kérdést azonban, hogy ezen elváltozások milyen működési zavarok kiváltásával hozzák létre a rohamokat, az ezirányú vizsgálatok még nem tudták teljes mértékben megoldani.

A legáltalánosabban elfogadott az a feltevés, hogy a koszorus erek elváltozásai reflectorikus úton ezen erek görcsét, elzáródását hozzák létre. Ezáltal a szívizomzat vérellátása elégtelenné válik, s ez vezet a roham kialakulásához. Kevésbé tudott elterjedni az a feltevés, hogy a rohamok kiváltásának helye nem a koszorus erekben, hanem az aorta kezdeti részében keresendő. *Wenckebach* szerint a rohamokban mutatkozó fájdalmakat nem érgörcs hozza létre, hanem az aorta és a koszorus erek szokatlanul erős tágulása.

Ha hirtelen és túl erős munkával a szívet megterheljük, úgy ép viszonyok között is vérnyomásemelkedés jön létre, s ennek kapcsán a mellkasban kellemetlen szorongás, fulladásérzés mutatkozhat. Ez az állapot azonban csak addig tart, amíg a peripheriás erek ezen kitágulása reflectorikus úton következik be. Ha azonban ez a reflexmechanizmus valamilyen okból nem jön létre, úgy ez angina pectoris roham kifejlődéséhez vezethet.

Igy magyarázhatjuk meg azokat a rohamokat, amelyek fokozottabb munkára, vagy hidegbehatásra jelentkeznek. A hideg szűkíti a peripheriás ereket, a szív munkája fokozódik, az aorta kezdeti részében a nyomás nő, s az aorta hirtelen kitágul. A peripheriás erek szűkülését s így magát a rohamot is nitroglycerin alkalmazásával szüntethetjük meg. A szív működés súlyosabb elégtelensége esetében angina pectoris rohamot nem észlelünk. Ennek az lehet az oka, hogy a gyenge szív működés nem képes fokozott vérnyomás létrehozására, s ezáltal az aorta és a koszorús erek kitágítására.

Az angina pectoris betegek egy részén semmiféle szív- vagy érrelváltozást nem tudunk kimutatni s a rohamok közti időben a szív működés kifogástalannak látszik. Sokszor a boncolás sem talál sem a szívben, sem az erekben kórbontani elváltozásokat. Ezekben az esetekben tehát a rohamokat időnként fellépő, tisztán működési zavarok váltják ki. A működési zavarok oka igen sok esetben erős dohányzásban, kávéban, teában, alkoholnak mértéktelen élvezetében keresendő. Ha ezeket az okokat kiküszöböljük, rendszerint a rohamok is elmaradnak.

Előfordulnak azonban olyan normális szív- és érleletet mutató esetek is, amelyekben az említett mérgek nem, vagy csak kis mértékben szerepelnek, s a vérhaj sem mutatható ki. A túlérzékeny, ideges egyénekben a fokozott testi munka, idegbehatás nem szerepel, a rohamot kiváltó okok között. Néha minden kimutatható ok nélkül lelki izgalom, psychés behatások következtében jelentkezik a roham, amelyet szemben az angina pectoris verával pseudoanginának szoktak nevezni. Ezen rohamokat valószínűleg a zsigeri idegrendszer kóros állapota váltja ki, ami időnként az érrendszer hirtelen fellépő működési zavarára vezet.

A betegek a rohamok közötti időben is a neurastheniára jellemző kórképet mutatják. Gyakori fejfájásról, agnyomásról, szédülésről, hevülésekről, végtagzsibbadásról, reszketésről panaszkodnak. Könnyen izzadnak. Szívdobogás kínozza őket, ami néha minden különösebb ok nélkül, sokszor pihenés közben, éjjel az ágyban lép fel. Kifejezettebb esetekben, különösen lelki emóciók kapcsán rosszullet, ájulás roham is jelentkezhet. A beteg vizsgálatakor fokozottabb reflexeket, dermatographismust, pillerezést, kéztremort, stb. állapíthatunk meg.

Maguk a pseudoanginás rohamok igen hasonlíthatnak az igazi angina pectoris rohamokhoz. A szív táji fájdalmak jellege, kisugárzása sokszor teljesen megegyezik az igazi rohamokban észleltekkel. A dyspnoe sokszor csak kisebb fokú. A vérnyomás a rohamok alatt rendszerint nem emelkedett. A pulsus vizsgálata ritkábban mutatja azokat az eltéréseket, amelyeket valódi rohamban látunk. Ha többször kifejezetten szaporává is válik, a teltsége, az elnyomhatósága és a nagysága csak igen ritkán változik meg. A rohamok rendszerint hosszabb ideig, néha órákig, sőt napokig is eltarthatnak. Alattuk a fájdalmak intenzitása erősen ingadozhat.

Az egyes rohamok kórjósolata, szemben az igazi angina pectoris rohamokkal, mindig kedvező. — Magának az alapbetegségnek a befolyásolhatósága azonban sokszor nehézségekbe ütközik, s így igen gyakran, hosszú éveken át fennállhat.

A rohamok alatt sedativumok alkalmazása többnyire elkerülhetetlen. Ne magát a morphiumot adjuk, hanem inkább az enyhébb hatású származékait, s lehetőleg ne injectio alakjában, hanem per os, vagy percutan rendeljük a betegnek. Ha feltételezhetjük, hogy a rohamokat érgörcs váltotta ki, úgy az amylnitrit, nitroglycerin alkalmazása ép oly hatásos lehet, mint az angina pectoris vera eseteiben. Sokszor meleg borogatásnak a mellre, vagy a hátra alkalmazása csillapíthatja a fájdalmakat, máskor a végtagoknak meleg vízbe helyezése bizonyul jó hatásúnak. A beteget a roham alatt minden izgalomtól, nagyobb zajtól, túlerős fénytől óvni kell.

A rohamok közötti időben feltétlenül gondoskodjunk a betegnek nemcsak testi, hanem legteljesebb lelki nyugalmáról is. Minden olyan psychés tényezőt, ami a roham kiváltásához vezethet, a betegről távol kell tartanunk. Bromot, valerianát, luminált rendelünk lehetőleg kis adagban a betegnek. Az idegrendszert megnyugtató hydrotherapiás eljárások sokszor szintén igen jó hatásúaknak bizonyulhatnak.

Vándorfy József dr. egyetemi magántanár.

„Ambesid“ a fül-, orr- és gégebetegségeiben.

Ehrlich salvarsan felfedezése óta számos próbálkozás történt, hogy a növényi eredetű kórokozók, a hasadó gombák, szemben is hasonlóan hatékony, nagy parasitotropiájú és kicsiny organotropiájú gyógyszert állítsanak elő, míg végül az Ehrlich-iskolának, visszatérve az organikus festékek tanulmányozására, sikerült egy hatékony azofestéket előállítani. A Domagk által publikált s „prontosil“ néven forgalombahozott azofesték in vivo is eredményesnek bizonyult, amennyiben alkalmazásával gyógyulást értek el streptococcus fertőzött egereken. A hatásmechanizmus további tanulmányozásában rájöttek, hogy a szervezetben reductió folyamatok következtében, az eredetileg specifikus hatásúnak gondolt festékmolekula szétesik, s az egyik része épp olyan hatásos, mint az egész molekula.

A prontosilnak nevezett azofesték tehát a szervezetben redukálódik s a vízben mint paraaminobensolsulfamid jelenik meg (Fuller). A paraaminobensolsulfamid szintelen, az azofestéknél kevésbé toxikus anyag, mely a streptococcusokkal szemben in vitro is hatásosnak bizonyult.

Klinikánkon 30 beteget kezeltünk a Richter f. ambesiddel, melynek hatóanyaga ufyanacsak paraaminobensolsulfamid. Az esetek súlyosságához mérten, naponta 3x1, illetve 3x2 tablettát adtunk per os, lehetőleg étkezés után, vízben feloldva. Általában a peroralis adagolást részesítettük előnyben — injectiót csak kényszerítő okok (nyelési képtelenség, nagyfokú elesettség, öntudatlanság) esetén adtunk — minden esetben intramuscularisan. Káros utóhatást egyetlen esetben sem észleltünk.

Az ambesid hatását orbánc 3 esetében figyeltük meg. 2 esetben operált betegeken lépett fel a műtési területen orbánc, egy esetben, külső hallójáratgyulladás következményeképpen, a fülkagylón. Napi 3x2 tablettá adagolása után a betegek 2x24 óra alatt leláztalanodtak, a folyamat localisálódott, s további 2—3 nap múlva a bőrtünetek visszafejlődtek.

2 esetünkben fülműtét (antrotomia) után 24 órával a műtési seb secundaer infectiója állott be. A retroauricularis sebszélek infiltratioja, hyperaemiás bőrterületek, a megfelelő arcfél vizenyős duzzanata volt észlel-

hető. Rossz közérzet. T.: 38.6. Th.: a seb megnyitása, Burowos gaze-csik behelyezése és dunsztkötés egyidejű alkalmazása mellett 3-szor 2 tableta ambesid. 24 óra múlva: lelátalanodás, jó közérzet, lényegesen javult objectiv tünetek.

Septum tályog 2 esetében (egyik eset szűrési sérülés következménye) tág feltárás és drainálás mellett prophylactice 3-szor 2 tableta ambesid adtunk. Láztalan lefolyás. Zavartalan sebgyógyulás.

36 éves férfinak, 2 napja fennálló arcduzzanata, többszöri hidegrázása volt. T.: 40.4. Highmor-punctio j. o.: positiv. A Highmor-üreg naponkénti öblítése mellett 3-szor 2 tableta ambesid. A láz fokozatosan csökken, 4 nap múlva subfebrilis, 6 napra láztalan. Arc duzzanata visszafejlődött. Highmor-punctio: negativ.

64 éves nőbeteg a j. o. Highmor-üreg öblítésekor a tú az arcüreg facialis falát áttörte, s az öblítő folyadék a fossa caninába került. Azonnal erős alsó- és felsőszemhéj oedema, livid, hyperaemiás bőr, nyomásérzékenység. 24 óra múlva hidegrázás. T.: 39.7. Th.: hideg borogatás. 3-szor 1 tableta + 2-szer 2 ccm. ambesid intramuscularisan. A beteg 36 óra múlva láztalan. Továbbiakban sima gyógyulás.

Tüszős mandulagyulladás 3 esetében a 39–40 fok körüli temperatura 24–48 óra alatt normálisra süllyedt, a tüszők feltisztultak, a közérzet erősen javult.

Peritonsillitis 3 esetében kiváló eredményt láttunk napi 3-szor 2 tableta ambesid alkalmazásától. A láz 24 óra alatt megszűnt, az infiltratum 24–36 óra alatt teljesen felszívódott, s tályog nem fejlődött ki.

Egy esetünkben a peritonsillaris tájék phlegmonosus gyulladása állott fenn, a submandibularis és collaris mirigyek beszűrődésével. Két ízben incisiót végeztünk: negativ eredménnyel. Th.: 3-szor 2 ccm, ambesid i. m. A láz fokozatosan csökkent. 4 nap múlva láztalan. A szájzár oldódott. Az objectiv kép is tetemesen javult. Hasonló tapasztalataink voltak egy, már incidált, de napok óta lázas peritonsillaris abscessus esetében, amikor is az ambesid alkalmazása után a lázas állapot 24 óra alatt megszűnt.

Tonsillektomia után 4 esetben észlelt ismeretlen eredetű lázas állapot, ambesid alkalmazása 1–4 nap alatt — egyéb beavatkozás nélkül — megszűnt.

Nyelvgöky tályog 2 esetében közvetlen hatást nem észleltünk az ambesid használatától. Hogy a 24 óra múlva elvégzett incisiók positiv eredménye a szer beolvadási-tettő hatásának a javára írható-e, annak eldöntésére nagyobb számú eset észlelése volna szükséges. Mindenestre ezen optimistikus feltevésünket támogatná a klinikánkon kezelt szájfenék-phlegmone 2 esete is: egyik esetben a tályog conservativ kezelés és ambesid adagolás mellett: 36 óra múlva spontán áttört, másik esetben a 48 óra múlva positiv eredménnyel elvégzett incisio oldotta meg a helyzetet. Hasonlóképpen conservativ kezeléssel (jégtömlő + jéglabdacok) + ambesid alkalmazásával gyógyult 5 nap alatt 45 éves nőbetegünk, akin az epiglottis infiltratioja és oedemája volt észlelhető. A lázas állapot itt 48 óráig tartott.

Gége-phlegmone 2 esetünkben conservativ kezelés + 3-szor 2 ccm. ambesid i. m. alkalmazása mellett 3, illetve 5 nap alatt, egyéb beavatkozás nélkül gyógyult.

Végül otogen pyaemia két esetében alkalmaztuk még az ambesidet. Egyik esetben (acut mastoiditis), a primaer genyógoc kiiktatása (anthrotomia) után, hidegrázás és intermittáló lázak léptek fel, s a baloldali felkarban izomtályogok. A tályogok sebészeti kezelése mellett naponta 3-szor 2 ccm. ambesidet adtunk intramuscu-

larisan. A folyamat 3 hét alatt gyógyult. 27 éves nőbetegünkön acut mastoiditis és thrombosis sinus sigmoidis et venae jugularis kórismével anthrotomiát, sinus-feltárást és a venae jugularis lektést végeztünk. A műtét utáni septikus állapot ellen, a megfelelő sebészeti kezelés és cardiacumok alkalmazása mellett, eléryes ambesid-therapiát végeztünk. Műtét után 2 héttel, bal alsó-lebenyben localisált tüdőtályog miatt, a beteget a sebészeti klinikára tettük át, ahol megfelelő műtét elvégzése után, további 5 hét alatt gyógyult.

A paraaminobensolsulfamid hatásmechanismusa még pontosan nem ismeretes. — Valószínű, hogy a streptococcusokkal szembeni specifikus chemotherapiás hatásról van szó, — bár a szer activ immunisáló képessége sem zárható ki. Utóbbi mellett szólna a phagocytaszám erőteljes megszaporodása.

A fentiek szerint az ambesidnek a fül-, orr-, gégegyógyászatban meglehetősen tág alkalmazási lehetősége nyílnék. Természetesen nem, mint bevált műtéti eljárások helyettesítője, hanem részben mint azok adjuvánsa, részben — megfelelő indicatiós területeken alkalmazva — mint önálló, causális gyógyszer jön számításba.

Jakabfi Imre dr. tanársegéd.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: Fegyvertartási engedély céljára szükséges orvosi bizonyítványt ki állíthat ki, csak a tisztiorvos, vagy a körorvos is? És ha ilyen kiállítok, feltéve, hogy csak a tisztiorvosnak lehet, rendbirsággal sújthat-e a főszolgabíró?

Felelet: Ezidőszerint fegyvertartási engedély céljára szolgáló hatósági orvosi bizonyítványt csak a k. r. tisztiorvos állíthat ki. Nem valószínű, hogy ezért a körorvost felölősségre vonják, de ha erre már megfelelő módon figyelmzették és ennek ellenére kiállított ily célra hatósági orvosi bizonyítványt, fegyelmileg felelősségre vonható és így rendbirsággal is sújtható.

Kérdés: 1. Ipartelepen működő körorvos vagyok. Napirenden vannak az olyan esetek, hogy az ipartelep vállalati pénztárának jogosult tagjai igénybe veszik ugyan saját orvosukat, de rögtön utána hívnak engem is, avagy csak hozzám fordulnak. Ezen betegek ellátásáért a vármegyei szabályrendeletben megállapított rendelési és látogatási díjakat, főként pedig a hét éven aluli gyermekek félárú díjtételét tartozom-e betartani? Amikor pedig a beteg megkérdezi tőlem a fizetendő díjat, (amely csak valamivel magasabb) és az általam kért összeget minden megjegyzés nélkül kifizette, képezheti-e panasz nélkül ezen összeg hivatalos vita tárgyát?

2. A járási m. kir. tisztiorvos feladata körébe tartozik-e, hogy panasztevő nélkül kutasson a körorvos gyakorlatában felszámított díjtételek után?

3. Az éjjeli látogatási díj felszámítása jogos-e akkor, ha a körorvos este 7 óra 15 perckor hívják beteghez és a távoltság és időviszonyok miatt eltöltött idő úgy alakul, hogy a hazaérkezés csak nyolc óra után lehetséges? *Körorvos.*

Válasz: ad. 1. A községi (kör) és városi orvosok működési területükön, amennyiben a hozzáforduló beteg nem vagyontalan, — személyre való tekintet nélkül — a törvény értelmében csak a szabályrendeletileg megállapított rendelési és látogatási díjakat számíthatják fel. Ép úgy törvényes rendelkezés alapján a 7 éven aluli gyermekeket fél összegű díjért kell kezelniök. Ha tehát a községi (kör) orvos ezen összegnél többet számított fel, ez jogos panasz tárgyát képezheti és ezért fegyelmileg is felelősségre vonható.

ad. 2. A kir. tisztiorvosnak, mint a körorvos hivatali fellebbvalójának a 900—1936. B. M. sz. rendelet 1. bekezdésének a) pontja értelmében joga van ellenőrizni, hogy a körorvos a reá kötelező törvényes szabályokat betartja-e, tehát a körorvos által felszámított díjtételeket is ellenőrizheti.

ad. 3. Hogy az éjjeli díjazás mikor számítható fel, arra szintén az erre vonatkozó szabályrendelet nyújt útmutatást. A látogatási időnek az az időpont számít, amikor és ameddig a beteg látogatása történik.

Atzél Elemér dr. min. tan.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KERDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Fedett gyomor-nyombélfűródások és kezelésük.

A gyomor-nyombélfekély lehet egyszerű, tehát szövődményektől mentes és lehet szövődményes. A legsúlyosabb szövődmény, ami a beteget veszélyezteti, a kilyukadás (perforatio). Ha a fekély előzetes összenövés nélkül, főként teli gyomorral fűródik át: szabad átfűródásról, más elnevezés szerint heveny átfűródásról beszélünk. Ha ezt az átfűródást összenövés (dőlzik meg) (összenövés a gyomor-nyombél, a máj, főként ennek alsó felszíne, a vastagbél, a hasfal, hasnyálmirigy között), akkor fedett átfűródás, más néven félheveny átfűródás jön létre. Hasonlóképpen gondolható el ennek a létrejötté, ha kicsiny átfűródás üres gyomor mellett keletkezik és a kiömlő kevés gyomortartalom vagy nyombéltartalom, miután körülírt hashártyagyulladás okozott, felszívódik, a fekélynyílás pedig rostonyával, cseplesszel, más környező szervvel tömődik el. Későbbi időben a laza összenövés heges átalakulása és a fekélyesedésnek továbbterjedése után a behatoló fekély (ulcus penetrans) jön létre. Ritka esetekben a fedett átfűródást követő körülírt izzadmány elgenyvedésével kapcsolatosan letokolt tályog támad, ami vagy kapcsolatban marad az emésztőcsatornával, vagy pedig ez a kapcsolat megszűnik. Természetesen ugyanez lehet a következménye legritkább esetben a magukra hagyott szabad átfűródásoknak is; ezek azonban az esetek legnagyobb részében többszörös tályogképződéssel gyógyulnak.

A fedett átfűródás klinikai lefolyása nagy vonásokban hasonló a nyitottéhoz. A tünetek mindazonáltal nem annyira kifejezettek, s a beteg általános állapota nem annyira aggasztó. A legtöbb esetben a kórelőzményben fekély szerepel. A betegek hirtelen lesznek rosszul, nem ritkán collabálnak. A súlyos tünetek azonban aránylag gyorsan enyhülnek, ellentétben a szabad átfűródással. Ez az oka annak, hogy mire orvos látja a beteget, legtöbbször már könnyebb beteg benyomását kelti. Hányás aránylag ritka. Hőemelkedés leginkább a betegség későbbi lefolyásában észlelhető és nem haladja meg a 38°C-ot. A fehérvérsejtszám 10—15.000 között ingadozik. A has enyhén puffadt. Védekezés található a gyomorgödörben, vagy a gyomorgödörben és a jobb bordaív alatt, ritka esetben a gyomorgödörben és mindkét bordaív alatt. A has többi része aránylag fájdalommentes és jól benyomható. A szabad átfűródás legtöbb esetében szereplő vakbél-táji fájdalom, amely a gyomornedvnek ide lefolyásától származik, itt hiányzik. A kezdeti ritkult érverés nemsokára normalis, azaz a láznak megfelelő értékekre szokik fel és így is marad, ellentétben a szabad átfűródás-kor a kezdeti ritkult érverés után észlelhető szakadatlan érverés-szaporodással. Ellentétben a szabad átfűródással, a fedett átfűródásos beteg állapota fokról-fokra javul, vagy legalább is — ha nem operálják meg — napokig, esetleg hetekig tűrhető állapotban marad, míg a végleges javulás bekövetkezik. A szabad átfűródástól élesen megkülönbözteti, hogy a májtompulat itt keskenyedett ugyan, de megmarad; a beteget röntgenernyő alá állítva, a jobb rekesz alatt szabad levegőt látni nem lehet. Epekőrohamtól, illetve epehólyagyulladásától gyakran nehéz megkülönböztetni. Az utóbbi esetben a láz magasabb, a fehérvérsejttértékek nagyobbak, a fájdalom körülírta és nem annyira éles, a tünetek lassabban fejlődnek ki. Bizo-

nyos epekőrohamoktól pedig megkülönbözteti a többé-kevésbé kifejezett izomvédekezés és a legfájdalmasabb pontnak a gyomorgödörbe helyezése. Zavaró, hogy a fedett átfűródásra is jellegzetesek a vállövbe sugárzó fájdalmak, gyakrabban szerepel a jobb, ritkábban a bal váll. Hasnyálmirigygyulladásától a későbbi lefolyás alatt laboratóriumi vizsgálatok segítségével jól elkülöníthető. Klinikai különbség az, hogy a hasnyálmirigygyuladást okozó fájdalmak és védekezés mélyebben fekszik, leggyakrabban a köldök felett közvetlenül és igen gyakran mind a két oldalra egyforma erősen terjed ki. Igen nehéz a kórisme megállapítása a nyombél hátulsó falának átfűródása esetén, mikor az átfűródás következménye a hashártya mögötti kötőszövet lobosodása. Ilyenkor a klinikai kórisme valamilyen súlyos hasúri katasztrófa mellett szól, a hasüreg műtét alkalmával eltérést nem mutat. Ezek az esetek csak a nyombél mozgósításával deríthetők ki.

A fedett átfűródások kis része, kisebb része, mint a conservative operált szabad átfűródásoké, a fekély gyógyulásához vezet. Viszont kétségtelen, hogy erre az igen ritka önkéntes gyógyulásra a beteg sorsa nem bízható. Másik oldalon áll, hogy ma a fekélybetegség egyetlen logikus sebészeti gyógykezelése a gyomorresectio. Ezen műtét kockázatának így is jelentékenyebb volta arrá kényszerít, hogy mindazokat a tényezőket kerüljük, amelyek gyomor-bélvarrataink biztonságát veszélyeztetik. E tényezők legsúlyosabbika a gyulladás, tehát tudatosan kényszerítő szükség nélkül fedett átfűródás műtéthez nem fogunk. A műtétet csak abban az esetben javasoljuk, ha nincs módunkban a szabad átfűródástól elkülöníteni és ennek lehetőségét kizárni nem tudjuk. De ilyenkor, ha egyszer már a hasmetszés megtörtént, célszerű a beteg állapotán gyökeresen segíteni. Nem indokolható az egyszerű hasmetszés, mert ez az általa okozott összenövésekkel csak megnehezíti az elkövetkezendő műtétet és a beteg állapotán lényegesen nem változtat. Ajánlották a laza összenövések szétszedését és az így szabaddá tett átfűródás egyszerű elvarrását. Nem tartjuk helyesnek, mert tapasztalásunk szerint az esetek mégis túlnyomó többségében szükségessé vált gyökeres műtétet rendkívül megnehezíti, annyira, hogy annak elvégzése csak a leggyakorlottabb kezdek számára lehetséges és a sebészek nagyrésze megelégszik ú. n. palliatív gyomorkiirtással, amelynek viszont az eredményei mai tapasztalatunk szerint nem kielégítőek. Ha téves kórisme folytán a hasüreget kinyitottuk és ott fedett átfűródást találtunk, a betegre nézve mégis a legmegfelelőbb eljárás a gyökeres műtét egyidejű elvégzése. Természetesen ez a műtét nem való kezdő sebész kezébe. Viszont ha a beteg állapota fokról-fokra javul, ha biztonsággal kizárhatjuk a szabad átfűródás vagy esetleg más feltétlen sebészeti beavatkozást követelő megbetegedés (epehólyagátfűródás) fennforgását, várunk kell, míg a betegség lezajlik, azaz intermediaer állapotba jut. A beteg kerüljön sebészeti intézetbe, 24 óráig vonjunk meg tőle minden szájon keresztül történő táplálkozást, sőt folyadék bevitelt is, gondoskodjunk táplálásáról cseppentő-csőre alakjában végbéli keresztül, esetleg visszerbe fecskendezett cukoroldattal. Fontos, hogy az ágybanfekvés számára a legteljesebb nyugalmat jelentse és ne engedjük meg a legrövidebb időre sem a felültétést, felkelést. A gyomorgödör tájára helyezzünk jégtömlőt, amely félórás szünetekkel egy-egy óráig maradjon fekvő. A 24 órás teljes

táplálékmegevónás után fekély-kúrára fogjuk a beteget és ezt — dacára a legtöbb esetben bekövetkező gyors javulásnak, — szigorúan megtartjuk. Ha a tapintási lelet teljesen negatív, ha a beteg legalább két nap óta láztalan, mentes minden fájdalomtól, lassan felkelni hagyjuk, de fáradnia, dolgoznia nem szabad. Ezt az állapotot legtöbbször 8—14 nap alatt sikerül elérnünk. Az intermediaer műtétnek legcélszerűbb időpontja a fedett átfúródás után 4—6 hét múlva érkezik el.

Ha igen ritkán kifejezett tályogképződés következik be, akkor a megfelelő körülhatárolódás bekövetkeztével ennek megnyitása válik szükségessé. Nagy előny, ha meg tudjuk várni azt az időpontot, hogy a tályog elérje az elülső hasfalat, mert akkor a szabad hasüreget veszélyeztetése nélkül tudjuk megnyitni. A tályognyitás időpontját esetről-esetre a beteg állapota szabja meg. Állandó magas láz, emelkedő fehérvérsejtszám, esetleg mechanikus zavarok kényszeríteni fognak a műtét elvégzésére. Hogyha a tályogot okozó átfúródás záródott, a tályognyitással egyelőre a dolgot elintéztük és a végleges megoldás a beteg teljes gyógyulása utánra maradt. Ha ellenben a tályognyitás azt deríti ki, hogy a fekélynyílás még nem záródott, a kimerülést, a súlyos bőrgyulladásokat elkerülendő, leghelyesebb mindjárt tályognyitás után másik metszésből a szabad hasüreget megnyitni és gastroenteroanastomosist, esetleg jejunostomiát végezni. Természetesen ez az aránylag nagy beavatkozás sem fogja az esetleges későbbi gyökeres műtétet biztosan elkerülhetővé tenni.

Összefoglalva mondhatjuk, hogy a fedett átfúródást nem tartjuk sürgős műtétet követelő megbetegedésnek. Nagy nyereség, ha módunkban van későbbi időben, a heveny gyulladási tünetek lezajlása után operálni. Közben a beteg állandó sebészi, legalább is állandó orvosi felügyelet alatt maradjon.

vitéz Novák Ernő dr., klin. tanársegéd.

A heveny, száraz és pörkös gégehurut, mint foglalkozási betegség.

A száraz jellegű heveny gégehurut gyakori megbetegedése az olyan ipari munkásoknak, akik magas hőben (fémolvasztó, fűtő, kovács, pék stb.), vagy alacsony hőmérséklet mellett (mészáros, jéggyári munkás, stb.) dolgoznak; az előidéző ok tehát a hideg éppúgy lehet, mint a meleg, főleg ha ezen két tényező hirtelen váltakozik. E megbetegedés csak a lefolyásban nyilvánuló állandó száraz jellegben és az intenzitásában különbözik más gégehurutól. A beteg sokszor állásvesztéstől félve, munkáját nem hagyja abba, emiatt a lefolyás elhúzódik, a baj többször kiújul, idültté válhat és végül nyálkahártyasorvadásra vezethet. Az idült, száraz gégehurut létrejöttében egyéb betegségek, mint tbc., nephritis is szerepet játszhatnak. *Beregszászi* szerint foglalkozási betegség csak hosszabb idő alatt keletkezhet állandó ártalom hatására, mikor is egyszakmájú munkások nagy számban, hasonló bántalomban betegszenek meg. Foglalkozási betegségnek minősíthető azonban az a megbetegedés is, amelynek előidézésében nem az állandó foglalkozási ártalom szerepel, hanem amikor azonos foglalkozású egyének közös alkat alapján kapnak jellegű és lefolyású heveny betegséget.

Betegeink az Országos Társadalombiztosító Intézet központi esti rendelés-anyagából származnak. 1936-ban 21.690 ambulans beteg közül 129 h. a. szenvedett száraz gégehurutban. A megbetegedés súlyossága szerint három fokozatot különböztettünk meg:

I. *Laryngitis acuta sicca.* (73 beteg.) A betegek arról panaszkodnak, hogy meghültek, elvesztették a hangjukat, a váladékot nem tudják kiköhögni, fájdalmuk nincs. Panaszuk után hysteriás hangtalanságra lehetne gondolni, de vizsgálatkor kitűnik, hogy az orr-garatban legtöbbször száraz hurut van, a gégében az ál- és valódi hangszalagok erősen megduzzadtak, vörösek, szárazak és fénytelenek. Több helyen, főleg a hangszalagok érintkezési felületén beszáradt váladék és felületes eróziók láthatók. A gége reflexingerlékenysége nagy mértékben csökkent, a hangszalagok mozgása korlátozott, feszülés, adductio akadályozott, phonatiókor a hangszalagok csak libegnek, csak az első vagy hátsó harmad mozog, gyakori az internus állás.

II. *Laryngotracheitis crustacea.* (47 beteg.) Itt legtöbbször az orrban ozaenát találunk. A gége külső nyomasra fájdalmas, a beteg sebesnek érzi a gégéjét és hangot adni nem tud. Vizsgálatkor ijesztő kép tűnik elő: az ál- és valódi hangszalagok nagy mértékben duzzadtak, hurutosan beszűrődtek, sokszor tbc.-s vagy lueses infiltratum képét mutatják. A nyálkahártyát száraz, vaskos, sárgásbarna pörkők fedik, melyek erősen tapadnak, leválástáskor véreznek, a pörköket gyakran véralvadék borítja. A duzzadt subglotticus tájéket és részben a légcső falát is hasonló pörkők fedik. Az infiltrált hangszalagok alig mozognak, amihez hozzájárul a vastag, száraz pörkréteg, úgy hogy a hangrés beszűkül. Ennek ellenére a légszomj nem állandó tünet.

III. *Ozaena (oe.) laryngis et tracheae acuta.* (8 beteg.) A másodlagos heveny gége- és légcsőozaena sokkal ritkább, mint az előbbi két fokozat; olyan esetekben látjuk, amikor az orrban is súlyos elváltozás volt és a gége- és légcsőhurutban szenvedő beteg csak 1—2 hét múlva jelentkezett kezelésre. A gége hurutos duzzanata ezekben az esetekben kisebb, ellenben a pörkők még vaskosabbak, szabad nyálkahártyát alig látni. A pörkők szennyes zöldesbarna színűek és kilégzéskor a jellegzetes bűz érezhető. A légcsőben súlyosabb az elváltozás, amennyiben a falat egészen a bifurcatióig vastag pörkréteg borítja. A beteg súlyos benyomást kelt, elesett, anaemiás. Majdnem állandó a nehéz légzés, fulladási rohamok, gyakori a szédülés.

A vázolt betegség oka az ozaenás alkat, mely eseteink 80%-ában kimutatható. A gégefolyamat súlyossága rendszerint az orrelváltozással arányos volt, néhányszor a pörkös gégehurut mellett az orrban bőséges nyákos, genyes váladékképződést találtunk. *Hinsberg* ozaenásokon gégevizsgálattal gyakran talált kiskokú légcsőozaenát, mégis a valódi oe.-t ritkának tartja. *Nerenz* 60 ozaenás esete közül 9-szer látott légcsőelváltozást, ezek közül csak egynek állapota volt súlyos. Lappangó vagy manifest ozaenás betegek hüléses alapon másodlagos heveny gége és légcső oe.-t kapnak, amely esetben azonban mindig nyálkahártyaduzzanatot találunk, atrophia helyett. Több szerző légcsőmetszés után halállal végződő ú. n. elsődleges oe.-t írt le, amikor is az orrban nem mindig találtak elváltozást. Ezen esetekben boncoláskor idült genyes gyulladásokat (homloküreg genyedés, tbc., lues, bronchiektasia, pyelonephritis stb.) találtak. *E. Schulz* a légcső oe.-t a tbc. második stádiuma következményének tartja. Az idült gyulladások következtében a szövetellenállás meggyengült, a csillósörös hengerhám helyét laphám foglalja el s a nyálkahártya alatt lymphocytá és plasma-sejtes beszűrődés keletkezhet. Ilyen irreversibilis változás lehetett az irodalomban közölt 24 eset közül 9 halálos kimenetelű eset oka. Valószínű, hogy eseteinkben a hámmetaplasia nem következett be, hanem csak a csilló-

szörök mozgásának időleges zavara állott fenn és a gyógykezelés folyamán működésük újra helyreállt.

Elkülönítő kórismézés szempontjából kizárandó az infiltratív tbc. azon alakja, ahol a felületes fekélyeket lepedék takarja. A lues a második stádiumban hasonló elváltozást okozhat a gégeben és légcsőben. Gége- és légcső-diphtheria esetén a lázmenet és bakt. tenyésztés útbaigazít. A heveny gége- és légcső ozaenában szenvedő beteg lázta'an. A tracheobronchitis fibrinosa septikus tünetek mellett legnagyobb részét letális kimenetelű megbetegedés. A kezdődő gége- és légcső skleroma tünetei teljesen ugyanazok lehetnek, ha az orrban és garatban a jellegzetes csomók és hegek hiányzanak.

A heveny pörkös gégehurut és ozaena kórjólata jó, habár *Baginszky* rámutat a másodlagos fertőzés és perichondritis veszélyére. Tapasztalataink szerint a kezelésbevitel után a folyamat javul. Eseteink mind secundær oek voltak s mind meggyógyultak. A megjelenési idő rendszerint a menstruatio megindulása előtti és utáni 2 nap között szokott lenni. Az időjárás is befolyással volt, amennyiben az ősztél, tél-tavaszi közti átmeneti időben a betegek tömegesen jelentkeztek, míg nyáron csak elvétve fordul elő ilyen megbetegedés. 5 esetünkben a bántalom a graviditás első jele gyanánt lépett fel. Egy klinikailag is észlelt betegünkön, ahol a gégebemenetet fixációs stenosis is szűkítette, graviditás alatt II. fokú pörkös gégehurut keletkezett súlyos légzési nehézségekkel. Az intézetben elhelyezett betegen mindennapi kezelés dacára, minden éjjel be kellett avatkozni és a pörköket eltávolítani, hogy a fulladás veszélyét elkerüljük. A következő graviditáskor újra jelentkeztek a légzési panaszok és *Lénárt* prof. a gégeelváltozás alapján és a várható súlyosbodás miatt művi vétés javallatát állította fel. Azóta újabb terhesség nem következett be s a beteg panaszmentes.

Hogy miért jelentkezik ezen betegség szinte kizárólag háztartásbeli fiatal nőknél, az socialis helyzetükben keresendő. A háztartási alkalmazottak rendszerint a nép alsó rétegéből kerülnek ki és az ozaenás dispositiót, a rossz táplálkozás (avitaminosis), gyakoribb heveny járványos betegségek idézhetik elő. A betegek fiatal, 16—30 éves korúak és az ozaena ebben a korban jelentkezik leggyakrabban. Ezen egyének munkahelye és életmódja is hatással van a betegség kifejlődésére: a forró tűzhely mellől — hideg pincébe járnak és gyakran porártalomnak is ki vannak téve. Az ozaenás vérszegény, és kisebb ellenállásu nyálkahártya csillószőreinek mozgására a hideg-meleg változás időleges bénító hatást fejthet ki, amit a menstruatioval kapcsolatos indispositio is elősegít.

A gyógykezelés a pörkök eltávolítására és új pörképződés megakadályozására irányul. E célból köptető adunk nyálkaelválasztás fokozására, ami egyrészt meglazítja a pörköket, másrészt a nyálka bactericid hatása akadályozza a rothasztó bakteriumok elszaporodását s az ozaena kifejlődését. A gége ecsetelése egyszerre nagytömegű pörk leválasztására vezethet, a mi fulladozást idézhet elő, másrészt a pörkök erőszakos leválasztása vérzést okozhat. A menthololaj befecskendezése majdnem hatástalan. Péntztári tömegrendelésünkön $\frac{3}{4}$ ccm. menthololajos, $\frac{1}{2}$ ccm jódglycerint adunk és ezt fecskendezük a gégebe. Az instillációt előzetes érzéstelenítés nélkül adjuk és gégegörcsöt egy esetben sem észleltünk, sőt befecskendezés alig vált ki köhögési ingert. Utána $\frac{1}{4}$ órára félre ültetjük a beteget, hogy ezalatt a menthololaj fellazítsa a pörköt és a jódglycerin a nyálkahártyához jutva nyálkaelválasztást indítson meg. Néhány esetünkben a gége érzéketlensége oly foku volt, hogy a köhögési inger kiváltására menthololaj nélküli jódglycerin befecskendezésére volt

szükség. Az instillációt megismételve a pörkök egyrésze leválik és a beteg kiköhögi azokat, miáltal a légzés könnyebb lesz. Tekintve, hogy a bántalom megjelenése és a menstruatio közt feltűnő összefüggés van, a betegekkel ovarium tablettákat is szedetünk. Az így kezelt betegek gyógyulása előbb következett be. A betegeket naponta kezeljük, erre a pörkelváltozás csakhamar könnyebben megy végbe és 7—8 napi kezelés után már a reflexingerlék nység kezd visszatérni, a hangszalagok mozgása erőteljesebb és a beteg beszélni is tud, ami psychikusan jó hatást gyakorol.

A gyógyulás átlag 2—3 hetet vesz igénybe mindennapi kezelés mellett. A pörképződési hajlam fokozatosan megszűnik, a reflexingerlékenység helyre áll, a beidegzési zavar elmúlik. Az esetek felében teljes a gyógyulás, több vérszegény betegen a gége nyálkahártya még sokáig fénytelen, száraz, 3 esetünkben a pörkösödés megszűnte után tbc.-és göböket fedtük fel; 25 betegünkön a pörkös gégehurut minden évben jelentkezett. Légcsőmetszésre legsúlyosabb esetünkben sem volt szükség.

A háztartási alkalmazottakon az időszakonként jelentkező pörkös gégehurut és ozaena jódovarium kezelésre meggyógyul. Itt látjuk megnyilvánulni a kötelező biztosítás előnyét, mikor a betegek rögtön kezelés alá kerülnek, s ezzel magyarázható, hogy eseteink közül egyet sem veszítettünk el.

Kecskés Zoltán dr.

a légészeti klinika tanársegéde, az O. T. I. szakorvosa.

Különböző eredetű üregképződések a tüdőben.

A tüdőben üreg — illetőleg cavernaképződéssel járhatnak elsősorban a tuberculosis, továbbá a bronchiektasia, a cysta, az abscessus a carcinoma, a gangraena, az echinococcus, a lymphocytosis, a lues, a pneumonia és a gombás megbetegedések.

A cavernáról ma már tudjuk, hogy a legnagyobb része csak röntgendiagnostikával ismerhető fel. A röntgeneljárásokkal ki lehet mutatni, hogy a „néma cavernák” száma igen nagy. A Wintrich, Gerhardt és Friedrich-féle tünetek nem jellegzetesek, viszont bizonyos csengő szörtyözörek, ropogások, pattogások caverna jelenléte mellett szólnak. A tuberculotikus cavernákat két csoportba osztjuk: 1. a Ranke-féle második stádiumba tartozó vékonyszélű cavum, amely egészséges tüdőszövetbe szokott ágyazva feküdni, 2. a harmadik stadiumhoz tartozó vastag és merev falú ovális, vagy kiszögélő alakú cavum, amely az egészséges szövet felé beszűrődéses zónával határolódik el. A szövetszétésés következtében a caverna-üregben a röntgensugár nem mutat tüdőrajzolatot. A cavernából elvezető bronchust gyakran látni lehet, ilyenkor az egész képződmény tennisütő alakot mutat. Ha az elvezető bronchus nem a caverna legmélyebben fekvő pontján száradzik be, akkor folyadékkréteg keletkezik, amely diagnostikai szempontból bir fontossággal. Kétes esetekben a cavernaszéleket diagnostikai pneumothorax segítségével lehet látni. Ilyenkor esetleg a légmellel therapiás célokra továbbra is fenn lehet tartani. Reggel a „tüdőtoilette” előtt a folyadékkréteg nagyobb szokott lenni, mint napközben, amikor a beteg már sokat köpött. A cavum oly módon is változtathatja alakját, hogy megnő, mert a bronchusokon bejutó levegő kifeszíti a falakat, vagy megkisebbedhetik, mert a bronchus elzáródása következtében a benne levő levegő felszívódik. A borda, szív vagy a rekeszek árnyékába eső cavernákat nehezen lehet felismerni.

Ugyancsak nehézséget okozhat az izolált hilus-caverna felismerése, mert ezen a tájon a különböző síkokban fekvő vér-, nyirokerek és bronchusok a vizsgáló szem számára körárnyékot adhatnak. A diagnoszt a különböző síkokban végzett átvilágítás, vagy a célzott felvétel dönti el. Cavernára akkor van gyanu, ha Koch-bacillusok kimutathatók, ha ismételten hurutos állapot lépett fel és vérzések fordulnak elő. Ha a beteg köpetében sok a Koch-bacillus, akkor valószínű, hogy cavernája van. A harmadik stádiumhoz tartozó cavernára jellemző, hogy a tüdőkhöz rajta kívül is vannak tuberculotikus elváltozások.

A különböző alakú *bronchiektáziák* a felső és az alsó lebenyben fordulhatnak elő. A felső lebenyben jobb a bronchusdrainage, ezért folyadékretteg inkább az alsó lebenyben szokott látható lenni. A különböző síkokban fekvő üregek szabálytalan hálózatot képeznek. Az üregekben folyadék és felette levegő látható. Ilyenkor félhó'd alakú sűrű árnyékot és felette félkör alakú felritkulást láthatunk. Sokszor csak bronchographiával lehet a bronchiektáziát felismerni. A köpetmennyiségek az üregek nagyságától függ, a köpet ürítésére jellemző, hogy „teliszáj” történik. A különböző eredetű tüdőzsugorodások másodlagosan bronchiektáziákat okozhatnak.

A *cysták* veleszületett képződmények, amelyeknek kiterjedése a kis üregek és lebenynagyságu caverna között változhatik. Többszörösen fordulhatnak elő, különböző rétegekben fekszenek s a röntgenképen jellegzetes hálózatot mutatnak. Az árnyék milyenségétől függ, hogy van-e a cystában folyadék vagy levegő. A lebenynagyságu cystákat, amelyeknek területén tüdőrajzolat nincs, pneumothoraxszal lehet összetéveszteni. Kétes eseteket bronchographiával vagy diagnostikus pneumothoraxszal lehet tisztázni.

Az *abscessus pneumonia*, aspiráció vagy metastasis alapján keletkezhetik. Amíg a beszűrődéses állapotban van, nehezen lehet a genuin pneumoniától megkülönböztetni, ha a tályogür kiképződött, akkor a diagnosis már könnyebben állítható fel. Az üreg, amelyben folyadéknyivó szokott lenni, vagy majdnem egészséges, vagy pneumoniásan infiltrált szövetben fekszik. A folyamat rátérjedhet a mellhártyára, ilyenkor szuró fájdalmak jelentkezhetnek, de felléphet izzadmány is. A köpet akkor szokott nagymennyiségű lenni, ha a tályog áttör a bronchusokba. A gennyes köpetnek kellemetlen szaga van. Ha a tályog áttör a bronchusokba, teljesen kiürülhet és meggyógyulhat, de átmehet a chronikus pneumoniába is. A *carcinoma* táplálkozási zavar következtében széteshet és caverna képződhet, amelynek felháynt szélét a továbburjázó szövet képezi. A cavernában folyadéknyivó is lehetséges.

A *gangraena* éppen úgy, mint a bronchiektasia, az abscessus és az *echinococcus* legtöbbször a jobb alsó lebenyben fordul elő. Nemcsak a köpet, hanem a lehelet is büzös szokott lenni. A köpet mennyisége 500 cm-et is elérhet. A gangraena vagy beolvad, vagy a beszűrődés állapotában tovább terjed. A röntgenkép nem szokott ilyenkor tiszta helyzetet teremteni. Míg abscessus esetén a köpetben rugalmas rostokat találunk, a gangraenára inkább a tüdősequester jellemző. Multiplex beolvadások esetén a tüdő átlukasztottnak látszik, a gangraenaüregek szabálytalanok és sokféle alakot mutatnak. A gangraenát rothadásos kórokozó idézi elő, míg az abscessust gennykeltők.

A sikeres operatio szempontjából fontos, hogy az *echinococcus* korán diagnosztisálják, mielőtt még a köpetben hárták, hólyagocskák vagy horgok mutatkoznak. A tüdőben legtöbbször tojásnagyságu vagy nagyobb éles-szélű, tömött árnyékot ad, amelyben esetleg felritkulás látható. Az eosinophilia kimutatása a fontos.

A *lymphogranulomatosis* a hilusban cavernaárnyékkal járhat, a *lueses gumma* széteshet és üreg képződhetik. Előrehaladt *pneumokoniosis* táplálkozási zavar következtében szövetszétéssel és üregképződéssel járhat, ugyan-csak üregképződést láttak *gombás megbetegedésekben is*.

Lénárt Egon dr.

A Korányi üdülőtelep főorvosa.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: Tisztelettel kérem méltóztassék felvilágosítást adni, hogy *körorvos* az orvosi kör területén *hivatalosan megállapított tarifa mellett végzett munkák díja után tartozik-e forgalmi adót fizetni?*

Folyó évre forgalmi adót vetettek ki rám, pedig más jövedelmem nincs, mint a körorvosi fizetésem és a hivatalosan megállapított tarifa mellett látom el a kör területéről hozzám forduló betegeket. A forgalmiadó kivetés ellen panasszal éltem a Közigazgatási Birósághoz. Panaszomat azzal utasították el, hogy meg sem kíséreltem bebizonyítani, hogy nincs magánpraxisból származó X pengő jövedelmem. A 70 filléres 7 éven aluliaknak és az 1.40 P-ös rendelés csak nem számíthat magánpraxisnak, amellyel az orvos munkáját megfizetik? Más praxisom — sajnos — nincs, csak azt nem tudom, hogy a magas Közigazgatási Biróságnál hogyan kell bebizonyítani azt, ami nincs.

Fentiek előrebocsátása után kérem annak szíves közlését, hogy a terhemre előírt forgalmiadót jogosan állapították-e meg. Ha azonban a kivetésnek jogalapja nincsen, kérem szíves közlését annak is, hogy minő jogorvoslattal érhetek és az erre vonatkozó törvényes rendelkezéseket hol található meg.

A községi szülész nőnek a szülés levezetéséért és a gyermekágyas ellátásáért a vármegyei szabályrendelet értelmében 5.40 P jár. A község lakói szegények, így még az 5.40 P-t sem kapja meg mindenhol. Kérem annak szíves közlését is, hogy az így befolyó 5.40 P után a községi szülész nő köteles-e forgalmi adót fizetni?

H. L. dr.

Felelet: Forgalmi adót tartozik fizetni mindenki, aki önálló kereseti tevékenységet folytat és bevételei nem bér, vagy alkalmazotti viszonyból származnak. A forgalmi adó alapja a végzett munka (orvosi gyakorlat) fejében a folyó évben készpénzben vagy más alakban kapott nyers bevétel, fizetés, vagy ellenszolgáltatás. Jogában áll az orvosnak a forgalmi adót betégre áthárítani, illetve azt a honoráriumba beszámítani. Az adó kulcsa 3%.

A fentiek szerint tehát — tekintet nélkül a befolyt orvosi munkadíj csekély voltára — a körorvos forgalmi adót köteles fizetni a 70 fillérek után is, mert ez az összeg pénzügyi jogi szempontból magánpraxisból származottnak tekintendő. A budapesti forgalmi adó hatóságok is ezt a gyakorlatot folytatják.

Ugyanez áll a szülész nő esetére is. A tényleg befolyt 5.40 P-s szülész női díjak után neki is forgalmi adó kell fizetnie.

A forgalmi adó kivetése ellen a kivetésről szóló értesítés (fizetési meghagyás) vételétől számított 15 nap alatt lehet fellebbezéssel élni a pénzügyigazgatásához.

Orsz. Orvosi Kamara.

A *chronikus ízületi és inüvelygyulladások* kezelésében a meleg alkalmazásának kiemelkedő szerepe van. A physikal's gyógy módok közül a diathermia és újabban a rövid hullám a balneoterapiától mindig több teret látszik elhódítani. Az eredmények jók, a kezelés kényelmes és tiszta; mégis van egy igen nagy része a betegeknek, kiknek a mozgási korlátozottság nem akar javulni, a folyamat nem jut nyugvóra. Ilyen esetben akárhányszor frappáns eredményt érünk el *iszapkezeléssel* thermal's fürdőkkel kapcsolatban. Az iszap melege éppen a legújabb vizsgálatok tanúsága szerint sokkal mélyrehatóbb és intenzívebb, mint gondoltuk, a nedvkeringést nagyobb mértékben élénkíti, mint az említett elektrotherapiás eljárások és úgy látszik, ennek tulajdonítható, hogy chronikus, torpid folyamatok néha egy kezdeti heves reactio után oldódnak, a mozgások felszabadulnak. A mobilisatióknak igen hatásos támogatója a szakszerűen elvégzett massage.

A székesfővárosi Szent Gellért és Széchenyi gyógyfürdőkben az iszapkezelést tanult és tapasztalt fürdőszemélyzet végzi, mely a beteget belküldő orvos utasításaihoz szigoruan tartja magát.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

A rák laboratóriumi diagnostikájának fejlesztésére irányuló újabb törekvések.

A rosszindulatú daganatok sikeres gyógyításának elengedhetetlen előfeltétele a korai kórjelzés. Sajnos, a belső szervek rákjai rendszeren már csak akkor kórismézhetőek, amikor kiterjedésük, vagy szövödményeik miatt az eredményes beavatkozás már lehetetlen. Ezért az orvostudomány állandó törekvése olyan indirect laboratóriumi eljárás kidolgozása, amelynek segítségével a belső szervek rákjainak jelenléte már fejlődésük korai stádiumában és megbízhatóan megállapítható volna.

A legutóbbi évek alatt az orvosi folyóiratok hasábjain többször találkozhatunk az Aron-féle kémleléssel foglalkozó közlésekkel. Aron Max vizsgálatai szerint rákos betegek vizelete olyan anyagot („principium”) tartalmaz, amely nyúlak mellékveséjének kéregállományában jellegzetes elváltozást: a lipoid-tartalékok kiürülését okozza. A reactio elvégzése előtt a nyúl bal mellékveséjéből egy darabot kimetsz és azt szövettanilag feldolgozza. A vizsgálandó beteg vizeletének 1000—1200 ccm. mennyiségét alkohollal kicsapja, a praecipitatumot in vacuo szárítja és élettani konyhasós oldatban oldja; ezen oldatot szűri és a szűrlet hasüregbe történő beoltásával kezeli a nyúlakat. A kezelés befejeztével a jobboldali mellékvese egy darabját eltávolítja, abból kórszöveti metszeteket készít és a szövettani képet összehasonlítva a kémlelés előtti szövettani vizsgálat leletével, állítja fel a kórjelzést. Szerinte módszerével rákos esetek 85%-ában pozitív, nem rákosak 89%-ában negatív eredmény érhető el. Sajnos, ezen eljárást számosan nagyon szigorú kritikában részesítették. Takatsuki Hideo (1935) 17 rákos és sarkomás betegen végzett vizsgálatai alapján úgy véli, hogy a módszer értékes klinikai segédeszköz, csak a terhesség fennállását kell kizárni. Hazánkban Kálló Antal 25 esetben végezte el az Aron-féle reactiót, de a rákos eseteknek csak felében nyert tevőleges eredményt, míg egy esetben egészséges és két esetben nem rákos vizelet is gyengén pozitív eredményt adott. Így Kálló az Aron-féle „principium” létezését nem, csupán fajlagosságát vonja kétségbe és nyitva hagyja annak a lehetőségét, amely szerint az eljárás tökéletesítésével az Aron-féle reactio esetleg quantitative elkülöníthetővé válik még más, a mellékvesét károsító hatásoktól. Aron újabban (1937) úgy találta, hogy rákos betegek vizeletkivonatainak és rákos betegek vérsavójának keveréke zavarodást mutat, amely sokszor a pelyhes kicsapódásig fokozódik; 100 biztos rákos beteg közül csak 3—4 reagált nemlegesen; nem rákos betegek seruma rákos vizeletek kivonataival szintén adhat zavarodást, de ez a reactio lassan lép fel és nagyon gyenge is. Ezen újabb eljárásról utánvizsgálódások még nem ismeretesek.

Ismételten felhívom a figyelmet arra, hogy a rosszindulatú daganatok laboratóriumi kórjelzése — minden valószínűség szerint — csak a serologiai módszerek felhasználásával lesz lehetséges, mivel az elmúlt hét év irodalmi közlései, valamint saját vizsgálataink is bizonyítani látszanak egyfelől azt, hogy a rákos szövet mint antigen szerepelhet, másfelől azt, hogy a szervezetben ezen antigen hatására ellenanyagok termelődnek. Ezen kísérleti eredményeken épült fel a rákos betegek kimutatására törekvő serologiai módszerek legnagyobb része.

Ezen serologiai módszerek közül a Freund-Kaminer-féle cytolytisises módszert 1934-ben Klein módosította oly módon, hogy lebontandó anyag gyanánt nem emberi, hanem állati daganatsejteket használt. Módszere lényegében azon alapszik, hogy egyforma idős, mindig hasonló módon előkezelt, meghatározott állati rákokból sejtszuszpenziót készít, ezt összekeveri a vizsgálandó vérsavóval és a tumorsejtek számát úgy az összekeverés megtörténtével, mint bizonyos ideig termosban időzés után megállapítja. Egészséges egyének vérsavója a daganatsejtek legnagyobb részét feloldja, míg a rákos betegek seruma erre nem képes. Az ún. „zavaró tényezők” (gyomorfekély, lues, gümőkór, terhesség, altatószerek, insulin, emésztőnedvek hatása, étel-retentio, vérzés, röntgen- és rádiumsugarak) kiküszöbölése után eljárásával állítólag 93—97%-ban helyes eredményt tudott elérni. Nagy feltűnést keltő és szinte sensatiós részleteket tartalmazó frankfurti előadásában a módszer részleteit nem közölte, csak a hozzá beküldött vérsavók vizsgálatát volt hajlandó elvégezni. A módszert kipróbálók közül Simon 97%, Wittenbeck 88%, Kretz és Pellegrini 95.7%, Grögler 92.6%, Hepp 90—93% stb. helyes eredményről számoltak be. Ezzel szemben Barthels Claus már csak 56%, Karitzky 64%-ban, Horster 52%-ban nyertek az említett laboratóriumtól helyes vizsgálati eredményt. Stöhr és Pfeil a módszert megbízhatatlannak tartják. Lönne közlése szerint gyakran megtörtént, hogy midőn egy és ugyanazon beteg véréből különböző nevek alatt kétszer küldték el Klein-hez, az egyik próbára nézve pozitív, a másikra negatív eredményt kaptak. Simon és Wittenbeck a Zeitschrift für Krebsforschung 42-ik kötetében a Klein-reactióról nagy elismeréssel nyilatkoznak; ugyanezen folyóirat 45-ik kötetében bevallják, hogy reményeik sem klinikai, sem gyakorlati szempontból nem váltak be, mert az eljárás nem ad megbízható eredményeket. Időközben az oppau Biológiai Laboratórium lehetővé tette számukra azt, hogy a vizsgálatok gyakorlati kivitelébe teljes betekintést nyerhessenek. Ennek következtében a Biológiai Laboratóriummal egyetértésben megállapították, hogy a hibás vizsgálati eredmények okai a methodikai nehézségekben keresendők, amelyek olyan nagyoknak bizonyultak, hogy a Klein reactio a daganatos betegségek kórjelzéséhez nem használható fel. Ennek következtében az oppau intézet a vérvizsgálatok végzését beszüntette. Így a Klein-féle kémlelés méltán lekerült a napirendről.

A rák laboratóriumi kórjelzéséhez napjainkban legjobban a Fuchs-féle reactio használható fel, amely hosszú évek alapos, rendszeres és komoly tudományos vizsgálatain épült fel. A kémlelés alapját H. J. Fuchs azon megállapítása képezi, amely szerint a normalis vérsavó specifikus fermentumok segítségével lebontani képes a rákos fibrint, vagy a rákos beteg vérsavójából készült substratumot, ellenben nem támadja meg a normalis fajazonos fibrint vagy vérsavó-anyagot. Ezzel szemben a rákos beteg vérsavója lebontja a normalis fibrint vagy az egészséges vérsavóból készített substratumot, ellenben érintetlenül hagyja a rákos rostonyát, vagy a rákos vérsavó anyagait. A reactio beállítása oly módon történik, hogy az I. sz. kémcsőbe beméri a vizsgálandó vérsavó 2 ccm-ét, a II. sz. csőbe 2 ccm. vérsavót és 10 mgr. normalis fibrint (vagy normalis vérsavó-substratumot), a III. sz. csőbe 2 ccm. vérsavót és 10 mgr. rákos fibrint (vagy rákos vérsavó-anyagot). A csövek 12—16 órára 40 fokos thermostatba helyeztetnek, majd ezen idő elmúltá-

val mindhárom cső maradék-nitrogén tartalma megállapítottatik. Aszerint, hogy a vizsgálandó vérsavó a normális, vagy rákos egyén fibrinjét, illetve vérsavó-substratumát bontotta-e le, következtetnek arra, hogy a vizsgált vérsavó rákos vagy nem rákos egyénből származik-e? *Minibeck* (1935) a nagyon is kényes eredeti Fuchs-féle módszert egyszerűsítette. Végül *Lotthammer* és *Rosenbohn* (1937) kimutatták, hogy egészséges és daganatos patkányok szerveiből készített substratumok épp oly jól használhatók a a reakcióhoz, mint normális, vagy rákos emberi fibrin vagy vérsavó anyag, amely megállapítás következtében a lebontandó anyagok előállítás és megszerzése lényegesen könnyebbé vált. *Minibeck* (1936) 17 rákos és 23 nem rákos eset mindegyikében helyes körjelzést tudott az általa módosított reakcióval felállítani. Számos más utánvizsgáló szerint az eljárás aránylag kis kiterjedésű rosszindulatú daganatok jelenlétét is elárulja, amiért is a rák korai körisméjéhez is felhasználható; 90%-on felüli megbízhatósága következtében az eddigi serologiai módszerek mindegyikét felülmulja. Egyetlen hátránya a meglehetősen nagy gyakorlatot igénylő nagyon finom és kényes technika.

A Fuchs-féle reakciónál könnyebben végezhető, de egyelőre még korántsem örvend általánosabb elterjedésnek a *Lehmann-Faciuss* féle praecipitációs eljárás, amelyet japán szerzők módosítottak. A módszer lényege az, hogy megfelelő emberi daganatokból phosphatida-tartalmú kivonatokat állítanak elő, amely kivonatokat megfelelő arányban összekevertetnek a vizsgálandó vérsavó euglobulinfractiójával; többszöri centrifugálás után rákos vérsavó jelenlétében praecipitatio jelentkezik. *Lehmann Faciuss* saját módszerével 90—97%-os, a japán szerzők 92—95%-os helyes eredményt értek el; utóbbiak szerint a módszer alkalmas úgy a jó- és rosszindulatú daganatok, mint a sarkomák és carcinomák elkülönítésére, tüdőtumороk diagnosztizálására és a rosszindulatú daganatok korai körjelzésére (patkány-, nyul- és tyúksarkomák, valamint patkányrákok eseteiben a reactio positiv volt már akkor is, amikor a daganatok még csak borsónyiak voltak.). Annyi bizonyos, hogy a kémzés elméleti alapjai megfelelőek, s az eljárásnak nagy előnye az, hogy lényegesen egyszerűbb és könnyebben keresztülvihető, mint a Fuchs-féle kémzés. Saját tapasztalataink alapján azonban úgy látjuk, hogy a megfelelő emberi daganatkivonat elkészítése és kitrálása nem a legegyszerűbb feladat. E nehézségen azonban megfelelő állati daganat felhasználásával segíteni lehet.

A rák laboratoriumi körjelzésének céljaira — eltekintve a teljesen megbízható eredményeket szolgáltatató kórszövet-tani vizsgálatától — jelenleg csak a *Fuchs-* és a japán szerzők által módosított *Lehmann-Faciuss* féle kémzés jöhet szóba. Előbbi a külföldi államokban mind jobban és jobban elterjed; valószínűleg ez lesz a sorsa az utóbb említett eljárásnak is. E két vizsgáló módszer rendszeres alkalmazásához azonban megfelelő berendezés, megfelelő és állandó gyakorlat szükséges; nagyon fontos volna a különböző intézmények szoros együttműködése azon célból, hogy a vizsgálatokat végző laboratórium egyfelől megfelelő és friss, műtételt eltávolított daganatokat kaphasson, másfelől, hogy állandóan lehetőleg nagy számban álljanak rendelkezésére úgy rákos, mint nem rákos vérsavók. Fontos volna a kémlések céljaira legalább egy-egy megfelelő és megbízható nyul-carcinoma- és nyulsarkoma-törzset életben tartani. Ilyen körülmények fennforgása esetében a rák laboratoriumi serologiai körjelzése a kórszövet-tani vizsgálatok számára hozzáférhetetlen esetekben már nagy segítségére lehetne a klinikus orvosoknak.

Putnok Gyula dr., egyet. magántanár, főorvos.

Az asthma bronchiale kezelése.

Az asthma első tünetei nem egyszer már gyermekkorban jelentkeznek. A gyermekkori asthma gyakran rövid lefolyású, néhány rövidebb, vagy hosszabb időközben mutatózó roham után véglegesen elmarad. Nem ritkák azok az esetek sem, amidőn a gyermekkori asthma (vagy más allergiás megbetegedés, pld. urticaria, szénaláz stb.) csak megelőzője a később, felnőttkorban jelentkező asthmának. Bizonyos, hogy az asthmások alkata többnyire astheniás, vékony, gracilis csontalkatúak, inkább soványak, mint kövérek és sokszor kifejezetten érzékenyebbek, gyengébb idegrendszerrel bírnak. A roham rendszeren váratlanul lép fel, aránylag csekélyebb azoknak az eseteknek a száma, melyekben prodromák (kaparó érzés az orrban, torokban stb.) jelzik a roham közeledtét. A panaszok főleg lassabban, vagy gyorsabban kifejlődő nehézlégzésből állanak, melyhez félelem érzése csatlakozhat. A légszomj oly nagy fokú, hogy a beteg felül ágyában, megkapaszkodik, hogy légzési segédizmait is működtetni tudja (orthopnoe). A megszükkült és szívós váladékkal telt bronchusokban keletkező sipolások, stridoros légzés gyakran már az ágy közelében is jól hallhatók. A kilégzés jelentősen meghosszabbodott. A roham végén erőltetett köhögés közben szívós, üveges köpet ürül, melyben *Charcot-Leyden* kristályokat, eosinophil leukocytákat és *Curschmann* spirálisokat láthatunk görcsös állat. Körisméjüket megerősíthetik a minőségi vérképben a roham végén megjelenő eosinophil leukocyták, melyek néha a rohammentes időszakokban is meg vannak szaporodva, a roham elején azonban többnyire megfogynak, vagy teljesen el is tűnnek. A betegség elkülönítése hasonló tüneteket okozó betegségektől nem nehéz. A köpet és vérkép vizsgálata és az orthopnoe nagy valószínűséggel biztosíthatják diagnosisunkat. — Az asthma cardiales dyspnoe nem expiratorikus, a köpetben szívbafejteket találunk és többnyire nem nehéz a keringési zavart (hypertonia) fellelnünk. A hysteriás dyspnoeaban szenvedő panaszai sokkal súlyosabbak, mintsem objectiv vizsgálatokkal elfogadhatónak találunk, a köpet nem jellemző és a dyspnoe psychikusan (physiologias konyhasó oldat bőr alá fecskendezése) jól befolyásolható.

Közelebb férközünk az asthma gyógyításához akkor, ha röviden áttekintjük mai ismereteinket a szóbajöhethető pathogenetikai factorokról. Legnagyobb jelentőséggel számunkra a toxikus asthma bír, mely lehet direct toxikus és indirect toxikus.

A direct toxikus asthma jóval ritkább, mint az indirect, a szervezet valamely megbetegedésevel, vagy állapottal (uraemia, erős leihülés, stb.) kapcsolatban maga termel histaminszerű anyagot (shockméreg).

Az indirect toxikus asthma az allergiás asthma, mely bár egészen tisztán ritkán fordul elő, kevert formáiban dominálva a legnagyobb jelentőségű az asthma bronchiale pathogenesisében. Két csoportja az allergiás asthmának a dispositio nélküli és a született dispositióval kapcsolatos asthma, mely utóbbihoz csatlakozik ennek extrem lehetősége a nemspezifikus reflexasthma, mely vegyi, thermikus, mechanikus vagy egyéb bizonyosan nem specifikus okok következtében jelentkezik dyspnoes roham alakjában. A psychikus asthma alkati betegség és többnyire ismeretlen psychikus factorok váltják ki.

Az elmondottakból következik, hogy legnagyobb jelentőségű és a gyakorló orvos számára a legkönnyebben hozzáférhető a toxikus asthma két csoportja, melyet histaminszerű anyagok váltanak ki és tartanak fenn. Ezeket a mérgező anyagokat allergének mobilisálják, amik újabb kutatások szerint nem feltétlenül nitrogen tartalmu anya-

gok és igen kis mennyiségük elegendő a roham kiváltására. Gyermekkorban gyakrabban az élelmiszer allergenek, míg felnőtt korban nagyobb szerepe van a klíma, por, szőr, stb. allergeneknek.

A gyógyító orvos feladata kettős. Első feladata az asthmás roham megszüntetése, majd a rohammentes időben törekednie kell az ok kiküszöbölésére és kiküszöbölésére, vagy ha ez nem lehetséges az érzékenységet csökkentésére.

Prophylaktikusan leghelyesebb, ha a beteg egyéni tapasztalataira bizzuk magunkat. Gyakran már a körelőzményben hallhatjuk, hogy ködös időjárás, bizonyos étel fogyasztása, poros, füstös levegőben tartózkodás, idegen lakásban alvás, szőrmével díszített ruha viselése stb. után mutatkozhat roham. Természetes, hogy igyekezzünk ezeket a faktorokat részben kiküszöbölni, másrészt azonban felhasználjuk támpontul a kiváltó ok milyenségének keresésére és a gyógyításban is.

A heveny roham megszüntetésére gyógyszeresen avatkozunk be. Legrégebben ismertek a különböző füstölő keverékek és asthma cigaretták, melyek fő alkotórészei Hyosciamus, Datura, Stramonium, Belladonna (tehát az atropin származékokat tartalmazó drogok) és menthol, eucalyptus, camphor vagy egyéb expectoratiót elősegítő anyagok. A füstölő porok ezenkívül kevés salétromot is tartalmaznak, az elégés megkönnyítésére. Használatuk egyszerű, könnyű, hatásuk kezdetben nem súlyos esetekben és nem túl gyakori használat mellett (megszokás) elég biztos. Hogy alkalmazásukat nem ajánljuk és csak kivételesen engedélyezzük, annak oka az, hogy a beteget kivonja a gyógyító orvos hatásköréből és elodózza a komoly és radicalis gyógyítást. — Többnyire olyankor ajánljuk, midőn az orvos n hezen érhető el, a rohamok nem túl gyakran ismétlődnek meg. Nem szabad azonban sohasem elfeledkezni arról, hogy a hosszú ideig fennálló asthma bronchiale maradandó következményekkel (emphysema, jobb kamra hypertrophia, pneumonia, influenza hajlam, idősült bronchitis stb.) jár együtt és ezért igyekezzünk részben a rohamok számát csökkenteni, másrészt az ok, vagy érzékenység megszüntetésével a betegséget gyógyítani. A füstölő porok és asthma cigaretták száma felsorolhatatlanul nagy, a kívánt célnak — a kezdődő roham megszüntetése — úgyszólván mindegyikük megfelel. A roham momentán szüntetésére alkalmazhatunk adrenalin subcutan $\frac{1}{2}$ —1 ccm vagy hasonló készítményeket, melyek adrenalin mellett többnyire hypophysin kivonatot tartalmaznak. (Lysasthmin és a külföldi Asthmolysin.) Az adrenalin tartalmu szereket óvatosan adagoljuk (hirtelen hatás) inkább kisebb adagot ismételjünk meg elégtelen hatás esetén (vérnyomás emelkedés, szívdobogás). *Tiefensee* szerint helyesebb adrenalin helyett Sympathin használni. Elég jó eredménnyel alkalmazhatók az inhaláló készülékek is, melyeket a beteg maga használ főleg adrenalin, hypophysin kivonatot, mentholt tartalmú szerekekkel (Bronchovudin, Glyciran, stb.), melyekhez hasonlókat magistralisan is összeállíthatunk. Atropinból $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ mgr.-ot adhatunk subcutan a roham szüntetésére. Jó hatásuk a nitritek (nitroglycerin, charta nitrata, vagy a füstölőkeverékek kalium nitrataja.) Morphium származékokat a megszokás veszedelme miatt egyáltalán nem adunk, a felsorolt szerek bármelyike tökéletesen pótolja a morphium dyspnoet csökkentő hatását.

A rohammentes időt használjuk fel az ok felkutatására. Egyes esetekben az okot igen könnyen fel tudjuk deríteni, más esetekben pedig leggondosabb kutatásaink sem vezetnek célhoz. Segítségünkre lehetnek ebben a s. játékszítésű, vagy gyári „allergen diagnostikumok”. Ha az okot ki tudtuk deríteni, akkor megkíséreljük a beteget a megfelelő allergennel desensibilizálni. Ma már nem kell

magunknak készítenünk az allergen oldatokat, mert a legtöbb szóba jöhető allergen igen pontos, tiszta és megbízható gyári készítmény alakjában áll rendelkezésünkre. Ha nem tudjuk az allergent kidőriteni, akkor a nem specifikus desensibilizáláshoz fordulunk.

Régebben a nem specifikus desensibilizálást a legkülönbözőbb anyagokkal, főleg fehérje bomlás termékekkel (pepton) végeztük. Mióta a histamin származékok fontos szerepét a toxikus allergiás asthma létrejöttében ismerjük, közvetlenül is desensibilizálhatunk histaminnal (Histodil mite és Histodil forte). Lényege a desensibilizálásnak a meghatározott időközökben emelkedő adagokban subcutan adott histamin származék (a Histodil histamin dihydrochloridot tartalmaz). A histamin therapia bevezetése óta egyéb nem specifikus desensibilizálási eljárások inkább csak történelmi jelentőséggel bírnak.

Teljeség kedvéért meg kell említenünk a röntgen besugárzásokat is, melyek egyes esetekben igen szép eredménnyel járhatnak. Az általános kezelés részben az alkalosis illetve a diathesis befolyásolásában (calcium, ammonium phosphoricum, éheznapok) részben pedig a gyakran hatásos klimatikus kezelésben (tengeri levegő) állhat. Befejezésül ismét hangsúlyoznunk kell azt, hogy célunk soha sem az egyes roham megszüntetése, hanem a betegség befolyásolása és a beteg megvédése a hosszú ideig fennálló asthma bronchiale súlyos következményeitől.

Schaffler József dr. egyetemi magántanár

A gombamérgezés diagnosisa.

A gombamérgezés felismerésének a gyakorló orvos szempontjából nagy jelentősége van. Már magának annak a kérdésnek eldöntése, hogy a mérgezést valóban mérges, avagy romlott gomba okozta, lehetővé teszi a valószínű prognosis felállítását és helyes irányba tereli a therapiás ténykedésünket, mint ahogy ezt a következő eset is bizonyítja. — Apa, anya és 10 éves leánygyermekük tizenhét órával a mentők kihívása előtt frissen sült gombát fogyasztottak. — Kérkezéskor a szülőket heves gyomor- és béltünetek közt fiiformis pulussal találjuk. Első segélynyújtás közben az apától megtudjuk a következőket. A gombákat ő maga gyűjtötte, champignonnak vélte őket. További kérdezősködésünkre beismeri, hogy a jól fejlett gombáknak fehér lemezei voltak és tövük gumóban végződött. Feltűnő volt, hogy amíg a szülők állapota percről-perce súlyosbodott, addig a gyermek, aki szintén bőségesen fogyasztott a gombából, úgyszólván tünetmentes volt. Minthogy azonban a leírás alapján kétségtelen volt a gyilkos galócámérgezés, a gyermeket is ugyanúgy elláttuk első segéllyel, mint a szülőket és mindhármukat kórházba szállítottuk, ahol a harmadik napon a gyermek súlyos gyomorbél és idegrendszeri tünetek között meghalt, míg a szülők életben maradtak. A gyilkos galócámérgezés korai felismerése nélkül ebben az esetben a gyermeket, mint tünetmentes és intézeti ápolásra nem szoruló, esetleg a lakáson hagytuk volna, míg a mérgezés felismerése arra figyelmeztetett, hogy a tünetek a mérgezés megtörténte után hosszabb idővel is jelentkezhetnek.

Legkönnyebb a gyakorló orvos helyzete olyankor, ha azt hallja, hogy a gombát csarnokban, vagy hatóságilag ellenőrzött piacon vették, ugyanezt a gombát mások baj nélkül megették, jelenleg azonban az előző napi gombaételt újból felmelegítve fogyasztották el. Nyilvánvaló, hogy ilyenkor nem mérges, hanem romlott gombával történt a mérgezés — a gombák nagy fehérje valamint víztartalma az oka annak, hogy a gombaeledel igen gyorsan romlik (autolysis kö-

vetkeztében: aminok, neurin) és ennek folytán a másnapra eltett gombaétel fogyasztása gyomor- és béltünetekkel járhat, mint ahogy hasonló tüneteket okozhat kukacos, átázott, megfagyott, megpuhult, öreg, fonnyadt gomba fogyasztása is. De frissen elkészített, egészséges ehető gomba is okozhat gyomorpanaszokat hyperacid, ulcusos, vagy epében szenvedő egyének. Ilyenkor a gombafogyasztást, mint étrendi hibát könyvelhetjük el. De nem csak emésztőszervi betegségek téveszthetők össze gombamérgezéssel. A post hoc ergo propter hoc alapján összetévesztették már a gombamérgezést világitógázmérgezéssel, sőt méhenkívüli terhességgel is.

Ha a mérgezett maga gyűjtötte, vagy kőszá árústól vette az általa nem ismert gombát és a frissen elkészített gomba okoz mérgezési tüneteket, ilyenkor már valószínű, hogy gombamérgezés történt. Ha ilyen esetben el nem készített gombapéldányok állanak rendelkezésre, a gombaismerő orvos haladék nélkül felállíthatja a gombamérgezés pontos diagnózisát. Ha a gombafajt illetőleg kétségei vannak, Budapesten a Gombászati Intézethez (II, Herman Ottó u. 15) vidéken pedig a hivatalos gombaszakértőhöz, vagy vizsgázott gombaismerőhöz fordulhat felvilágosításért (ezeknek az állásoknak megszervezése nemsokára meg fog történni.) A hányadékkal, vagy gyomor-mosóvízzel ürített gombadarabkák indentifikálását a gombaszakértő a spórák mikroszkopos vizsgálata alapján tudja dönteni. Természetesen nagy hiba volna, ha a gyakorló orvos a mérgezések 90%-át okozó gyilkos galócát nem tudná segítség nélkül felismerni. A gombamérgezők ismeretének van egy minimuma, amit minden gyakorló orvosnak tudnia kell. Ezeket az alapismereteket a következőkben foglaljuk össze: 1. Sem a gomba színe, sem szaga, csípős, vagy kellemes íze, sem husának színváltozása, sem a gombaforrázatba helyezett ezüstkanál megfeketedése, sem az a tény, hogy állatok baj nélkül megeszik a kérdéses gombát, egymagában nem dönti el a gomba ehető, vagy mérges voltát; 2. A csiperkegombával (*chamignon*) összetévesztik a gyilkos galócát. (*Amanita phalloides*). Fiatal korában mind a kettőnek gömbölyű, zárt kalapja van, a gyilkos galócának a lemezei azonban tiszta fehérek, a *chamignoné* rózsaszínűek, az idősebbeké pedig csokoládébarnák. A galócák tönkjének, (szárának) töve kifejezetten gumós és bocskorban ülő, a csiperkéé ezzel szemben csak kiszélesedő. Egészen fiatal korban könnyű az összetévesztés, ezért fiatal, világos lemezű csiperkét ne fogyasszunk; 3. A légyölő galóca (*A. muscaria*) a császárgombával (*A. caesarea*) téveszthető össze. Mindkettőnek piros a kalapja, a légyölő galócaé azonban fehér pettyes, míg a császárgomba kalapján legfeljebb egy-két széles, fehér foszlány fordul elő. A légyölő galóca bele és tönkje fehér, míg a császárgombáé sárga; 4. A párdugálóca (*A. pantherina*) egyes éveken tömeges mérgezést okoz. — Kalapja barna, fehér foszlányokkal tarkított, a párdugálóca bőrére emlékeztet, bele és tönkje azonban fehér. 5. Korallgombafajokkal (*palánkgomba*, *Clavariaceae*) ezideig halálos mérgezés nem fordult elő. 6. A sátángomba (*Boletus Satanas*) az urigombához (*B. edulis*, vargánya, tinóru, peszegomba) hasonló természetű, azonban bele és tönkje feltűnően pirosszínű (az urigombáé fehér, vagy zöldessárga), kalapja fakó (az urigombáé barnás, vagy vörösesbarna) húsa a levegőn megkékül. Általában ehetőek azok a jóízű urigombák, melyeknek bélelése sárga, vagy világosszínű, nyomkodásra nem támadnak rajtuk haragos, kékeszöld foltok. 7. Galambgombákra (*Russula*) és gerebengombákra (*Hydnum*) érvényes az a szabály, hogy ha ízük nem csípős, szaguk nem kellemetlen, akkor az egészségre sem ártalmasak. 8. Minthogy a kúcsmagombák (*Morchella*) között mérges is akad, más-

részt összetéveszthetők a papsapkafajokkal, (*Helvella esculenta*, redősgomba), elővigyázatosságból első forrázatukat öntsük el. 9. Minthogy némely vidéken és némely évben a *Helvella esculenta*-ban vízben oldhatatlan mérgező is fejlődhet és leforrázása után is halálosan mérgező maradhat, ezért inkább egyáltalán ne fogyasszuk. 10. Elfogyasztás előtt soha ne határozzunk meg előttünk ismeretlen gombát leírás, rajz, vagy színes ábra alapján, mert alig lehet annyi rajzot készíteni, amennyi a gomba minden változatát feltüntetné. Teljes biztonságot a gombák felismerésében csakis tanulmányi kirándulásokkal egybekötött gombászati kurzusokon lehet szerzeni.

Ha a gombamérgezés növényteni meghatározása nem vihető keresztül, akkor a tünetek alapján is következtethetünk a mérgező gomba mineműségére. Hogy azonban a gombamérgezők tarka tünetcomplexumában eligazodhassunk, ajánlatos a következő sémát szem előtt tartani.

1. Gyomor-, béltünetek, fájdalmak, csillapíthatatlan hányás és hasmenés, bélgörcsök, collapsusok uralják a kórképet. A tünetek korán, esetleg percek mulva, de legtöbbször 1-2 órán belül jelentkeznek. Következtethetünk *rcmlott gomba által okozott ételmérgezésre* (kb. az esetek 90%-a), *Boletus Satanas*, *Tricholoma tigrinum*, *serotinum* és *sulphurum*, *Lactarius torminosus* (jó prognosis), *hyplo-ma fasciculare*, *Skleroderma vulgare*, *Cantharillus aurantiacus*, vagy *Russula emetica* és *fragilis* mérgezésre. A *Russula emetica Frey* sz. rint gastro-intestinalis tünetek mellett a phosphormérgezéshez hasonló májtüneteket is okoz. 2. A gyomor- béltünetek, diarrhoeák, rizslészerű ürülékkel, csak 12—28 órai lappangási idő elteltével jelentkeznek. A csillapíthatatlan hányások és hasmenések a szervezet nagyfokú vízvesztéséhez vezetnek, kifejlődik a cholera asiatica stadium algidumához hasonló kórkép, nagyfokú elesettséggel, cyanossal, ikragörcsökkel, subnormalis temperaturával, hidegborzongással. A második naptól kezdve idegrendszeri tünetek gyakoriak (*stadium nervosum*), a harmadik napon a máj érzékeny lesz és megnagyobbodik (ikt. russal, vagy anélkül). A mérgezés lefolyását illetőleg különböző típusok (gastro intestinalis, adynamiás, comatosus, hypnotikus delirás, convulsiv (gyermekeken), pseudotetaniás, cardialis, hepaticus és renalis típusok) figyelhetőek meg. A halál a második, vagy harmadik napon következik be, mély comában, szívgyengeség és vasomotorhűdés tünetei közt. Mortalitás: 60—80%. Az ötödik naptól kezdve javul a prognosis, bár remissiók is előfordulhatnak. A mérgező gomba: *gyilkos galóca (Amanita phalloides)*, ritkábban az *A. mappa* és *verna*.

3. Idegrendszeri tünetek, izgatottság, motoros nyugtalanság, deliriumok 15—30 perc mulva a mérgezés megtörténte után jelentkeznek. A mérgezés tüneteit az atropinhatású muscaridin hozza létre, bár az is előfordul, hogy a gombában ugyancsak jelenlévő muscarin pupillaszűkület, nyálfolyást és bradycardiát idéz elő. Gyomor- és béltünetek, (hányással, véres székkel) ritkábban és már 2—3 órán belül szoktak jelentkezni. A mortalitás: 10—20%. Ilyen típusú mérgezést okoznak: az *Amanita muscaria* és *pantherina*, a mérges susulykagombák (*Inocybe lateraria* és *rimesa*) és a *Clitocybe corda*.

4. Heves hányás, enyhe hasmenés a 3., 6. órában jelentkeznek. Haemolysis tünetei emberen nem mutatkoznak. Ikterus a 3. napon keletkezik. Gyakoriak az idegrendszeri tünetek (izgatottság, görcsök, deliriumok, coma). Klinikailag és kórbonctanilag hepatotrop, renotrop, pankreatotrop és neurotrop mérgező jelenlétére lehet következtetni. A mérgezést okozza: *Helvella non-esculenta*.

Rács Lajos dr., a B. Ö. M. E. ellenőrző orvosa.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közórházi főorvos.

A C-vitamin-kezelés javallatai.

Még néhány év előtt a vitaminkezelés igen szűk körre korlátozódott és különösen Európában csekély volt a jelentősége. A vitaminok vegyi szerkezetének felfedezése révén eljutottunk a hypovitaminosis fogalmához és ezáltal a vitaminok jelentősége az orvosi gyakorlat szempontjából lényegesen nagyobb lett. Ismeretes, hogy a beri-beri, a scorbut *Szent-Györgyi* szavai szerint praemortalis tünetcsoportok, melyek akkor észlelhetők, amikor már valamennyi vitamin teljesen hiányzik a szervezetből; a vitaminok csökkent mennyisége (hypovitaminosis) nem okoz ily jól körülírt kórképet. Ezeknek felismerése ma még klinikailag nem lehetséges, ellenben a C-vitamin esetében a megterhelési próba révén megállapíthatjuk, hogy van-e vitaminhiány, vagy nincs. A C-vitamin, (ascorbinsav) kimutatására egyszerű vegyi módszerek állanak rendelkezésünkre. Ha a szervezet raktárában kevés a C-vitamin, úgy a naponta adagolt ascorbinsav csak akkor kezd kiürülni a vizelettel, mikor a szervezet már telítődött. — Minél több nap szükséges a telítéshez, tehát minél később jelenik meg a vizeletben a naponként adott ascorbinsav, annál nagyobb fokú a hypovitaminosis.

A C-vitamin adagolása a teljes avitaminosison: a scorbuton és a gyermekek Möller—Barlow-kórján kívül, elsősorban a hypovitaminosisok esetében válik szükségessé. Így célszerűen adhatjuk oly étrendek előírásakor, melyek kevés C-vitamint tartalmaznak. Különösen a gyomorfekély, gastritis és epeköbetegség esetén lesz erre szükségünk. Ha a felszívódás zavara áll fenn (bél- és májbetegségek), vagy a C-vitamin felszívódás előtt elbomlik (sósavhiány), akkor is észlelünk hypovitaminosist; ilyenkor a C-vitamin-készítmények szedése indokolt, mert a nagyobb mennyiségű vitaminból mégis több kerül a szervezetbe; ha semmi sem szívódik fel, úgy parenteralisan alkalmazzuk.

A táplálék kora tavasszal tartalmaz a legkevesebb C-vitamint, ezért ilyenkor gyakran mutatkozik olyan tünetcsoport, melyet a németek találoán „Frühjahrs müdigkeit”-nek neveznek. Testi-lelki fáradtság jelentkezik, továbbá gyakori a fejfájás, az étvágytalanság, a dysmenorrhoea. Hogy a tüneteket tényleg C-vitamin hiány okozza, az nemcsak abból következik, hogy ascorbinsav adagolására elmúlnak, hanem abból is, hogy egyes esetekben később scorbut jelentkezik. Ilyenkor sok C-vitamint tartalmazó étrendet kell előírni, citromot, narancsot, burgonyát. Ez utóbbiról tudjuk, hogy legfőbb C-vitamin forrásunk, de C-vitamin tartalmának nagy része csak akkor marad meg, ha hűtve sűtjük, vagy főzzük meg; ha lehámozva készítjük el, a C-vitamin csaknem teljesen a hőhatás áldozatául esik. A terhesség alatt is viszonylagos hypovitaminosis áll fenn, ezért terhes nőknek ajánlatos sok C-vitamint adni. Csecsemők mesterséges táplálása gyakran vezet vitaminhiányhoz.

Hypovitaminosisokon kívül több oly kórkép kezelését kísérelték meg C-vitaminnal, melyeknek kiemelkedő tünetei a scorbut egyes tüneteivel azonosak. Még eldöntetlen, vajjon ilyenkor is rejtett hypovitaminosis áll fenn, vagy pedig az ascorbinsav nem a vitaminhiányt pótolja, hanem önálló gyógyszerhatást fejt ki. A C-vitamin hiány therapiás javallatait a következőkben ismertetjük.

Vérzések: Mivel a scorbut egyik jellemző tünete a vérzés, sok vizsgálat történt a C-vitamin vérzéscsillapító hatására vonatkozólag; az eredmények még nem egyezők. Haemophiliás vérzés megszüntetésére kiválóan alkalmas az ascorbinsav. A haemophilia eddigi kezelési módjain végigtekintve azt látjuk, hogy semmiféle gyógyszer nem alkalmas e betegség gyógyítására. C-vitaminnal az alvadási idő több órától a normalis néhány percre szállítható le. *Hajós* egy esetében a számos vérzésen átesett haemophiliás beteg állapota annyira megjavult, C-vitaminra, hogy az azelőtt veszélyes sérülések sámmi következményével nem jártak. Így pl. egy szakított sebzés következtében jelentkező vérzés 5 perc alatt megszűnt. Fontos, hogy elég ascorbinsavat adjunk: naponta 3—400 mg-ot, súlyosabb esetekben intravenásan. A haemophilia egyik leghatásosabb gyógyszere, a nateina (*Lopez*), többek között C-vitamint is tartalmaz.

A thrombosis és vascularis purpura kezelésében elért eredményekről eltérőek a vélemények. Oly esetekben, amikor C-hypovitaminosis áll fenn, egyesek szerint eredmény várható. Mi nem láttunk kedvező hatást. Egyéb eredetű vérzésekben is meg lehet kísérelni a C-vitamin kezelést, gyomor-, tüdő-, vese, ikterusos és méhvérzéseket néha sikerült ily módon csökkenteni. A C-vitaminnak jó hatása van paroxysmalis haemoglobinuriára. E betegség hypovitaminosissal jár, melynek megszüntetése után hideg fürdővel sem lehet kiváltani a rohamot.

A gyomor-bélrendszer C-vitamin hiányakor gyulladásra, fekélyesedésre válik hajlamossá. A gyomor- és nyombélfekély, a gastritis vitaminhiányt okoz, egyrészt a hiányos étrend, másrészt a felszívódás zavara által, ezért szükséges ilyenkor C-vitamint adagolni. A gyomorfekély gyógyításában közvetlen eredményt nem igen látunk, ellenben a colitis kezelésében hatásos gyógyszerhez jutottunk az ascorbinsav révén. Napi 150—300 mg. intravenás befecskendezésével 1—2 hét alatt lényeges javulást, sokszor teljes panaszmentességet érhetünk el. A colitisre azért van olyan jó hatással a C-vitamin, mert e betegségben az okok egész sora hoz létre hypovitaminosist. A hasmenések és a sérült nyálkahártya miatt a felszívódás hiányos, a gyakori sósavhiány következtében a bakteriumok hatására a C-vitamin nagyrésze elbomlik, végül az étrend alig tartalmaz C-vitamint.

Csont és fogazat. A scorbut korai jelei közé tartozik a csontrendszer és fogazat elváltozása. A csontok törékenysége C-avitaminosissal jellemző tünet, ezért törések gyógyulásának siettetésére ascorbinsav adagolható, de csak olyankor, mikor hypovitaminosis áll fenn. Ha a szervezet vitaminnal telített, ily módon nem befolyásolható a gyógyulás. Már a világháború alatt észrevették, hogy nehezen gyógyuló csonttörések összeforradását friss növényi étrenddel siettetni lehet.

C-avitaminosisban a fogazat elváltozásai a fogak állományára és a foghúsra terjednek ki, ennek alapján megkísérelték a C-vitamint-kezelést gingivitis, pyorrhoea alveolaris és caries eseteiben, de kevés sikerrel. A foghús vérzékenysége azonban jól megszüntethető ascorbinsavval azokban az esetekben, mikor hypovitaminosis áll fenn. Egy colitises betegünk foghúsvérzékenysége megszűnt a szervezet telítésekor.

Belsősecretiós kórképek. A hormonok és a vitaminok kapcsolatainak felismerése után, az ascorbinsavnak a

belsősecretiós betegségekre kifejtett hatását is tanulmányozták. Valamennyi szervünk közül a mellékvese tartalmazza a legtöbb C-vitamint. A kéreghormon és ascorbinsav közti szoros élettani kapcsolat alapján az Addison-kór kezelését kísérelték meg C-vitaminnal. Sokan számoltak be jó eredményről; a betegek állapota napi 2—300 mg. intravenás adagolására sokszor javult; mi három esetünkben nem láttunk számottevő eredményt.

A pajzsmirigy fokozott működését főleg az A-vitamin csökkenti; egyesek szerint a C-vitaminnak is hasonló hatása van, ezirányban a vélemények még eltérőek; mindenesetre egyéb kezelés mellett kiegészítésül adhatunk a Basedow-kóros betegnek C-vitamint is.

Fertőző betegségeken C-hypovitaminosis áll fenn, ennek alapján megkísérelték a legkülönbözőbb fertőző betegségeket (typhus, pertussis, tuberculosis, stb.) ascorbinsavval befolyásolni, sőt egyes szerzők pl. a pneumonia crouposát kizárólag C-vitaminnal kezelik. Ez kétségtelenül túlzás és azt hisszük, hogy a fertőző betegségeken nem sok eredményt várhatunk a vitamin-kezeléstől, legfeljebb a fokozott vitamin-szükséglet fedezésére adhatunk vitaminban bő étrendet.

Allergiás betegségek. Egyes kísérleti és klinikai vizsgálatok szerint a C-vitamin antiallergiás hatású és ezért gondolták, hogy a bronchialis asthma-rohamot megszünteti. — Saját észleléseink ezt nem erősítették meg; sem a szervezet előzetes telítése, sem egyszerre nagy mennyiséggel (800—1000 mg. i. v.) elárasztása sem járt eredménnyel.

A fiatal szervezet növekedéséhez minden vitaminra szükség van, ezért *alacsony gyermekek* testhosszát néha sikerül C-vitaminnal növelni.

A teljesség kedvéért megemlítjük, hogy májcirrhosis, rheuma, pharyngitis chronica, dystrophia musculorum progressiva, keratosis pilaris, bőrpigmentációk, salvarsan-érzékenység, vérszegénység kezelésére ajánlották a C-vitamint; az elért eredmények nem kielégítőek.

Végül a C-vitaminkezelés általános irányelveit említiük meg. A C-vitamint adhatjuk a táplálékban, tabletta formájában és intramuscularis, vagy intravenás befeccskendezés alakjában. A táplálékkal nyújtott C-vitamin adagolásnak az az előnye, hogy az egyes ételek egyből meg nem fedett vitaminokat is tartalmazhatnak, melyek az ascorbinsav hatását fokozzák. *Rusznják* paprika-kivonattal jobb eredményt ért el a purpura kezelésében, mint tiszta C-vitaminnal, utóbb kiderült, hogy a paprika P-vitamint is tartalmaz. Többnyire mégis tiszta C-vitamin készítményt rendelünk, mert ezek pontosan adagolhatók és befeccskendezésre is alkalmasak, amire gyakran van szükség, (felszívódási zavar, hányás, hasmenés, gyomorvérzés, stb.).

A C-vitamin adagja napi 100—500 mg, 400 mg-nál többet nem kell adni egyszerre, mert még akkor is kiürül a vizelettel, ha nem telített a szervezet. Ha ugyanis a vér ascorbinsavtartalma hirtelen emelkedik, a vese a felesleget kiválasztja, mielőtt a vérből a szövetekbe kerülhetne. A gyűjtőérbe bármily töménységben adhatjuk, izomba fecskendezve tapasztalataink szerint nem okoz fájdalmat, ha egy ccm 40—50 mg-ot tartalmaz. — Túladagolástól nem kell tartani, akár 1000 mg-ot is adunk egyszerre a v. nába minden baj nélkül. Ismételt adagoláskor sem fejlődik ki hypervitaminosis.

Góth Endre dr.

a Gróf Apponyi Poliklinika orvosa.

Az elektrokardiographiai leletekről.

Az ekg. állandóan fejlődő tudományág, egyes jelek évek folyamán újabb és sokszor egészen más magyarázatot nyertek. Sok kérdés nemcsak, hogy nincsen lezárva, hanem kielégítően magyarázva sincsen. Az elektrokardiogramm milyensége sok — a szíven belül és azon kívül eső — körülménytől függ a számtalan variációtól eltekintve, ezért a lelet magyarázata igen sok tapasztalatot, gyakorlatot és szigorú kritikát igényel. Nem lehet pusztán a felvétel megtekintésével határozott véleményt adni a szív állapotáról és csak mint kiegészítő vizsgálati — legtöbbször igen értékes — eredmény szerepelhet a kóris-mében. Azért hangsúlyozom ezeket, mert e tények figyelembe nem vétele vezet a legtöbb zavarra. Ugyanis amennyiben a fentemlített körülményeket nem ismerjük az ekg. vélemény ill. lelet csak igen óvatos lehet és kell is hogy legyen, ha nem akarunk az igen gyakran észlelhető túlzásba esni, viszont a túlzott óvatosság sokszor a lelet gyakorlati értékét csökkenti. Tehát a gyakorló orvos feladata az, hogy mindazt az adatot, ami a beteg szívével összefüggésben van, pár szóval az ekg. szakember tudomására adja. Ezek az adatok röviden a következők.

1. A beteg életkora. Gyermekekben legtöbbször az átvezetési idő rövidebb, mint a felnőtt-korban és a szív elektromos tengelye jobbra deviál élettani körülmények között is. Idősebb korban más és gyakran kisebb jelentősége van a szívizombántalomra utaló ugyanolyan jeleknek, mint fiatal korban, stb.

2. A beteg foglalkozása, esetleg életmódja. Igy nehéz testi munka és sport következtében kifejlődő izomhypertrophia maga is, mint olyan okozhatja a kamracomplexum kiszélesedését 0.10" sőt 0.11"-re anélkül, hogy ez kóros lenne, ugyancsak nagyfokú sinus bradykardiát is látunk ilyen egyéneken az ingerképző rendszer betegsége nélkül, stb.

3. A kórelőzményből fontosak a szív, ill. a keringési rendszerre vonatkozó panaszok. A panaszok milyenségén kívül fontos, hogy nyugalomban vagy munkaközben, fekvő vagy állva, stb. jönnek létre, hirtelen lépnek fel, ill. szűnnek meg, gyakran vagy ritkán jelentkeznek.

A munkaközben vagy járásközben jelentkező angina pectoris és a polyarthrititis kapcsán fellépő myokarditisszel gyakran együttjáró koszorúsérmegbetegedés kórismézése céljából az ekg. vizsgálatnak munkavégzés utáni megismétlése indokolt. A gyakorló orvos szerepe itt igen fontos, mert ő ismeri azt, hogy betege milyen munkához van szokva ill. milyen természetű és nagyságú munka után lesz a szívizom elégtelen vérrellátása folytán betege rosszul. Nem közömbös, hogy kit milyen munkával terhelünk meg ekg. vizsgálat előtt. Súlyosabb, nyugalomban ill. csekély mozgásra létrejövő angina pectorisban szenvedőkre pedig egyenesen ártalmas lehet a munkavégzés még óvatos formában is.

Fertőző betegségek (különösen diphtheria, scarlatina, typhus, dysenteria, tuberculosis, syphilis) tonsillitis, polyarthrititis acuta, a „rheuma” más formái endocarditis, gócfertőzések stb. fennállása ill. lezajlásának időpontja a lelet értékelését lényegesen befolyásolhatja. Mászt jelent, ha e betegségek alatt vagy hetekkel, hónapokkal esetleg évekkel később látunk pl. meghosszabbodott átvezetési időt, extrasystolét, ill. a szívizom bántalmát jelentő egyéb eltéréseket. A nikotin is ilyen szempontból fontos, stb.

4. A statusnak a szívvel ill. keringési rendszerrel összefüggő adatai szintén fontosak. Röntgenvizsgálat a szív nagyságbeli viszonyainak, helyzetének stb. megállapítására továbbra is nélkülözhetetlen; balszívféltúlsúly és

harántfekvő szív, a jobbszívféltúlsúly és az astheniás (csepp) szív közt legtöbbször biztosan dönteni az ekg. lelet alapján nem lehet, bár sok ezirányú megfigyelés van. Vitium kapcsán létrejött szívtengely deviatio ill. az egyes hullámok nagyság vagy minőségbeli változása másképp értékelendő, mintha anélkül látható ugyanaz az eltérés. A vérnyomás adatai ugyanilyen szempontból fontosak. — A szív- és vérkeringés bántalmára utaló objectív jelek (szívinfartus, anasarca, dyspnoe, stb.) az egyébként csekélyfokú ekg.-s eltérések jelentőségét fokozhatják, rövidebb-hosszabb idő múlva ellenőrző felvételekre, esetleg mellkasi (helytelenül IV.) elvezetés (aminek egységes technikája, jelentősége pontosan tisztázva nincsen) készítésére ösztönözhetnek. Egyéb fennálló betegségek közül fontossága van a tüdőemboliának, pneumoniának, thrombophlebitisnek, mivel reflectorikusan ugyanolyan eltéréseket okozhatnak az ekg-n, mint az organikus okból keletkezett koszorúérmegbetegedések. Alacsony lengés ket (low voltage) nemcsak szívizombántalomban, hanem perikarditis exsudativa és myxoedema esetén is láthatunk. Hyperthyreosis és Basedow-kór a P. és T. hullámokat t. heti a szokottnál magasabbá. Arrhythmias szív működésre felhívandó a figyelem s hogy lehetőleg regisztrálható legyen, közlendő jelentkezésének módja: nyugalomban, mozgáskor, ritkán, vagy gyakran mutatkozik, stb. Kamrai extrasystoléra utaló jelek esetén is érdemes ekg-t készíteni, mert a változó alakú kamrai extrasystole lehet az első jele a kóros szívizomnak.

5. A felvétel előtt alkalmazott gyógyszerelés is fontos. A digitalis szedése után megváltozhat az átvezetési idő, az S—T szakasz és T hullám kóros, ill. normalis irányban változhat. E hatása a digitalisnak csaknem független az adag mennyiségétől és a gyógyszerelés tartamától; a szer elhagyása után gyakran csak három hét múlva szűnik meg. Insulin és chinin is okozhat változást. Nitroglycerin bevétele után az egyébként pozitív munkakísérlet negatív eredményt adhat.

Ezeket az adatokat ismerve és mérlegelve adhat csak a szakember határozottabb véleményét. A külföldi szívvizsgáló állomásokon is utoljára, az összes körelőzményi és vizsgálati adat birtokában adják az ekg. véleményét.

Mit várhatunk az ekg. lelettől?

Az ingerképzés és vezetés, a rhythmus zavarok pontos elemzését adja. A szívféltúlsúly helyett a f. ntiek alapján helyesebb a szív elektromos tengelyének deviálásáról szólni. A *negatív* lelettől csak azt tudhatjuk meg, hogy az ekg.-n a szívizombántalomra utaló jel *nem* látható, ennek ellenére a szívizom beteg *lehet*. Hogy a *szívizom ép*, vagy *nincsen* koszorúsér keringési elégtelenség, ezeket megállapítani *nem képes* az ekg. A pozitív, (kóros) lelet alapján a szívizom kifejezett, vagy enyhe bántalmára utaló bizonyító, vagy valószínű jelekről nyilatkozhatunk. A bántalom minőségét nem árulja el a felvétel, az lehet infiltratio, diffus degeneratio, localis myokarditis, myomalakia, diphtheriás nekrosis, vagy reflexes alapon keletkezett koszorúsérkeringési zavar, stb. A bántalom oka a fenti adatok birtokában nagy valószínűséggel megadható azok nélkül semmi esetre sem. Kórjósolat szempontjából is csak mint kiegészítő vizsgálat szerepel az ekg., hiszen az egészen súlyos leletek is javulnak, sőt normalisakká lehetnek; az ellenőrző felvételeknek itt is fontos szerepük van.

Vitium kórisméjét, akár korai, ill., elkülönítő diagnózisát, *ne* várjuk a lelettől, legfeljebb gyanú, ill., kiegészítő jelek láthatók a felvételen, sokszor még ilyenek sem. Pl. széles, magas, esetleg kettőződött, hasadt P. hullám

lám a szív elektromos tengelyének jobbra deviálása mellett a bal, ill. jobb pitvar tágulását, vagy hypertrophiáját jelentheti *esetleg* mitral stenosis ill., emphysema, asthma bronchiale következtében. De mitral stenosis balra deviálással, aorta insuff. jobbra deviálással is járhat. Hyperthyreosis és Basedow kórisméjét se várjuk, magas P és T hullám *csak fokozott sympathikus tonust* jelent ill. nedvesebb, jól vezető bőrt, vitium és Basedow vagy egyéb betegségekben is *csak* a szívizomzat állapotáról várjunk felvilágosítást, *ne mást! Semmiféle betegségnek sincsen jellemző ekg-ja!*

Az ilyen szigorú kritikával elemzett leletre van szűkösége a gyakorló orvosnak, mert a teendők szempontjából igen nagy különbség van a szívizombántalmak közt. A kóroknak megfelelően kell ellátni szükséges gyógyszerrel, ill. tanáccsal a beteget.

Végül arra a kérdésre, hogy az ekg. felvétel kiadható-e a lelettel együtt a betegnek, mint ahogyan az ma szokásos, válasszom az, hogy *nem!* Mindnyájan ismerünk betegeket, ill. egészségeseket, akik rettegve olvasgatják leleteiket, sőt a T hullámaikat figyelik (erre nagyon helytelenül egyes orvosok hívják fel figyelmüket) sokszor annyira, hogy az „élet esúcsáról” (positív T) és a „halál völgyéről” (negatív T) beszélnek legtöbbször igen elkeseredetten. A lelet tehát csak orvosnak szóljon. A felvétel megőrzés céljából, minden magyarázat nélkül, átadható a betegnek.

Fernbach József dr.

v. egyet. tanárságéd.

Vérátömlesztés a gyakorló-orvos praxisában.

A vérátömlesztés therapiás alkalmazása a haematologiai megbetegedések sok kórformájában nagy teret hódított magának igen kielégítő eredménnyel. (Pl. anaemia pernicioosa, haemolytikus anaemia, haemophilia, stb.)

A nem haematologiai esetek közül a heveny anaemiák azok, melyek azonnali beavatkozásra készítetik az orvost. Ilyenek pl. a sérülések folytán keletkező súlyos vérveszteségek, a szülészeti gyakorlatban pl. az atoniás, extrauterin graviditással, placenta praeviával kapcsolatos vérzések, stb.

Mindezen esetekben kétféle megoldás lehetséges. Ha megvan a lehetősége a gyors kórházba vagy sanatoriumba szállításnak, akkor a magánorvos betegét majdnem minden esetben intézetbe szállíttatja.

Távol áll tőlem még a gondolata is, hogy ily körülmények között az intézetbe szállítás ellen kifogást emeljek, de minden esetben mérlegelendő, milyen fokú a vérveszteség, s vajjon elbirja-e a beteg, amíg intézetbe érve, ott vérátömlesztésben részesülhet. S bár tagadhatatlan, hogy némely nagyobb intézetben, ahol vérátömlesztésre állandóan fel vannak készülve, hihetetlen rövid idő alatt meg tudják a transfúziót kezdeni, mégis marad néhány százalék, ahol a szállítással járó késedelem miatt már a transfusio sem segít. Ha ily esetekben az anaemiát először észlelő orvos azonnal vérátömlesztéshez kezd, betegét talán még megmenthető lett volna.

A magánorvos azonban ma még vérátömlesztést alig-alig végez, aminek az az oka, hogy a vérátömlesztést általában rendkívül körülményes, complicált beavatkozásnak tartják, pedig aki a gyakorlatban többször végezte, az tudja, hogy ez nincs így. A fontos csak az, hogy megfelelő

csoportbeli véradónk legyen, amikor már nem probléma a vérátömlesztés véghezvitele.

Gyakorló orvos praxisában természetes, hogy csak az indirekt, vagyis citrátos eljárást választhatja, mert ez a legegyszerűbb és technikájához külön készülékre szükség nincs.

Kivitele így oldható meg: Szükséges steril 3% Na. citricum oldat (100 ccm-nyi vérré kb. 10 ccm. citrat), egy kb. 500 ccm-nyi vérfelfogó edény, melybe az adó vért engedjük, úgy, hogy a vérfelfogó edénybe előbb a kívánt transfúziós vérmennyiségnek megfelelő citrátoldatot tesszük; pár intramuscularis tű, vagy akár erre a célra külön szerkesztett támasztékos canül, melyek közül azt, melyet az adó vénájába helyezünk, még egy 4–5 cm-es hosszú, vékony gummicsővel láthatjuk el, hogy a kifolyó vér ne folyjon végig az adó karján. Az ily módon felfogott citratos vért, melyet keverni egyáltalában nem szükséges, adhatjuk be betegünknek; mégpedig két 10 vagy 20 ccm-es fecskendő segítségével. Vénát strangulációval csak a legnagyobb collapsus mellett nem találunk, ilyenkor kipraeparáljuk. Ha alkalmas segédem van, akkor do'gozhatok két fecskendővel; segéd nélkül egy fecskendővel is megoldható a transfúzió, mert a pár csepp vér elfolyása, ami az alatt ürül a vénában hagyott tűből, míg vagy fecskendőt cserélek, vagy egy fecskendő alkalmazása esetén — míg azt újból felszívom, — igazán minimalis, legfeljebb 1-2 ccm-nyi. Véralvadás a legritkább esetben történik, mert a visszafolyó vér is citratos; nem lévén másról szó, csak egyetlen csapnélküli tűről, holtterek sincsenek. — Megtehetjük még azt, hogy steril porcellántálban citrátoldatot tartunk, melyben fecskendőnk szükség esetén át tudjuk mosni. Így a legritkább esetre redukálódik a bealvadás.

Ily módon egyszerűsítve a vérátömlesztés technikáját, alkalmas lehet minden gyakorló orvos számára. — Technikájában a következő kérdésekre kell még rávilágítani. A használandó összes eszközöket természetesen előbb csirtalanítani kell. Sem a vérfelfogó edény, sem a tűk, sem a fecskendők, sem a rövid kis gummicső csirtalanítása nem ütközik akadályba. Csupán steril citrátnak kell már előre készen lenni. A vércsoport meghatározásához szolgáló csövecskék készen kaphatók útmutatással együtt. Tárgylemeze, melyen a csoportmeghatározást végezzük, minden orvosnak van, mikroszkopra pedig az agglutinatio megállapításához szükség nincs.

Hátra van még a véradó szerepének kérdése. Ezt megszervezhetem magamnak úgy, mint azt az intézetek teszik, vagy ha ez nem áll módomban, akkor a próbát ad hoc esetben bárkin megejthetem.

Hozzászólás illeti meg a véradó Wassermann-negativitását. Ha előre megállapított véradóról van szó, akkor ugyan kisebb az eshetősége a Wa. positivitásnak, mintha sürgős esetben csak anamnestikus adatokra építek, de az életmentés szempontjából ezt is el kell fogadnom, mert hisz az előre feljegyzett véradók Wa.-ját sem a véradás előtt közvetlenül vizsgálták.

Ősz András dr.
bábaképző intézeti orvos.

Hibakiigazítás. Az O. Gy. K. 3. számának dr. Lénárt: „Különböző eredetű türegképződések a tüdőben” c. cikkében a 4. sorban lymphocytosis helyett lymphogranulomatosis és pneumonia helyett pneumokoniosis értendő.

KÉRDÉS — FELELET

Községi- és körorvos jövedelmének forgalmi adó mentesége. Az Orvosi Hetilap 3. számának mellékletében egy ilyen irányú kérdésre az Orsz. Kamara a budapesti adóhatóság információja alapján igenlő választ adott. Erre ma a következő megjegyzést kaptuk:

Tekintve, hogy az Orsz. Kamara válasza téves információ alapul és alkalmas arra, hogy az érdekelt községi- és körorvos kar anyagi érdekeit sértse, kérem az alábbiak sürgős közlését:

A községi- és körorvosnak a hivatalosan megállapított díjszabás mellett végzett orvosi gyakorlatából származó jövedelme az alkalmazott kereseti adója alá esik, mert ezek a bevételei az alkalmazotti viszonyból származók. Már pedig az alkalmazottak kereseti adója alá eső jövedelem forgalmi adó mentes.

Rendes kereseti adót és forgalmi adót kell azonban fizetni a községi- és körorvosnak minden olyan kereset után, amit nem a hivatalosan megállapított díjszabás mellett teres. Így többek közt: a körön, vagy községen kívül lakó betegek kezeléséből származó jövedelem (ez már magángyakorlat) uradalmaktól, háziorvosi megegyezésként (ha a körön belül is van) származó jövedelem már forgalmi adó köteles. A megfelelő rendelkezések bárki rendelkezésére állanak.

Sz. E. dr. körorvos.

Sajnos kartársunk nem közölte az ezt megerősítő rendelet vagy döntés számát. Az Orsz. Kamarától megtudtuk, hogy nemcsak a forgalmi-, hanem egyéb adózás tekintetében is az ország területén az adóhatóságok felfogása a legkülönbözőbb, még egymással szembeeső ellenkező kúriai döntvények is vannak. Ezért nagyon kívánatos, hogy ezek a kérdések egységesen rendeztessenek és ennek érdekében az Orsz. Kamara lépéseket tervez, minek adatgyűjtési munkája már folyik. A döntésig jó lesz, ha minden kartársunk Sz. E. dr. nagyon helyes elvi alapon álló véleményének igyekszik érvényt szerezni az adóhatóságokkal szemben.

Kérdés: Mint uradalmi orvos hyperaciditás, gastritis chronica betegséggel évek óta gyógykezelek egy gazdasági cselédet, aki a közelmúltban megvizsgáltatta magát egy falujabeli kórházi alorvossal, mikor az szabadságon otthon tartózkodott. A kolléga azt a tanácsot adta, hogy fekiüdjön be a kórházba. A beteg, gazdája tudta nélkül, kórházba fekiüdt, honnan a fenti diagnóssal bocsátották ki, négy napos megfigyelés után. A kórház kéri a gazdától az ápolási díjat. A gazda viszont arra az állásportra helyezkedik, hogy miután a kórházi vizsgálatra szükség nem volt és a cseléd az ő tudta nélkül fekiüdt be a kórházba, az ápolási díjat nem fizeti meg. A fentiek előrebocsátása után tisztelettel kérdem, kinek kell az ápolási díjat megfizetnie.

R. S. dr. orvos,

Felelet: A 6000—1931. M. E. sz. rendelet 3. §-a a következőket mondja ki: „A szolgálati idő alatt megbetegedett gazdasági cseléd kórházi ápolási költségeit 30 napon át a gazda viseli, ha a cseléd a közkórházi ápolás napját közvetlenül megelőző legalább 15 napon át a gazda szolgálatában állt”. Az 1300—1932. N. M. M. sz. rendelet 27. §-ának 5. pontja még a következőket is kimondja: „A házi ápolás időtartama a kórházi ápolási időtartamba be nem számítható”.

Rendezendő volna az a kérdés, hogy — úgy, mint a betegpénztáraknál — csak az uradalmi vagy községi- vagy körorvos legyen jogosítva nem sürgős esetekben valakit kórházba utalni. Az eddigi bírói gyakorlat arra az alapra helyezkedik, hogy, ha valakit a kórház felvesz, annak szüksége van kórházi kezelésre (ez az eset is tűnhetett fekély vagy cc. gyanusnak); — tehát az ápolási költségeket a gazdának meg kell fizetnie.

Szerk.

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. Soós Aladár: Étrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; **Horváth Boldizsár:** A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P; **Kunszt János:** A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal, 6,50 P helyett 5,50 P. Vászónba kötve 8 P helyett 7 P; **Issekutz Béla:** Gyógyszerrendelés 8 P helyett 6 P; **Rigler Gusztáv:** Közegészségtan és járványtan tankönyve 25 P helyett 5,70 P; **Orsós Ferenc:** Körboncolás vezérfonala 86 oldal 2,50 helyett 2.— P.; **Krepuska István:** A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.