

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatják:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, MISKOLCZY DEZSŐ, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR,
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDA KOVITS KAMILLÓ, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Huzella Tivadar: A százéves sejttan a szerveződés sejtenkivüli tényezőire vonatkozó újabb kutatások megvilágításában (301—306. oldal.)
Lchoczky Tibor, Eszenyi Margit, Horányi Béla és Bak Róbert: Összehasonlító vizsgálatok a schizophrénia activ és nem activ kezeléséről. (307—310. oldal.)
Wirth József: A C-vitamin hatása a csecsemő pyodermiás megbetegedésében. (310—311. oldal.)
Ritlop Béla: Vegyi harcanyagokkal szennyezett élelmiszerek mérgező hatása. (311—315. oldal.)
Horn Zoltán: A sebészi betegséggel szövődött cukorbetegség kezelése. (315—317. oldal.)

Benderek István és Külley László: Gyógymasszázs és mechanoterápia. (318—320. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (53—56. oldal.)
Irodalmi szemle: Belgyógyászat. — Sebészet. — Szülészet-és nőgyógyászat. — Szemészet. — Gyermekegyógyászat. — Orr-, gége- és fülgyógyászat. (320—322. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (322—323. oldal.)
Az Országos Közegészségügyi Intézet 1937. évi jelentése. (323—326. oldal.)
Lapszemle, vegyes hírek, hetirend: (326—328. oldal és a borítólapon III. és IV. oldalán.)

A százéves sejttan a szerveződés sejtenkivüli tényezőire vonatkozó újabb kutatások megvilágításában*

Írta: *Huzella Tivadar dr.*
egyet. ny. r. tanár.
(Összefoglaló előadás.)

Éppen 100 éve annak, hogy *Schwann Tivadar* könyve, a „Mikroszkópos vizsgálatok az állatok és a növények szerkezetének és növekedésének megegyezéséről” megjelent. Ebben a kis könyvben domborodik ki először általános biológiai jelentőségében a sejt fogalma, amely az állati és a növényi szerveződés értelmezésének közös, egységes alapelvevé és az élettudomány központjává lett és az élőlényekkel, az élet jelenségeivel foglalkozó tudományok — a véglények tana, a növénytan, az állattan és az orvostudomány — között a biológia átfogó egységében bensőséges kapcsolatot teremtett. A gyakorló orvos nézőpontjából is indokolt, hogy a korszerű orvostudomány alapját képező tan százados évfordulója alkalmából annak multjára visszapillantsunk, kialakulását kövessük és jövőjét megítéljük. Az „Anatomische Gesellschaft” néhány hét múlva meghívásomra Budapesten megtartandó congressusa is a sejttan százéves jubileumának jegyében fog állani, midőn „a sejttan problematikája” (*Petersen*) és „a sejttan és a sejtközötti struktúra” vonatkozásai (*Huzella*) kerülnek megvitatásra.

Az élőlények sejtes szerkezetét már a XVII. században megfigyelték, *Hooke* használta először a „sejt” kifejezést a parafa mikroszkopos üregeinek elnevezésére. *Grew* hasonlóságot is keresett a növények és állatok mikroszkopos szerkezetében, mert a növények és az állatok „egyazon mester művei, egyazon értelem találmányai, egyazon isteni terv részei”. A „sejtes szövet” („textus cellulosus”) elnevezés eleinte az állati kötőszövet szabad szemmel látható szerkezetére vonatkozott. *Wolff* Gáspár Frigyes, az „epigenezis” tanának megalapítója, az állati kötőszövet hézagait hasonlította

a növény sejtszerkezetéhez. *Malpighi* mikroszkopos csövecskéket („utriculi”) fedezett fel az állati szervezetben. *Oken* természetfilozófus az infuzóriumokat a magasabbrendű szervezet szétválasztásából származtatva és utóbbit az együttélő infuzóriumok tömegének tekintette, amely elképzelésében már a sejtindividuumoknak és a szervezet „polyzoikus” conceptiójának (*Delage*) sejtése dereng. *Milne-Edwards*, *Dutrochet*, *Raspail* a sejteknek megfelelő mikroszkopos „golyócskákat”, *Purkinje*, *Valentin* és mások „szemeseket” figyeltek meg az állati szervezetben. Általában szinte mindazon mikroszkopos jelenségeket, amelyekre *Schleiden* a növények, *Schwann* pedig a növények és az állatok szervezetére vonatkoztatott sejtelméletét alapította, már előttük mások is megfigyelték és leírták, de csak e két férfiú felsőbbrendű átfogó szelleme ismerte fel a jelenségek nagy összefüggéseit és a sejtfogalom biológiai jelentőségét.

Schleiden Jakab nemcsak szakmabeli botanikus, de nagy általános és természettudományos műveltségű filozófus és tehetséges költő is volt. *Schwann Tivadar*, *Johannes Müller* kiváló tanítványa nevéhez fűződik a pepsin felfedezése; annak felismerése alapján, hogy az erjedést és rothadást élő mikroorganizmusok okozzák, az ös-nemzés tanával szállott szembe, ezzel *Semmelweis* és *Pasteur* tanainak előhírnöke lett.

Schleiden felfogása szerint a növények sejtekből, tisztán sejtekből épülnek fel, amelyek léte kettős: önálló egyéni és egyben a szervezet egészének alárendelt. *Schwann* a növényi és állati sejtek közötti analogia alapján a növényekben annyira kifejezett, a sejteket egymástól élesen elhatároló, a növényi sejtre leginkább jellemzőnek tartott sejthártya kimutatását tekintette. *Schleiden* és *Schwann* a sejteket a szerkezetnélküli sejtkepzőanyagból, a „cytoblastémából” származtatták, amelyből a kikristályosodáshoz hasonlóan alakulnának ki. Mindez tévedés volt, *Schleiden* és *Schwann* tanának csak alapgondolata bizonyult helytállónak. A sejthártyáról kitűnt, hogy nem lényeges alkotórésze a sejtnak, a növényi külső sejthártyáról pedig, amelyhez a „cellula” fogalma fűződött és amely a sejtelmélet kiindulását képezte, kiderült, hogy nem is tartozik a sejthez, hanem csak a sejtközi anyagból képződik. Később a sejtfogalom a maggal bíró protoplasmához fűződött

* A budapesti Kir. Orvosegyesületben 1939. március 10-én tartott előadás. A „Széchenyi Tudományos Társaság” támogatásával.

(Mohl, Schultze). Remak felfedezte a sejtoszlást és Virchow kimondotta az „omnis cellula e cellula” jel-szavát, amellyel Harvey tétele: „omne vivum ex ovo” általánosabb jelentést nyert, amelyhez Flemmingnek a magoszlásra vonatkozó felfedezései alapján az „omnis nucleus e nucleo” és Pasteur műve nyomán az „omne vivum e vivo” maximák csatíakoztak, az élők lényeg-beli sajátosságának kifejezése gyanánt. Virchow Rudolf a betegségek tanát, amely a classikus okortól kezdve mindeztől filozófiai rendszerek és doktrínák hypothesisein nyugodott, „cellularis pathológiá”-jában, a szervezet minden megbetegedését a sejtek kóros elváltozásaira vezette vissza, az orvostudományt a biológiá-nak az élőlények összességére kiterjedő széles alapjára helyezte, a kóros életjelenségeket is az átfogó biológiai szemlélet és gondolkodás körébe vonta, amelyben az ép, egészséges, normális, „physiologiás” és a kóros fogal-mainak ellentéte feloldódik.

A classikus sejttan, amely Schleiden, Schwann és Virchow elgondolásában a szervezet kialakulásának, szerkezetének és működésének genetikai, morfológiai és physiológiai nézőpontjait számbavetette, később elvesztette eredeti egységét, egyoldalúan vagy az anató-miai szerkezet, vagy a vegyi összetétel nézőpontja jutott jutott benne túlsúlyra, a sejtek egymásközötti és a szervezet egészével fennálló vonatkozásainak elhanya-golásával.

Schwann elgondolása szerint a szervezet sejtekből, vagy sejtekből származó anyagokból épül fel, a sejtek ismeretlen módon olyképen hatnak együtt, hogy összhangzatos egész jön létre. Ezzel szemben az anatómusok a sejtekben a szervezet építőköveit látták, a szervezet egészét csak a sejtek összegének tekintették, figyelmen kívül hagyták a szerveződésnek sejtenkívüli, a sejt-közötti szövetelemekben rejlő tényezőit, a test nedveit és ami nem sejt a szervezetben. A kötőszövetet is, amely a holttest praeparálásakor eltávolítanak, csak alacsonyrendű töltelékanyagként tekintették. A betegség fogalma is csak maguknak a sejteknek kóros elváltozásában merült ki. A mikroszkopos anatómia, amely a holt rögzített és festett metszetek vizsgálatára szorítko-zott és csak a természetes mivoltukból kivetkötöttet sejtek és szövetek merev statikai állapotát tartotta szem előtt, figyelmen kívül hagyta a működés tér- és időbeli dynamikáját. A „sejtphysiologia” egyoldalú fizikai-chemiai irányzata az élet titkát a protoplasma vegyi összetételének, az „élő fehérje” vegyi szerkezeté-nek kutatásával vélte megfejtethetőnek.

A sejtelmélet önmagában, pusztán a sejtindividuumok ismerete alapján valóban nem magyarázhatja meg a sejtek sokaságainak egységes, összhangzatos és cél-irányos együttműködését a szervezetben, — mondhat-nánk: a szervezet „közéletében”. Nem foghatja fel a növekedés és a különbözőzés egyes jelenségeit, hiányos-nak mutatkozott a szervezet sejtenkívüli szövetelemei-nek, a sejt fogalma alá nem vonható sejtösszeállításainak és maghalmazatainak és az egyes, sejtekre nem tagolt szervezetnek értelmezésében.

A sejtelmélet leginkább sebezhető pontja az a bi-zonytalanság, amely a sejt-közötti állomány és a sejten-kívüli szövetelemek élő, holt, vagy élettelen mivoltának kérdésében Virchow óta is uralkodik.

A sejtelmélettel szemben felmerülő ellenvetések, a sejttan megdöntésére irányuló új tanok és elméletek a klasszikus sejttant válságba sodorták és alapos revízióját teszik indokolttá.

A szervezet sejt felépítésének elvével legélesebben az igen divatosá vált „totalitástan” helyezkedik szem-

be amely a szervezet egészének fogalmából indul ki és magukat a sejteket a szerveződésben alárendelt je-lentőségűeknek tartja. A totalitás elvén épül fel Haiden-hain „résztelmelete”, amely a növekedés és szerződés értelmezésében a sejt-nél kisebb és nagyobb, önálló osz-lásra képes összetett szövet- és szervegységekből a „résztelmeletből” indul ki, amelyek mint láthatatlan „proto-merák”, és a szervek oszló egységeit képező „histomerák”, „adenomerák” stb. a sejt-fogalommal egyáltalán nem es-nek egybe. A totalitástan értelmében nemcsak a sejtek élnek a szervezetben, de a kötőszövet sejt-közötti állo-mánya és a rostjai is teljes életűek az élő protoplasma folytonosságban (Hueck), amelynek származékai. Ezen tanban a sejt forgalma teljesen elhomályosul és beleol-vad a „élő massa” fogalmába, amely ma annyira el-fogadott kifejezés nézetem szerint biológiai nézőpont-ból teljesen értelmetlen, szinte visszataszító és elvetendő. A sejttan individualista- és a protoplasmafolytonosság totalitárius felfogásainak konfliktusa különösen a kötő-szövet-problemában ütközik ki, a sejtek, a sejt-közötti állomány és a rostrendszerek vonatkozásainak megité-lésében.

A totalitárius felfogás hívei a sejt-közötti állomány és a rostok élő mivoltának feltételezésével ezen szövet-elemeket a sejtek protoplasmájának átalakulásából szár-maztatják, a protoplasma — „endoplasma” — széli ré-szeinek az „ekto” — autoekto” vagy „exoplasmának” el-különülése, vagy rostos átalakulása útján. Az embryo-nális kötőszövet első megjelenési alakját, a csiralemezek között kifeszülő, sejteket nem tartalmazó hálózatos „mesostromát” (Szily) amelybe később a különböző csira-lemezekből sejtek vándorolnak be, a csiralemezham nyulványaiból alakult képződménynek tekintik, „synexoplasma” (Studnicka) az „epithelialis kötőszövet” ellent-mondó szóösszetételével is jelölik (Held) és a megfigye-lés ténybeli alapját nélkülöző vagy csak festődési szín-árnyalatkülönbségek alapján, bonyolult okoskodásokon keresztül eljutnak az „extracelluláris protoplasma” kép-telen fogalmához, amelybe a protoplasma közvetlen át-alakulásából származtatott sejt-közötti állományt és a sejt-eken kívül, szabadon futó rostokat is besorozzák. Ezzel az élet végső individuális egységét jelentő sejt-fogalom teljesen felborul.

Más irányból a „molekularis morphologia” és „pa-thologia” (Schade) a szervezet anyagának fizikai-chemiai kolloidchemiai, kolloidmechanikai kutatása és láthatatlan submikroszkopos „metastrukturájának” röntgenstruc-turális alapján helyezkedett szembe a sejttannal. A szervezetet ugyancsak „élő masszának” tekinti „az egy-időben fennálló fázisok sokaságának heterogén rendsze-rében”. A szervezet egészséges és kóros folyamatait, a szerkezet szövettani kialakulását és elváltozásait a kol-loidális „sol” — és „gel” — állapot változásaira vezeti vissza, figyelmen kívül hagyva a sejtélet és a szervező-dés sajátosan biológiai tényezőit, az elnevezésükben azo-nos jelentésű „atom” és individuum” ellentétesen külön-böző értelmét, midőn ezen elméletben a molekuláris struktúra és a szerves struktúra az élő szervezet és az élettelen szerkezet közötti alapvető különbség elmosó-dik, a biológiai és fizikai-chemiai fogalmak összekeve-rednek.

A classikus sejttan és sejt-körtan korszerű és szük-ségszerű kiegészítése céljából igyekeztem a szervező-désnek a sejtenkívüli szövetelemekben, a sejt-közötti alapállományban, a kötőszöveti rostok és hártályak háló-zataiban és rekeszeiben rejlő, a sejtelmélet által eddig elhanyagolt tényezőinek előtérbe helyezésével az „inter-celluláris elmélet” és „intercelluláris pathologia” alap-

ján a sejtek egymásközötti, a sejtközi szövetekkel és a szervezet egészével fennálló vonatkozásait értelmezni.

Az „intercelluláris theoria” a sejtközi kötőszöveti rost rendszer keletkezésére, természetére és jelentőségére vonatkozó, a szerződés problémájára irányított rendszeres szövettani, kísérleti biológiai, szövettanyészeti, mikromanipulációs, mikrokineamatográfiai vizsgálatok és „modellkísérletek” hosszú sorozatának majd két évtizeden át gyűjtött eredményein alapul.

A szervezet sejtjei és egésze közötti vonatkozások megítélésének központjában a kötőszövetprobléma áll, amelynek legrégebben és leghevesebben vitatott kérdése a sejtközi alapállomány és a rostok keletkezése, a „fibrogenesisre” irányul. A vita visszanyulik majd kétszáz év előttré, *Albrecht von Haller* rostelméletéig, amely szerint az állati szervezet kizárólag, minden részét láthatatlanul átható rostokból („fibra”) és alakatlan masszából áll. *Schwann* szerint a sejtek közötti alapállomány a „cystoblastemának” sejtek képzésére fel nem használt maradványa a rostok, a kötőszöveti sejtek szét-hasadásából származnak, míg *Henle* szerint a „cystoblastemá”ból. *Schultze* és *Flemming*-től kezdve napjainkig igen sokan az „intracelluláris” rostkeletkezés hívei, a rostokat a „fibroblastok” közvetlen származékainak tekintik, amelyekből ecetszerű felrostozódásuk, (*Marchand*) felületükről történő legombolyodás (*Lwoff*) vagy a széli „exoplasma” különbözőzése útján termelődnének, a sejtekkel azonos életképességük megtartásával. Az „extracellularis” rostkeletkezés mellett fagylaltak állást *Henle*, *Ebner* és többen, a rostokat a sejtek élettelen váladékából a sejtek közreműködésével, vagy anélkül származtatták a fibrinkiválás módjára, alvadás (*Baitsell*, *Nageotte*), vagy koloidális átalakulás (*Heringa*, *Maximow*) útján. A rostkeletkezés kérdését rögzített, festett metszetek vizsgálata alapján sok évtizeden át folytatott vitatkozással sem sikerült eldönteni. A sejtközi állomány és rostok élő, vagy élettelen mivoltának kérdésében is a legellentétesebb vélemények állanak szemben egymással, ugyancsak eldöntetlenül. *Virchow* nem foglalt határozottan állást ebben a kérdésben, a sejtközi állománynak a sejtek környezetében a „sejtteritoriumok” körében bizonyos, a sejtekről „kölcsönzött” csökkent, másod-, vagy harmadfokú életképességet tulajdonított. *Aschoff* ma is ezen az állásponton van és az élet különböző fokozatait különbözteti meg a sejt teljes élete és a fibrinrost teljes élettelenisége közötti átmenetben. Azok akik a sejtközi állományt és a rostokat a protoplasma átalakulásából származtatják, általában a sejtek életképességével azonos teljes önálló táplálkozási, szaporodási, növekedési, sőt rugalmasságuk alapján „önfeszülési” képességgel ruházzák fel azokat (*Stricker*, *Heidenhain*, *Marchand*, *Studnicka*, *Wassermann* stb.), vagy mint a sejtek „élő secretumát” fogják fel. (*Biedermann*). A sejten kívüli rostkeletkezés hívei a sejtközi állományt mint a sejtek anyagcseretermékét, és az abból anyagi feltételek között kialakuló rostokat a sejtek életegységeihez viszonyítva élettelennek tekintik.

A kötőszövetprobléma ezen, a sejtannal a legszorosabb vonatkozásban álló kérdései, amelyek a metszethistológiai alapján megoldhatók nem voltak, a kísérleti histológiai és szövettani, koloidchemiai és röntgenspektrográfiai kutatás újabb eredményeinek egybevetésével nagy mértékben tisztázódtak. A mások és a magam szövettanyészeti kísérletei alapján nyilvánvaló lett, hogy a legfinomabb elemi kötőszöveti rostok a sejteken kívül alakulnak ki, mégpedig, — amint azt mun-

katársaimmal együtt végzett kísérletek egész sorával igazoltam és amint azt már régebben *Ebner* is állította — a rugalmas feszülés irányító hatása alatt.

Ezen kísérletekkel azt is sikerült kimutatnunk, hogy a szövetfeszülés erővonalainak megfelelően kialakuló rostok rugalmasan nyújthatók, a szövettanyészetben is, mint a szervezet végző szövetegységeiben, összefüggő rendszert képeznek, amely a rostfeszülés, a sejtközlekedés és a szövetnövekedés irányítása közötti vonatkozásoknak és a sejtekkel kölcsönhatásban, a szövettanyészeti nedvkeringésnek és szervszerű kialakulásának alapja, amint azt az elmúlt évek folyamán e helyen is részletesen ismertettem és filmen szemléltettem.

Az irányított feszülés jelentőségét és az elemi kötőszöveti rostok rugalmas nyújthatóságát sokáig kétségbe vonták, ma már azonban általánosan elismerték, annyival is inkább, mert a rostok anyagán végzett koloidchemiai és röntgenstrukturanalytikai vizsgálatok is kétségtelenül igazolták.

Az elemi rostrendszernek a szervezetben és a szövettanyészetben megfigyelt constructiójára és rostjainak rugalmasságára alapítottam az „*elastomotoros mikro-mechanismus*” elméletét, amely szerint a szervezett sejtélet közösségében az egyes sejtek a végső szövetek, hajszálerék és mirigyegységek egymásközötti és a szövetegységek fokozatain keresztül a szervezet egészével fenálló elemi vonatkozásainak, a nedv- és vérkeringés, az elválasztás, a felszívódás és a sejtközlekedés elemi folyamatainak mechanizmusát a sejteken kívül kialakuló és kifizülő elemi rostrendszer rugalmas nyújthatóságánál fogva „activ” elasticitásával, a végső elemi szövetegységeken belül, helybelileg egységesen és általánosan, a neuromuscularis hatás közvetlen érvényesülése nélkül, tartja fenn és szabályozza.

Az „activ elasticitás” fogalmát az izomelemek activ contractilitásával és a rugalmas rostok passiv elasticitásával szemben a rugalmasan nyújtható elemi rostok egységes rendszerének kifizült, energiát raktározó „felhúzott” állapotára vonatkoztattam, azon dinamikai készenlétére, hogy a hálózatára mind belülről, az egyes általa közrefogott sejtek és végső szövetegységek részéről, mind kívülről, a magasabbrendű szövetegységek felől érvényesülő erőhatásokat rendszerében felfogja, megossza, kiegyenlítsé és azokra visszahasson. Az „activ elasticitás”, amelyet egyesek eleinte értelmetlen szóösszetételnek „*contradictio in adjecto*”-nak tartottak (*Plenk*), éveken át sok vitára adott alkalmat. Ma már az „argyrophyl” elemi kötőszöveti rostok rugalmasságát és az egységes rendszerükben megnyilvánuló aktivitását, felfogásomhoz csatlakozva, általánosan helybenhagyják (*Aschoff*), fontos morphogenerikai tényezőnek tekintik (*Fauré—Fremiet*), az elemi rostrendszerben mint a szervezet „tonoskeletum”-ában a szövetekben régi időktől fogva elméletben feltételezett „*vitalis orgasmus*” (*Lamarck*) „tonicitás”, „*syntonia*” (*Heidenhain*) és általában más szövetekelmekre vissza nem vezethető rugalmas jelenségek kimutatható alapja gyanánt ismerik el. (*Po-lincard*.¹)

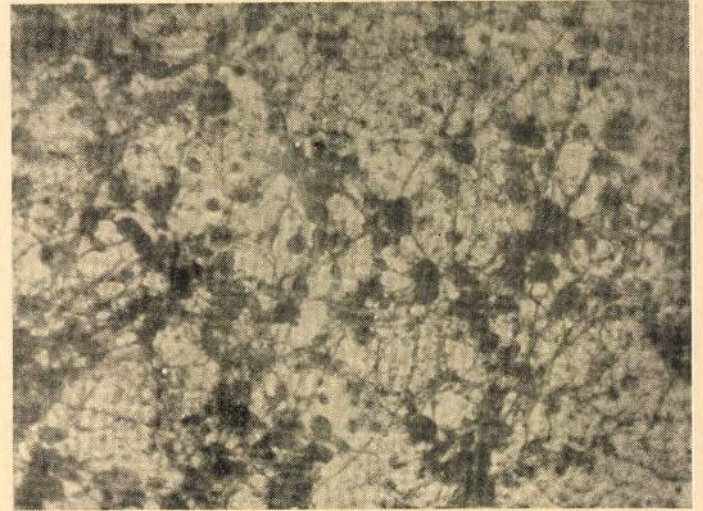
A kötőszöveti rostok, hárták és rendszereik sejten kívüli keletkezésének bizonyítására, kialakulásuk fizikai és chemiai feltételeinek és anyagi tulajdonságaiknak megismerésére, a szerveződésnek a sejtekben és a sejtközi szövetekelmekben rejlő tényezőinek elkülönítésére és megkülönböztetésére a szervezetből kivont rostanyaggal végzett modellkísérleteim bizonyultak igen alkalmasoknak.

Már évekkkel ezelőtt sikerült a patkány ináiból *Na-goette* módszere szerint híg ecetsavval duzzasztott patkányinakból nyert kollagenoldatból, a rostok kiválását előidéző egyvegyértékű sók kikristályosodásával kristályidomú rostszerkezetet kialakítanom és azt szövettenyésztés útján sejtekkel benépesíteni (*Huzella—Lengyel*²). Legújabban borjúinakból, vagy halak úszóhólyagjából (*Fauré—Fremiet, Leplat*) kétszített rostanyagoldatból a szervezetben kimutatható legkülönbözőbb típusú rost- és hártýarendszerek tökéletes mását alakítottam ki. A rostoldatot aetherben oldott olajjal, vagy különböző olvadáspontú zsírokkal, különösen marhafaggyúval és konyhasóval ráztam össze, majd üvegfelzinen cseppek alakjába

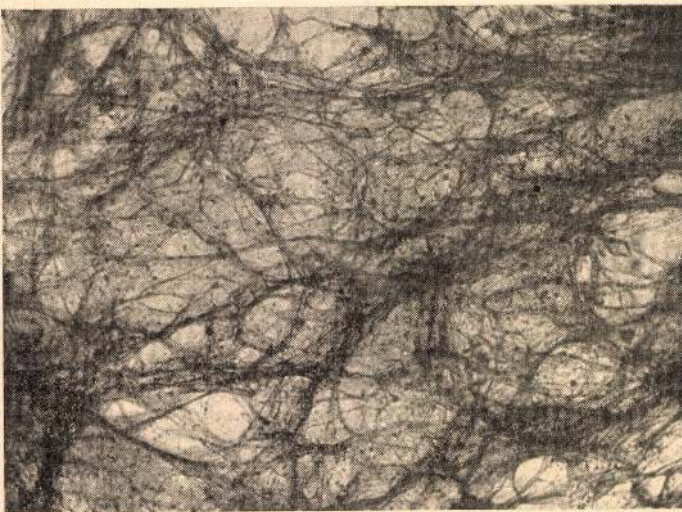


1. ábra.

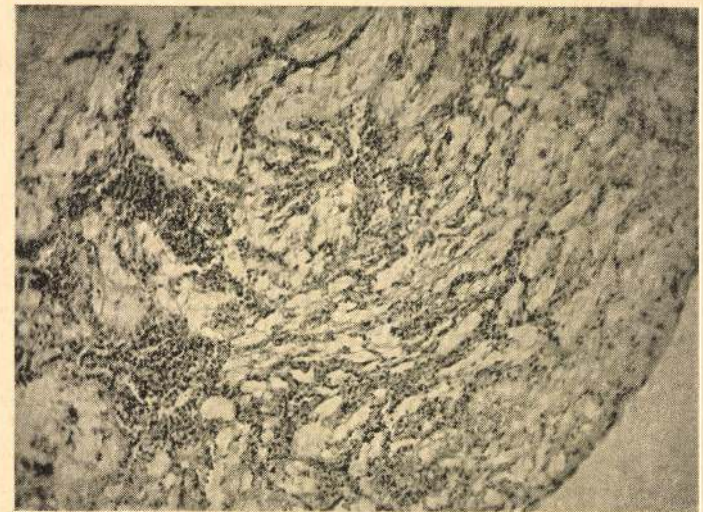
zsírsejteket körülvevő hártýa összefüggő rostszerkezetét (1. ábra.), a hólyagos támasztószövet minden változatának mását szemlélhetjük a modellkészítményeken, amelyet a chordában, lágytestűekben, tunicák köpenyében, rákok kötőszövetében találunk. Ezen ú. n. „turgorszövet” sejtjeire jellemző, hogy hártýájukat a beljük zárt folyadék nyomása feszíti ki. Folyékony olajcseppek körül képződő mesterséges rostos hártýát a feszülés áttöri, midőn az, a kiömlő olaj nyomán is kialakul. A nyirokszövet vázszerkezetének kiecseselt, vagy emésztett, ezüsttel impregnált metszeteinek vagy a tüdő emésztett és impregnált metszeteinek a sejtjeitől megfosztott alveolusok rostokkal érzett alaphártýáit fel-



3. ábra.



2. ábra.



4. ábra.

ban, vagy nagyobb felületen kiöntöttem. A rostanyagoldat és a zsír emulziójából a só vegyi hatása és az aether elpárolgása folytán kialakuló zsircseppek feszítőereje, a különböző kísérleti feltételek között, különböző finomságú és szerkezetű rostconstructiót hozott létre. Zsirtalanítás és sóltalanítás után az üvegfelülethez tapadó vékony rétegében, vagy a beágyazott anyag metszetein sötétlátóterben, ezüsttel impregnálva vagy kötőszöveti rostok specifikus feltüntetése alkalmas festékekkel megfestve, a mesterséges rostszerkezetekben az állati szervezet különböző roststructuráinak hű utánzata ismerhető fel. Ekként sikerült az állati kötőszövet lamelláris, hártýás lemezeinek, rostos szerkezeteinek és reticularis hálózatainak alakulatait teljesen „élethűen” utánozni. A zsír-szövet kötőszövetes vázrendszerét és a

tüntető képét a szakavatott szemé is alig különböztetheti meg az ezüsttel impregnált mesterséges modellkészítményektől (2. ábra.) A mesterséges rostszerkezet rostjainak rugalmas nyújthatósága mikromanipulációs kísérletekkel nyert bizonyítást. (*Lengyel*³). Hogy a szervezetben, a rostkialakulásban szerepet játszó sejteknek a rostképződésre gyakorolt hatását a modellkísérletekkel szemléltethessem, a szervezetből származó fehérje-, só- és lipidanyagok összekeverése folyamán kialakuló sejtmodelleket az ú. n. „autosynthetikus” sejteket is bevontam kísérleteimbe, akként, hogy a rostanyagoldatot is beiktattam a modell fizikai-chemiai constellatiójának rendszerébe. A „mesterséges” sejtalakulatok körül a collagenoldatból hártýa alakul ki, amely az egységes bonyolult rostrendszerrel függ össze. (3. ábra.)

A rostoldatból a leírt módon kialakított rostszerkezetekből álló hártványon sikerült szövetet tenyészteni, midőn a csirke, vagy patkányembryo sejtjei a borjú rostanyagából kialakított rosthálózatához simultak és alakultak, azon tovaküsztek. A csirkeembryo szívének tenyészete a borjú rostanyagából előállított vázon szabályosan lüktetett, azzal mesterséges egységet alkotott és kilengéseinek a mesterséges rostváz rugalmas játéka adott támpontot. Patkányok bőre alá vagy hasüregébe heteroplastikusan beültetett mesterséges hártvány rostszerkezete nem fajazonos sejtekkel benépesült, midőn a borjúból származó rostanyagból készült rostok a patkány sejtjeivel egységes szövetet alkottak. (4. ábra.)

Az állati rostanyag oldatából megfelelő fogásokkal akár teljesen sima, likacsmentes dialysáló hártvány, akár pergamentszerű lemezek, akár finomabban vagy durvábban porosus és hálózatszerű szövetek, vagy rostos fonalak is előállíthatók, amelyek száraz állapotban is rugalmasak. Sebészi felhasználásuk varróanyag gyanánt vagy sebfelület fedésére közelfekvő.

A vázolt modellkísérletek útján tehát a kötőszöveti rostok morphenetikai kialakulásának és fiziologiás működésének anyagi tényezőit különítettük el a sejtelettől, azzal, hogy a szervezeten belül a sejt-közötti állományból történő rostkialakulásnak a sejtek aktivitásából is származó erőhatásait mesterségesen helyettesítettük. Ebből a szervezet sejt-közötti állománynak és a szervezettek és a sejt-közötti szövetelemek mesterséges elkülönítésének és ujólagos egyesítésének lehetősége a sejtek és rostok viszonylagos függetlenségét bizonyítja. Abból, hogy a szervezeten belül fiziologiás vagy pathologiás körülmények között végbemenő rostkialakulás minden alakulatát a szervezeten kívül reprodukálhatjuk, hogy a természetes sejt-közötti állománynak oly fiziologiás kvalitásait és fejlődési sajátosságait nem ismerjük, amelyek a szervezeten kívülről rostanyagban a szervezeten kívül is, tisztán anyagi feltételek között ne nyilvánulnának meg, azaz a rostanyag életfeltételek híján, a szervezetben, a sejt-közötti állománynak és sejt-kívüli alakulatainak a sejtekkel szemben élettelen, tisztán anyagi mivoltára kell következtetnünk. Ezzel a rostanyag, illetőleg a sejt-közötti állomány halmazállapotváltozásainak, a rostkialakulás fizikai és chemiai kolloidális feltételeinek, a rostok és hártvány anyagi tulajdonságainak: elasticitásának, permeabilitásának, selectivitásának, enormis felületük aktivitásának, vizet raktározó, savat megkötő képességeinek adsorptios és imbibitios képességeinek elektromos jelenségeinek kutatását a közvetlen és szakavatott fizikai, chemiai, kolloidchemiai és röntgenspektrograpihai vizsgálat számára tesszük kellő mennyiségben hozzáférhetővé és annak fenntartás nélkül kiszolgáltattjuk. Ezen a téren szövettani vizsgálataim eredményeiből kiindulva a rostanyag duzzadóképeségére (*Kuthy*), a mesterséges kollagenhártvány permeabilitására (*Kiszely*), a rostkialakulás kolloidchemiai és elektrochemiai (*Buzágh*), submikroszkopos molekuláris tényezőire (*Herman* és *Bugyi*) vonatkozó, sokat ígérő kutatások indultak meg és egymást kiegészítő, termékeny kapcsolatba kerültek egymással.

Általános biológiai nézőpontból a sejt-kívüli, élettelen rostrendszer a különböző élőlények szervezetén térben és időben túlterjedő, környezetükben kiható alkotásaival vethető egybe, amilyen például a méhek viaszépítménye, amely az egyének termelte anyagból életközösségük jellegzetes élettelen structurája gyanánt alakul ki és az egyének életfeltételét képezi. A rostrendszer is már a fejlődés igen korai szakában a csirkelemez és az első szervtelepek elkülö-

nülésével kapcsolatban. Illetőleg annak feltételeképpen a csirkelemezben egyesült sejtek közös kollektiv terméke, a szervezett sejtélet feltétele gyanánt alakul ki, a csirkelemez dinamikai kulcsönhatása folytán a gastrulatióval kapcsolatban. Az intercellularis elmélet értelmében a kezdetleges mesostromát, tekintet nélkül a különböző csirkelemezektől származó mesenchymasejtekre, amelyek később bevándorolnak, nem csak „interdermalis”, de „extradermalis”, azaz a csirkelemez fogalmán kívüleső képződménynek kell tekintenünk. Általában a sejt-közötti, a sejt fogalma alá nem tartozó szövetelemeket ki kell vonnunk a biológiai fogalmak alól. A mesenchymát és általában a szervek reticulumát elsősorban, alapjában nem sejt, hanem rosthálózatnak kell tekintenünk, amelyekben a rost a „stationær”, a sejt a „passagère” elem.

Az „intercellularis theoria” a szerveződésnek a sejt-kívüli, a sejt-közösségben érvényesülő tisztán fizikai-chemiai megítélés alá tartozó anyagi tényezőit a sejtek élettevékenységében rejlő, biológiai megítélés alá tartozó cellularis tényezőitől megkülönböztetve, a sejt-kívüli szövetelemek jelentőségét, a szerveződésben a sejtekkel egyenrangú tényezőkné tekintti, amelyek a szervezett sejtélet legalsó fokán a sejt-közötti vonatkozások feltételét képezik, elemi alakulataikkal a sejt-közlekedés, sejtanyag-, gázcsere és nedvkeringés folyamatait közvetítik, sejtcsoportok elkülönüléseit irányítják és elhatárolják.

A szerveződés intercellularis anyagi tényezőinek megkülönböztetésével a cellularis vitális tényezőkkel szemben és elkülönített kutatásával fizikai és chemiai nézőpontból, a sejt-tani és az intercellularis jelenségekre vonatkozó ismereteink biológiai egybevetéséből a classikus sejt-tan sejt-fogalma ismét tisztán bontakozik ki. A sejt-ből, mint az élet végső individualis egységekből kiindulva az intercellularis theorián keresztül az egyes sejtek és a szervezetük egésze közötti vonatkozások mélyebb megértéséhez jutunk. Ezen a sejt-individuum és a szervezet individualis egésze közötti „inter-individualis” vonatkozások értelmezésével az „intercellularis theoria” alapján, a sejt-tan individualizmusának, a totalitástan collectivizmusának és a „molekuláris” morphologia és -pathologia materializmusának elmentmondásait kiküszöböljük. Midőn egyoldalú nézőpontjaikat az átfogó biológiai szemlélet synthesisében összeegyeztetjük, a vitalismus és a mechanismus ellentétét hidaljuk át. Ezáltal az intercellularis szövetelemek élő, élettelen vagy csökkent életképességű mivoltának dilemmája önként megoldódik, a classikus sejt-tan anatómiai felfogása helyébe a functionalis gondolat kerül, de a funkciónak már nem csak a működésre vonatkozó fiziologiái, hanem az intercellularis vonatkozások függvényét jelentő matematikai értelmében. A cellularis és az azt kiegészítő intercellularis elmélet együttesében a sejtek és a szervezet egésze közötti vonatkozásoknak önmagukban tisztán fizikai-chemiai alapon értelmezhető anyagi tényezői, amelyek a sejtek élettelen környezetében az egyes sejtekből kiinduló, a szervezet egészében érvényesülő hatásokat és azoknak az egyes sejtekre gyakorolt visszahatásait a sejtek és szervezett közösségük közötti inter-individualis vonatkozásoknak az életre jellegzetes, az anyagot lenyugózó tér- és időbeli terv- és célszerű csodálatos szabályozottságában közvetítik, ismét biológiai megítélés alá kerülnek. Azon megismerés alapján, hogy a növényi sejteket körülzáró celluloseból, vagy más, a protoplasmától különböző, ú. n. membrananyagból felépült hártvány, amelyektől a tulajdonképeni sejt elkülöníthető (plasmolysis), és az azok átalakulásából származó rostok, a növény élettelen sejt-

közötti állományát képviselik, továbbá a növényi sejten kívüli rostok anyagának oldatából és az állati rostanyag oldatából mesterségesen előállított hártályak és szövedékek analogiája alapján, a cellularis theoria az intercellularis theoriával, a növényi és az állati szerveződés közös egységes értelmezésében, az élőlények egész világra érvényes kiegészítést nyer.

Az intercellularis theoria, illetőleg az intercellularis pathologia alapján oly jelenségeket is értelmezhetünk, amelyek a sejttan és a sejtörtán, vagy más értelmezési elv alapján nem találtak kielégítő magyarázatot. Ilyen a máj szerkezetének átépülése a máj sorvadásos megbetegedéseiben³⁾, amit annakidején a májcirrhosis pathogenesisének kulcsa gyanánt ítélték meg, a hajszálerek alaphártályjának és elemi rostszerkezetének kialakulása⁴⁾, a sebgyógyulás sarjszövetképződésének⁵⁾ és a rákos beszűrődésnek mikromechanismusa⁶⁾, amint azt a multban e helyen is ismerttem. Az intercellularis theoria a szövetek regenerációs képességének magyarázatául, a szervezetben mindenütt feltételezett, de soha nem látott „indifferens mesenchymatartalék ubiqüitaer csíraraktárainak” fogalmát kiküszöböli, mert a szövetregeneratio lehetőségeit, a rostmechanismus figyelembevételével a szövettenyésztés tapasztalatai alapján, a szövetpusztulás folytán fellazult és átépülő sejt közötti rostrendszer körében a különbözőségi megkötöttségéből felszabaduló sejteknek fokozott mozgási és szaporodási képességében ismerjük fel.

A zsírral kialakított rostrukturák vizsgálata világosságot derít a zsírszövet keletkezésének egyes vitás kérdéseire is, különösen a zsírsejteket elhatároló hártályak protoplasmás, vagy extracellularis természetét illetőleg, amelyeket nem lehetett csak metszetek vizsgálata alapján eldönteni. Sok meddő vita eldöntetlenül hagyta azt a kérdést, hogy a zsírsejtek, illetőleg zsírcseppek körüli rosthálózat a zsírcseppek kívül vagy a zsírsejt széli részében fekszik, mert közvetlen mikroskopos megfigyelés útján lehetetlen az elenyésző mélységkülönbséget felismerni. Modellkísérleteim analogiája alapján kétségtelen, hogy a zsírcseppeket körülvevő hártály a rostanyagból a zsírcseppek kiterjedésének feszítőereje által alakul ki, a zsírsejteken kívül a zsírszövet egységesen összefüggő rostokkal átszőtt hártályrendszer gyanánt, amint azt már többen feltételezték. Azzal, hogy a folyamatot pontosan, mesterségesen utánozhatjuk és a zsírszövet illetőleg a „zsírszerv” (Wasserman) vázrendszerit, mint a rostanyag sejten kívüli constructióját ismerjük fel, a zsírszövet körében lejátszódó sejtjelenségek természetének, jelentőségének és zsírforgalom physiologiájának megítélése számára nyerünk biztos histogenetikai alapot. Ezen kérdések problematikáját annakidején (1906) különösen Verebélj⁸⁾ tárta fel, a zsírszövet sebsarjadzásáról szóló, ma is sokat idézett munkájában. Az intercellularis elmélet alapjára helyezkednek a rácsrostok rendszereszerű összefüggésének s elasticitásának funkcionális jelenségét domborítják ki Goldner⁹⁾ és Nagel¹⁰⁾, a hajszálerek működését, Laubinger a zsírszövet, Niessing¹¹⁾ a vese rostarchitekturáját illetőleg, Seiferle¹²⁾ az ovulatio jelenségét az ovariumstroma plasticus és elasticus elemi rendszereinek közvetett közreműködésére vezeti vissza, midőn a Graaf-féle tüsző megrepedését az ovulatio seb elzáródását és a corpus luteum felépítését, elméletemre hivatkozva, az argyrophil rostrendszer „elastomotoros” erőhatásának tulajdonítja. Legújabbban a tüdőalveolusok alapváza, hajszálerei és hámelemei közötti vonatkozások sokat vitatott, a gázcsere értelmezésében alapvető kérdéseinek elbírálásában ismerik el intercellularis elméletem jogosultságát. (Policard.)

Az elméleti kutatásnak az intercellularis elmélettel megnyitott új útjai az orvostudomány gyakorlati kérdéseivel közvetlen kapcsolatba jutottak. Például a sebváladékból a lobos környezetben a mesterséges rostkialakítással azonos vegyi (sav- sóantagonizmus) és fizikai (feszülés) feltételek között kialakuló rostrendszer jelentőségének felismerése a sebgyógyulásban, a sebbekezelés terén (Verzár), a rákos beszűrődés elastomotoros mechanismusának szemléltetése a rákműtét elveinek megszabásában (Stoeckel) vagy a rostképződés, a vitaminok és a sebgyógyulás vonatkozásainak felderítése, (Jeney—Törő), a vitamintherapiában nyert jelentőséget.

Nemrég jelent meg Aschoff, a pathologus, Küster, a botanikus és Schmidt, a zoologus könyve: „Hundert Jahre Zellenlehre”, amelyben a sejttan történetét és mai állását ismertetik. Aschoff a sejtelmélettel, illetőleg a sejtörtánal szemben felmerült újabb tanok közül a relatiós theoriával (Ricker) a molekularis pathológiával (Schade) az intercellularis theoriával (Huzella) és a structura theoriával (Heidenhain) foglalkozik behatóban és megállapítja, hogy mindegyik csak egy részét tartalmazza az igazságnak, anélkül, hogy bármelyik is a sejtelmélet helyébe léphetne. Felfogásomat a feszülés jelentőségét illetőleg a rostkialakulásban teljesen nyelven hagyja.

Amint a bécsi orvosegyesület százéves jubileuma alkalmából az intercellularis pathológiáról tartott ünnepi előadásomban⁷⁾ is hangsúlyoztam, ezen elmélet céja nem a sejttan helyettesítése, pótlása, cáfolása, hanem ellenkezőleg kiegészítése, más tanokkal szemben kiéleződött ellentéteinek áthidalása.

Az intercellularis theoria és pathologia létjogosultságát gyakorlati alkalmazhatósága igazolja. Ez az elmélet a sejttannal legkevésbé sem áll ellentétben, lényegét nem érinti, sőt az élet sajátosságát és a sejt életességének fogalmát jobban kidomborítja és nézetem szerint a classikus sejttant az átfogó biológiai szemléletre alapított orvostudomány korszerű gényeinek megfelelően egészíti ki és fejleszti tovább.

Irodalom: 1. Polincard A.: Six. Conférences d'Histophysiologie, Paris, Masson. 1935 — 2. Huzella—Lengyel: Ct. Rd. Soc. Biol. 1932. M. O. A. 1932. Arch. f. exp. Zellf. 1932. — 3. Huzella: Dtsch. Path. Ges. 1921.; M. O. A. 1921. — 4. Huzella: Anat. Anz. Erg. 1937. 83. f.; M. O. A. 1925. 3; 1937. 7.; Ztschr. f. Zellf. 1925. 2. — 5. Huzella: O. H. 1937. 2; Arch. f. Klin. Chir. 1937. 188. — 6. Huzella: Virch. Arch. 1932. 287. 2.; O. H. 1935. 38. Arch. f. Gynaek. 1938. 166. — 7. Huzella: Wiener Klin. Wschr. 1937. 46. — 8. Verebélj: M. O. A. 1906. 4. Beitr. Z. klin. Chir. 1907. 54. — 9. Goldner: Ann. d'Anat. Path. 1934. XI. — 10. Nagel: Ztschr. f. Zellforsch. 1934. 21. 3. — 11. Niessing: Morph. Jhrb. 1935. 75. — 12. Seiferle: Schweizer Arch. f. Tierhk. 1938. 80. 2. — 13. Verzár: Orvosképzés 1937. Acta Oto-Laryngologica 1939. XXVII. 1. — 14. Jeney—Törő: Virch. Arch. 1936. 238. 1.

Az ideális nyák követelményeinek legjobban megfelel a Krompecher-féle Oriza szárított rizsnyákból készített nyák. Az erre vonatkozó klinikai vizsgálatok ugyanis megállapították, hogy az Orizából 5 perces főzéssel, kolloidálisan jól oldott, tápanyagokban gazdagabb, tehát könnyebben emészthető, a szervezet által jobban kihasználható nyák készíthető, mint ugyanolyan mennyiségű egyéb nyákalapanyagból, rizs, burgonya, vagy zabőrleményekből több órás főzéssel. Ezen előnyös kolloidchemiai tulajdonságok folytán a csecsemő-gyógyászatban tejhígításra és hasmenések kezelésére használatos nyákoidatokat legcélszerűbb és leggazdagosabb Orizából készíteni.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Összehasonlító vizsgálatok a schizophrenia activ és nem activ kezeléséről.

Irta: Lehoczky Tibor dr., Eszenyi Margit dr.,
Horányi Béla dr. és Bak Róbert dr.

A századfordulón észlelt elmekórtani therapiás nihilismusra a paralysis progressiva láztherapiája mérte az első csapást. A láztherapiával elért eredmények serkentő hatása nem szorítkozott a paralysis progressivára, hanem a schizophreniára nézve is a therapiás kísérletek hosszú sorát indította meg (hormonalis kezelés, heteroprotein, placenta, láz, stb.). Ezek közül ma az insulinshok és a görcskezeltetés van leginkább elterjedve. Érdeemes megemlíteni, hogy a shok-kezelés gondolata nem új keletű. Wagner-Jauregg önkasztás után a psychosisis javulását látta. Kläsi a kataton merev betegetek vízbe ejtette. Pascal 1926-ban a psychosisisok shok-kezeléséről könyvet jelentetett meg (Masson et Cie). Az *insulinshok-kezelés* rendszeres kidolgozása kétségtelenül Sakel nevéhez fűződik (1933), bár előtte többen foglalkoztak a psychosisisok insulin-therapiájával általánosságban (pl. Steck 1929-ben).

Magyarországon e therapiának nagy multja van. Így — mint arra M. Müller is utalt — Benedek László jóval Sakel előtt „dolgozott az insulintherapiával” (Müller) és 1934-ben megjelentette „Az insulinshok hatása az észrevevésre” című könyvét.

A görcskezeltetés Simon-tól indul ki, akinek módszérére már 1798-ban találunk utalást. Így a Bécsben kiadott „Medizinisches-Praktisches Handbuch auf Brownische Grundsätze und Erfahrung gegründet von M. A. Weikard Fürstl. Fuldischen Geheimrat und Russisch-Kaiserlichen Collegien-Rath” című könyv (amelyre dr. Havas Gyula hívta fel figyelmünket) 115-ik oldalán a következők állnak: „Wenn man Campher, nach Simon solange gab, bis Schwindel und eine Art von epileptischen Anfällen folgte, so war es vermessenenes Mittel, welches alsdann erst die Sthenie der Manie wegnehmen konnte, als es uneigentliche (indirekte) Schwäche gewirkt hatte.” A camphor-epilepsiát tehát már 140 év előtt használták psychosisisok gyógykezelésére. 1934-ben Meduna először camphort, majd egy synthetikus camphor-készítményt, cardiazolt használt a schizophrenia shok-therapiájára.

A két eljárás therapiás hatása szempontjából a különböző szerzők véleményében igen nagy eltérést találunk. Mint szélsőséget említjük az insulinra Dussik-Sakel (Bécs) 88% teljes + jó remissióját, szemben Büdingen (Berlin) 17.8%-ával és a görcskezeltetésre Meduna 50—90%-át, Csajághy-Mezei 30%-os teljes + jó remissiójával szemben.

E lényeges eltérések okát a módszerek leírói, illetőleg védelmezői mindenekelőtt az eljárás alkalmazásának elégtelenségében, technikai hibákban, a csaknem valamennyi szerző által lényegesnek talált psychotherapia elhanyagolásában vélik megtalálni. Az irodalomban lefektetett tapasztalatok alapján úgy látszik, hogy az eljárások minden követelmény betartása mellett is az egyes szerzők kezében különböző eredményeket adnak. Ezt a tényt mindenekelőtt az a körülmény magyarázza

meg valószínűen, hogy a különböző szerzők nem azonos anyagon dolgoztak. Ennek legáltalósabb igazolása, hogy a Sakel által Amerikában kezelt betegeknek mindössze 24.4%-a javult! (Pollack).

A schizophrenia, mint ismeretes, nem egy jól körülhatárolt, biológiai kritériumokkal meghatározott nosológiai egység, hanem szinte országonként változik a diagnostikus köre, mint erre legutóbb Müller, Enke, stb. hívták fel a figyelmet. Természetes, minél szélesebbre vonjuk meg a schizophrenia fogalmi körét, minél több exogen-, psychogen-, reactiv-, episodikus képet sorozunk körébe, annál jobb therapiás eredményre van kilátásunk. Ennek a szempontnak alapvető fontosságát kétségtelenül teszik Langfeldt beható vizsgálatai, amelyek szerint az endogen schizophreniának gyógyulási tendenciája az új activ eljárásokkal igen kicsi és „az eredmények különböző voltának főoka az endogen és exogen psychosisisok egyenlőtlen eloszlásában keresendő”. Enke arra utal, hogy a therapiás hatás megítélésében az is figyelembe veendő, hogy a schizophreniás folyamat javult, illetőleg gyógyult-e meg, avagy pedig csupán a secundaer-psychológiai „Überbau”: a psychés ráakodás szűnt-e meg.

Fokozza a gyógyhatás megítélésének nehézségeit a megfelelő összehasonlítási anyag hiányossága. Szinte meglepő, hogy az elmekórtani irodalomban milyen kevés beható és nagyobb anyagon végzett vizsgálat áll rendelkezésre a schizophrenia *spontán gyógyulási arányszámát* illetőleg. Talán a Kraepelin-féle nézet a schizophrenia rossz jóslatát illetőleg akadályozta az idevonatkozó munkát.

Úgyiszlóval teljesen hiányos az irodalomban az *insulinnal és cardiazollal kezelt esetek későbbi sorsára vonatkozó észlelés*; a közölt eredmények túlnyomórészen a kúra befejezése utáni állapotokra vonatkoznak. A talált egy-két adat (pl. Marzynski, Querido van der Spek, stb.) csak kis anyagra vonatkozik és így összehasonlításra nem használható.

Mindezen szempontok figyelembevételével mi a budapesti elme- és idegkórtani klinikán 1933. óta ápolt valamennyi schizophr. beteg kórtörténetét, bárminő kezelésben részesült is, *katamnestikusan feldolgoztuk* és ilymódon megbízható összehasonlító eredményekhez véltünk jutni, miután az összehasonlítások egységes beteganyagra vonatkoznak. Anyagunk összeállításában igyekeztünk a schizophr. szigorúbb diagnostikai kritériumait szem előtt tartani és az insulin-, ill. görcskúrát mindenkor csak többnapos megfigyelés után kezdtük el, amikor legalább némileg megnyugtató ítélet nyerhettünk az illető kép hovatarozásáról. Nem követhettük Meduna felfogását, aki szerint a cardiazol-kezelést azonnal a behozatal után meg kell kezdeni, tekintet nélkül a biztos diagnosisra, mert e felfogás mellett az elért eredmények nem annyira a schizophreniára *sensu strictiori*, hanem legfeljebb a schizophrenia-szerű képekre vonatkoztathatók. Mi anyagunkból igyekeztünk kihagyni minden olyan esetet, melyben a schizophrenia diagnosis kétséges volt (amentiformis képek, exogen reactióstypusok, degeneratiós psychosisisok, Kleist értelmében, stb.). Mindezek ellenére természetesen anyagunk távolról sem tartalmaz kizárólag ú. n. valódi-endogen schizophrenia eseteket. — A Langfeldt-féle szempontokat jelen összeállításunkban külön nem szerepeltettük.

Szükségesnek tartjuk megjegyezni, hogy *mi csakis az activ kezelés befejezése után 6 héten belül bekövetkező javulást hozzuk a kezeléssel kapcsolatba*. Továbbá, hogy a görcskezeltetésben nemcsak a typosos, hanem az abortiv rohamokat is tekintetbe vesszük, bár ezek-

*) A Magyar Psychológiai Társaság kiadványa. — Németül: Karger, Berlin, 1935.

nek eredményeit az összehasonlítás kedvéért külön csoportosítottuk.

Továbbá hangsúlyozzuk, hogy mi javulási eredményeinket az egyéni psychotherapia módszereinek felhasználásával nyertük, tehát javulási százalékaink tulajdonképpen az activ kezelés és a psychotherapia *együttes eredményét* juttatják kifejezésre. Erre azért utalunk, mert utóbbi időben, amióta t. i. az activ therapia eredményét illető optimistikus hullám csökkenőben van, a psychotherapia fontosságát egyre jobban kiemelik, sőt egyesek az eltérő eredményeket a psychotherapia hiányosságában vélik felfedezni. Ezt a véleményt adatszzerűen cáfolja, hogy éppen *Sakel*-nek és munkatársainak, tehát a tevékeny psychotherapiát ellenző csoportnak voltak a legjobb statistikai eredményei, továbbá, hogy az ugyanazon álláspontot képviselő *Pap Zoltán* mindössze 38.59%-os összjavulást ért el a bécsi iskola (*Sakel*) 88%-os javulásával szemben.

Vizsgálati anyagunk 419 esetet ölel fel, amelyből 118 insulin-shok, 61 görcs- (cardiazol, ill. tetracor „Chinoin”), 22 combinált- (insulin + görcs) kezelésben részesült, míg 218 eset active nem kezeltetett. Utóbbi csoportban az esetek a kezelés szempontjából egységes eljárásban nem részesültek, egy részük kizárólag megfigyelés alatt állott, más részük sedativumokat, hormonszerményeket, egyesek lázkezelést kaptak a psychotherapiás befolyásoláson kívül. Ez eseteknek egy csoportba foglalását az teszi megengedhetővé, hogy dolgozatunk egyik legfontosabb célja objectív képet nyerni az insulin- és görcskezelés értékéről, ilyen szempontból pedig anyagunk tulajdonképpen 2 csoportba volna osztható: *activ módon* (t. i. insulinnal vagy cardiazollal) *kezelt* és *activ módon nem kezelt* esetek csoportjára.

A katamnestikus vizsgálatokat részben a tanulmány írói személyesen végezték el, részben orvosi leletek, illetőleg hozzátartozók leírása alapján állapítottuk meg a jelenlegi állapotot.

A 419 esetből 283 katamnestikus és 136 nem katamnestikus. Az egyes csoportok szerinti megoszlás a következő:

Insulin-shok	118, ebből 85 katamnestikus, 33 k. nélkül.
Görcs-kezelés	61, „ 50 „ 11 „ „
Combinált kez.	22, „ 16 „ 6 „ „
Active nem k.	218, „ 132 „ 86 „ „
Összesen:	419, „ 283 „ 136 „ „

Miután az eredmények értékesítésében döntő jelentőségű a remissio, illetőleg egyes fokozatainak lehető pontos körülhatárolása, szükségesnek tartjuk megemlíteni, hogy mi dolgozatunkban háromféle remissiót különböztetünk meg: 1. Teljes remissióról szólunk, ha a beteg régi egyéniségét minden tekintetben visszanyerte, teljes betegségelátással bir, munkakörét hiánytalanul ellátja, érzelmi életében változások nem észlelhetők. 2. Jó remissióról szólunk, ha a beteg egyéniségében észlelhetők ugyan egyes defectusok (pl. az érzelmi reaktivitás csökkent volta, stb.), azonban a beteget defectusai a társadalmi életbe való beilleszkedésben, munkakörének ellátásában számbavehetően nem zavarják. Végül 3. defect vagy socialis remissióról szólunk akkor, ha a tünetek elhalványodásával oly fokú defectusok maradtak vissza, amelyek a betegnek intézetben kívül tartását lehetetlenné nem teszik ugyan, de régi munkakörét ellátni képtelen.

A 419 esetből álló anyag az egyes kezeléseket illetőleg gazdag tapasztalatokhoz juttatott bennünket mind a technikai kivitel, mind a javulási eredmények értékesíthetősége szempontjából. A részleteket, valamint az egyes kezelésekre vonatkozó elméleti megfontolásokat

helyszűke miatt másutt tesszük közzé s e dolgozatunkban csak a legfontosabb gyakorlati eredmények összegezésére szorítkozunk.

I. A *kort* illetőleg tapasztalataink megerősítik az irodalomban többször említett tételt, hogy a fiatalabb, 30 éven aluli egyének schizophreniás folyamata lényegesen jobb javulási, illetve gyógyulási hajlamot mutat.

II. A *számbavehető* (tehát teljes + jó remissio) *javulás általánosságban*, tehát a betegségi időtartamra és kórformára való tekintet nélkül, a következő eredményeket adja:

Insulinnal elbocsátáskor	27.1%,	katamnesisre	30.6%.
Görcstherapiával	„ 22.8%,	„	22.8%.
Nem kezelt	„ 20.2%,	„	35.6%.

Ezek szerint mi a *katamnestikus* status alapján a legjobb gyógyulási arányszámot az activen nem kezelt csoportban találtuk. Különösen jelentős ez a számadat, ha arra utalunk, hogy insulin-csoportunkat *esetenként* követve, a 30%-os katamnestikus javulásnak legjobb esetben csak a fele hozható az insulinnal kapcsolatba, *ami mindössze 15% katamnestikus insulin javulásnak felel meg. A görcs-therapia 22%-ából ugyanezen eljárás szerint 13.4% hozható a kezeléssel kapcsolatba.*

Az *elbocsátási status* véve alapul, a fenti csoportokban alig van eltérés; még a legjobb eredményt találjuk az insulin-csoportban. Az active nem kezelt esetek 20.2%-os javulást mutattak, amely megegyezik *Bumke* (20.9%), *Fromenti* (15%), *Puller-Srecker* (23.6%), *Meyer* (30%) és mások tapasztalataival, ellentétben pl. *Mason-Smith*-vel, aki szerint a schizophreniás folyamat spontán remissió arányszáma 10% alatt van, vagy *Briner*-rel, aki szerint ugyanez 60%.

III. Tapasztalásaink szerint az elbocsátáskori javulásos állapot idő haladtával minden kezelés nélkül tovább javul. Így az insulinos csoportban elbocsátáskor 6, katamnesiskor 16 teljes remissiót, a görcstherapiás csoportban elbocsátáskor 4, katamnesiskor 11 teljes remissiót, a nem kezelt csoportban elbocsátáskor 18, katamnesiskor 34 teljes remissiót találtunk. Számos esetben (így pl. insulinra 9 ízben) észleltük, hogy az elbocsátáskor „váltakozatlan” jelzésű beteg katamnesiskor teljes vagy jó remissióba került. Az active nem kezelt csoportban a teljes + jó javulás a megfigyelési (katamnestikus) idővel párhuzamosan fokozódik. Vagyis minél hosszabb az eltelt katamnestikus idő, annál nagyobb a javulások száma. Míg pl. 0—3 hónap között a javulás 6.1%, addig 2 éven túl 35.6+-ot tesz ki. Ily módon az irodalomban gyakran szereplő késői-javulás, az ú. n. „Nachreifen” nem az insulin- vagy a görcskezelés sajátossága, éppen ezért csak akkor hozható a terápiával kapcsolatba, ha a javulás a kezelés befejezésétől számított 6 héten belül indul meg. Ez alapon pl. *insulin-anyagunkban a katamnestikus 16 teljes remissióból 12-öt utólagos, tehát spontán remissiónak kell tekintelnünk.*

IV. Az *előző betegségi időtartam* szempontjából

a) a friss (6 hónapnál nem hosszabb betegségtartamú) esetekben a következő számbavehető teljes + jó remissiót találjuk:

Insulinnal elbocsátáskor	31.08%,	katamnesisre	32.07%.
Görcstherapiával	„ 21.6 %,	„	28.5 %.
Nem kezelték	„ 27.3 %,	„	46.5%.

Ezek szerint a *friss* csoport javulási arányszámai az *elbocsátási* status szerint az insulinos és az active nem kezelt csoportban nagyjában azonosak, a görcstherapiás csoportban valamennyi között a legalacsonyabb: 21.6%; a *katamnestikus* status szerint az insulinnal ke-

zelt eredmény ugyanannyi, mint elbocsátáskor, a görcs-therapiás csoporté emelkedett, de legmagasabb arányszámot mutat az *active nem kezelt csoport*: 46.5%. Ebből következnek, hogy az *activ kezelés a friss schizophrén esetek gyógyulási tendenciáját nem javítja*.

b) A *subacut*, 6—12 hónapi betegség tartamú csoport teljes + jó remissiója a következő:

Insulinnal elbocsátáskor	14.28%	katamnesisre	30%
Görcs-therapiával	27.57%	„	25%
Kezelés nélkül	10.63%	„	23%

Ezeket az arányszámokat a *friss csoport*tal egybevetve, csak az *insulinos katamnestikus kategóriában* találunk egyezést, egyébként a következő jelentékenyebb eltérés állapítható meg: az *elbocsátási status* szerint az *insulinos javulás kb. felére*, a *nem kezelt egyharmadára csökkent*; a *katamnestikus status* szerint a *nem kezelt felére csökkent*. Görcs-therapiára nem észleltünk lényeges különbséget. Meg kell jegyeznünk, hogy e csoportban kevés esetünk volt.

A *subacut esetek tehát a számbavehető javulás szempontjából főleg az elbocsátási insulinos statusban és a katamnestikus nem-kezelt csoportokban mutatnak kifejezett csökkenést a friss esetekkel szemben*.

c) A *subchronikus*, 1—2 évi előző betegség tartamú csoportban a következő teljes + jó remissiót kapjuk:

Insulinnal elbocsátáskor	29.4%	katamnesisre	41.6%
Görcs-therapiával	23.0%	„	14.3%
Nem kezelték	11.1%	„	15.38%

Az a), b), c) pont alatt felsoroltakból a következő fontos következtetéseket vonhatjuk le:

1. A *subchronikus, active nem kezelt esetek gyógyulási tendenciája jóval kisebb*, mint az *active kezelt esetekben*. 2. Az *active kezelt csoportok elbocsátási eredményei a friss és subchronikus esetekben lényegileg azonosak*, a *katamnestikus status javulása insulinra lényeges emelkedést, görcs-therapiára csökkenést mutat*.

Hivatkozással az a) pontban levont következtetésre, eredményeink arra látszanak utalni, hogy az *activ kezelésnek és főleg az insulintherapiának sokkal inkább van szerepe a subchronikus, mint a friss esetekben*.

Azt a körülményt, hogy az *insulintherapiával friss esetben elért javulás (32.07%) nem éri el a subchronikus csoport katamnestikus javulási fokát (41.6%)*, azal magyarul, hogy eseteink sorsát katamnestikusan regisztrálva, bizonyos betegségitartam után a *subchronikus (tehát nem egész kedvezőtlen kilátású) esetek spontán gyógyultak*. Ezt igazolja, hogy pl. az *insulinos csoportban a 2 év feletti, tehát chronikus esetek javulási százaléka katamnestikusan pontosan megegyezik a nem-kezelt csoport hasonló kategóriájú javulási százalékaival: 10%*!

V. A *schizophrenia különböző betegségitartamú formái* szerint a következő teljes + jó remissiót kaptuk táblázatosan összeállítva:

Schizophrenia betegségitartamú formák:

Teljes + jó remissio %-ban kifejezve.

(I. elbocsátási, II. katamnestikus állapot.)

	Insulin		Görcs		Nem kezelt	
	I.	II.	I.	II.	I.	II.
Simplex	11.1%	2.6%	20.0%	25.0%	5.8%	10.5%
Hebephren	33.3%	35.2%	0%	0%	20.0%	22.12%
Kataton	0%	0%	40.7%	40.7%	18.4%	43.7%
Paranoid	36.5%	38.7%	20.0%	20.0%	22.1%	35.0%
Kevert	44.4%	70.0%	14.2%	28.5%	31.8%	66.6%

Az *absolut értéket* nézve, legmagasabb javulási százalékot kapunk a *kevert csoportban*, amely mind a *katamnestikus insulinosok*, mind a *nem kezelt csoportjában* nagyjában ugyanazt az értéket mutatja:

66.6—70%. Ezután csökkenő sorban következnek: az *insulinos kevert alakok elbocsátási csoportja (44.4%)*, a *nem-kezelt katatonok katamnestikus csoportja (43.7%)*, a *görcs-therapiával kezelt katatonok elbocsátási és katamnestikus csoportja (40.7%)*, a *paranoid insulinosok katamnestikus (38.7%) elbocsátási (36.5%) és ugyanezen formának nem-kezelt csoportja (35%)*, a *hebephren insulinosok (33—35%) és végül a 30%-nál alacsonyabb javulású csoportok: a katamnestikus kevert alakok (28.5%)*, a *kezelés nélküli hebephrenok 20—22%*, a *görcs-therapiás simplexek 20%*, stb.

Az egyes kezelési csoportokat egymással és a *nem-kezelt kategóriájával egybevetve*, a következő megállapításokhoz jutunk. A *schizophrenia különböző formái közül legnagyobb javulási hajlama van a kevert alaknak és pedig egészen függetlenül az alkalmazott kezeléstől*. Ennek valószínűleg az a magyarázata, hogy e csoport lényegileg megfelel az ú. n. „*atypische schizophreniforme Zustände*”-nek (Langfeldt), amelyek a különböző gyógykezelésekkel és spontán is a legjobb gyógyhajlamot mutatják. E csoport után a legjobb javulási arányszámot kapjuk a *kataton formánál és pedig akár kezelés nélkül, akár görcs-therapiával; viszont ugyanez a forma insulinra kifejezetten rosszul reagál*.

A következő forma a *paranoid, amelyben insulintherapiával ugyanazt a javulási százalékot kapjuk, mint kezelés nélkül (katamnestikusan)*, viszont ugyanez a forma görcs-therapiára lényegesen rosszabban reagál.

A sorban következő a *hebephren forma, amely insulinra jól, görcs-therapiára egyáltalán nem reagál s amelynek javulási foka kezelés nélkül az insulinos eredményeknek kb. 60%-át éri el*.

Elmondottak alapján *insulinnal* legjobb eredményt kapunk a *paranoid, majd a hebephren formában, görcs-therapiával a kataton formában, a kezelés nélküli esetekben* ugyancsak a *kataton, majd azután a paranoid formában*.

Mindezek szerint tehát *anyagunk maximális therapiás eredményét (66—70%) lényegileg azonosnak találjuk az insulinnal kezelt és a nem-kezelt (katamnestikus) kevert csoportokban*. E megállapítás azért nagyfontosságú, mert tulajdonképpen kérdésessé teszi az *insulin-kezelés jelentőségét, amelyet csak fokoz az a körülmény, hogy a paranoid-formában ugyancsak megközelítően azonos eredményeket kaptunk az insulinos és a nem kezelt katamnestikus csoportokban (35—38%)*.

További *görcs-therapiával a legjobb eredményt értük el a kataton csoportban (40.7%)*, ez azonban messze elmarad anyagunk maximális eredményétől és — ami különösen fontos — *lényegileg azonos ugyanazon betegségforma nem-kezelt, katamnestikus javulási adatával (43.7%)*.

Ezek a tapasztalatok egyöntetűen problematikusá teszik az *activ kezeléseket hasznát, mert ezekkel lényegileg ugyanazt a javulási arányszámot érjük el, ha időt adunk a betegségitartam lezajlására, vagyis a beteget katamnestikusan ellenőrizzük*.

Az a körülmény, hogy a *kataton forma insulinra, a hebephren pedig görcs-therapiára kifejezetten rosszul reagál, arra látszik utalni, hogy ezek a kezeléseik az említett betegségitartamokban céltalanok*.

Végül kiemeljük, hogy tapasztalataink nem erősítik meg azt a csaknem általánosan elfogadott nézetet, mely szerint a *hebephrenia különösen rossz jóslatú még friss esetekben is, mert insulinnal 33—35%, kezelés nélkül 20—22% javulást értünk el*.

VI. Az egyes *schizophreniás periodusok, ú. n. „Schub”-ok* átlagos időtartama a *nem-kezelt csoport-*

ban 5%, az insulinnal kezelt csoportban 5.4% és a görcs-kezelés csoportban 5.1% volt. Ezek szerint a mi anyagunkon tett tapasztalások nem szólnak amellett, hogy az insulin- és a görcskezelés a „Schub”-ok időtartamát megrövidítenék, mint azt az irodalomban többször említik.

VII. Tapasztalataink szerint az insulinus és görcs-kezelés a remissiók tartósságát nem növeli. Így pl. insulinos anyagban a számbavehető javulásnak 33.3%-a, az összjavulásnak 30.76%-a, a teljes anyagnak 14.2%-a esett vissza. Kiemeljük, hogy a számbavehető javulásokból visszaeső 7 mind a friss csoportba tartozik.

VIII. Anyagunk alapján azt a többször hangoztatott követelményt, hogy a görcsrohamok számával 40-ig, sőt 60-ig is fel kell emelkedni az eredmények elérése végett, megerősíteni nem tudjuk, mert mi a legnagyobb javulási arányszámot akár az elbocsátási, akár a katamnestikus állapotra vonatkozóan 5–10 roham közt találtuk, tekintet nélkül a rohamok típusára. Csak a nagy rohammal járó eseteket tekintve, a legnagyobb gyógyulási hajlamot az 1–4 roham-számra kaptuk, ami azt jelenti, hogy a gyógyhajlam bizonyos fokig függetlennek látszik a rohamok számától.

IX. A kombinált insulin-görcs kezeléssel nem értünk el említésre méltó eredményt, aminek részben az lehet az oka, hogy ezt különösen súlyos esetekben alkalmaztuk.

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

A C-vitamin hatása a csecsemők pyodermiás megbetegedésében.

Írta: Wirth József dr. egyetemi tanársegéd.

A vitaminokkal foglalkozó tan Funk és Hopkins alapvető vizsgálatai óta kétségkívül korunk egyik legérdekesebb kutatási terét öleli fel. Szerepük csak részleteikben tisztázott kérdés. Ami az egyes vitaminokat illeti, talán egyiket sem helyezhetjük fontosságban a másik fölé. Szerepüket Kulenkampf fejezi ki a legtalálóbban, aki szerint minden fertőzés, nekrobiosisból indul ki, amelynek oka a vitaminszegénység, ill. vitaminhiány. Hainiss a vitaminellátás és az ellenállás, illetve fertőzés között a legszorosabb viszonylatot állítja fel. A fertőző betegségekben a C-vitamin fontossága a többi fellett elvitázhatatlan, főleg az antitestek képzésében van nagy szerepe.

Szintetikus előállítás után megindultak a klinikai alkalmazhatóságára irányuló vizsgálatok is. Valóban alig van betegség, melyben legalább kísérlet ne történt volna a C-vitamin hatásának kipróbálására és sok betegségről kiderült, hogy C-hypo-, illetve C-avitaminosis jártsza benne a főszerepet.

Az a sokféle hatás, mellyel a C-vitamin az eddigi vizsgálatok tanúsága szerint az egész organismushoz és annak részeihez kapcsolódik, a bőrön is megnyilvánul és így nyilván összefüggést kereshetünk a C-vitaminforgalom és a bőrön lezajló kóros folyamatok között. A genyeltökökkel szemben viselkedése focalis infectio okozta sensibilisatio esetén jöhet szóba, de számításba kell venni C-hiány esetében a bőr hajszáledényeinek pusztulását is, mely tény a bőr táplálkozására és így az ellenállóképességére is hatással kell legyen.

Vizsgálatainkat pyodermiás csecsemőkön végeztük. A kísérletekben a Dr. Wander-gyár citamino néven forgalombahozott készítményét alkalmaztuk és intra-

venásan, illetve intramuscularisan adagoltuk. A két eljárás nem járt hatáskülönbséggel. Nagy adag bevitele volt a cél, mivel a szerzőknek, így Hainiss-nak is az a felfogása, hogy a beteg szervezet vitaminszükséglete sokkal nagyobb, mint az egészséges szervezeté és túl-adagolástól félni nem kell. Túladagolási tünetekkel csupán Wiedenbauer és Baumann munkáiban találkoztunk. Az előbbi csecsemőkön végzett ascorbinsavas feltöltés után erythemákat, urticariát, oedemát, hasmenést és bradykardiát látott. Hasmenésről számol be Baumann is már 50 mg. intravenás alkalmazása után. Ezt magam is észleltem, de csak hosszabb időn át adott nagy adag után, anélkül, hogy az általános állapotot számottevően rontotta volna. A jelenségek okát Wiedenbauer a vagusra gyakorolt hatásban látja. A bevitt egyszeri adagot eseteinkben — függetlenül a csecsemő korától és súlyától — 150 mg-ban állapítottuk meg, kiindulva abból, hogy a beteg szervezet erősen megfogyatkozott C-készlettel dolgozik.

A primaer pyodermiák természetesen sokkal jobban reagáltak, mint azok az esetek, melyekben a súlyos alapbántalomhoz csatlakozott a pyodermia furunculosisok, abscessusok, illetve pemphigoidok alakjában. Ez esetekben, habár később jelentkezett is a hatás, szép eredményről számolhatunk be, amennyiben az általános javulással a bőrtünetek is szépen visszafejlődtek. A hatást az ellenállási készség helyreállításában kell keresnünk.

Észlelésünk 20 esetre szorítkozik. Ezek közül a pyodermiás elváltozások 11 esetben jelentkeztek elsölegeesen, a többi kilenc esetben másodlagosan. Közülük négynek ismertetésére szorítkozunk; a többi hasonló módon zajlott le.

1. eset: K. Gy. 6 hetes leánycsecsemőnek egy hét óta homlokán fillér nagyságú duzzanat keletkezett, elgenyedt és kifakadt. Pár nap alatt az egész testre kiterjedt a furunculosis és 38° C láza van, s a bal emlőbimbó felett 5 pengő nagyságú tályogja van. Két ízben sugárban hányt, erősen étvágytalan; hasmenése nincs. A szülők azonos körülmények között, ugyanebben a korban egy csecsemőjüket már elvesztették. Említésreméltó, hogy a csecsemő pelenkái abban a kádban mossák, amelyben a csecsemőt fürdették.

A jól fejlett és táplált pastosus csecsemőn feltűnő a sápadt, szürkés-sárga bőrszín; a bőrön számos apró pemphigoid hólyag. A mellen, vállon és a háton mélybehatoló furunculosisok, a bal emlő felett és a fejen zölddiónyi tályog. A tarkón és lágyéktájon a nyirokcsomók duzzadtak, fájdalmasak. Öntudat tiszta, csak kissé bágyadt. Szív és tüdő ép. Has rendkívül feszes, tapintása alig lehetséges. Mája és lépe kissé megnagyobbodott, tömör. Széke rendszerben. A fül lelete negatív. Urogenitalis szervek épek. Vérkép: Hb: 96%, vvt.: 5.200.000, fvs.: 22.000. Segm.: 33%, F.: 2%, P.: 5%, Mo.: 2%, Ba: ∅, Eo: 1%, Ly: 57%. Wa. és MTR.: negatív. Mantoux: 1/1000: negatív.

A megnyitott furunculosisokból és tályogokból erős vérzés indul meg, mely az ismert stypticumok alkalmazására sem szűnik meg. A hajás fejbőrön a tamponade miatt kifelé nem hatolhatván, a fejbőr alá almányi dudort alkot a bevérzés. Transfusio 50 ccm. vérrel, 20 ccm. 40%-os dextrose és 150 mg. citamino intravenás beadása után a vérzés csillapul. Másnapra a fejbőr alatti haematoma az egész testre kiterjedő genyes folyamat ellenére szépen visszafejlődik, nem genyed el. Furunculosis megnyitások után újabb vérzés. Transfusióra és 150 mg. citamino i. v.-s beadása után a vérzés eláll. Újabb furunculosisok csak szórványosan jelentkeztek. A septikus componens kikapcsolására nigma-injectiókat is kap, másodnaponként 2 ccm-es adagokban izomba.

Harmadnapra láztalan. Súlya egyforma. Újabb furunculosisok nem jelentkeztek. A megnyitások után vérzés többé nincs. Bőre tisztul, fakósárga színe eltűnik és helyét rózsás pir váltja fel. Széklet kissé dyspepsiás. Dextrose és citamino kezelést az előbbi értelemben tovább folytatjuk. 5-ik nap furunculosisok már alig vannak a bőrön. Teljesen láztalan, vérzés nem jelentkezik. Jól eszik. 9 dyspepsiás szék ellenére teljesen jó közérzet és súlygörcsje felfelé haladó. Citamint tovább is kapja. 6-ik napon teljesen jó közérzet mellett,

gyógyult bőrrel, emelkedő súlygörbével hazaadjuk. A meg-ejtett vérkép normális viszonyokat mutat. Bennléte alatt összesen 750 mg. citamino-t kapott.

2. eset: L. T. 2 hónapos fiú. Bőrén napokkal ezelőtt genyes kiütések jelentkeztek. A behozatal napján reggel hirtelen eklampsia kb. 5 percig. Tbc., Lu. és Ab. nem szerepel. Csak 6 hétig szoptott, majd $1/2$ -es tejere fogták. Anyja szerint születése óta folyton beteges, izzad, köhög. A behozatal előtt 2 nappal 40° C láza volt.

A gyengén fejlett csecsemő bőrszíne feltűnően fakó, ráncos. Súlyja: 4.000 gr. Palymikroadenia. Combainak hajlító-, feszítő-, valamint adductor felszínén, hátán és hajas fejbőrén lencsényi, fillérnyi genyes hólyagocskák (pemphigoides) vannak, helyenként beszáradtak és pörkkel fedettek. Nyakszirtjén mogoró nagyságú tályog. Idegrendszer és beiső szervei épek. Széke vizes, spriccelő. A fül lelete negatív. Vérbkép: Hb.: 75% , Vvt.: 4.000.000, Vvs.: 14.000. Segm.: 52% . Fialat: \emptyset . Pálca: 6% . Mo.: 2% . Eo.: 3% . Ba.: \emptyset . Ly.: 27% . Serumcalcium: 9 mg%. P.: 8.3 mg%. Vércukor: 58 mg%.

Az eklampsias görcsök csillapítására 0.8 ccm. sevenalt kap izomba, megkoplaltatjuk és bőségesen teáztatjuk. Láza 40° C.

Másnapra csupán subfebrilis. Görcsei megszűnnek. Furunculusaikat megnyitjuk, intravenásan 20 ccm. dextroseval 150 mg. citamino-t adunk be.

Harmadnap számos új furunculus jelenik meg testén, melyeket megnyitunk. 3 nyálkás, dyspepsiás széklet ürít. 150 mg. citamino-t kap izomba. Súlyja gyarapszik. Negyedik nap néhány új furunculust nyitunk meg. Transfusio 60 ccm. vérrel és 150 mg. citamino i. v. Ötödik napon a furunculások száma erősen csökken, újabbak nem jelentkeztek. Székletei hasmenéses jellegűek, de szépen fejlődnek, közérzete nem rossz. Az előbbi napi kezelést megismételjük. A kilencedik napon bőre teljesen meggyógyult. Jól eszik és jól fejlődik. Citaminos kezelést tovább folytatjuk. A behozatal utáni 11-ik napon emelkedő súlygörbével, teljesen gyógyult bőrrel hazaadjuk; az izomba és érbe adott citamino 1200 mg-ot tett ki.

3. eset: M. E. 5 hetes leánycsecsemőnek behozatala alkalmával görcsei voltak (eklampсия). A közepes fejlettségű, 3500 gr.-os csecsemő bőrén feltűnő a kiterjedt pustulás elváltozás. Az alsó ágyéki csigolyák felett egy nagy furunculus. A j. o. sacralis tájon és a j. o. tibia alsó harmada felett csecsemőtenyérenyi nagyságú tályog. Összes mirigyei kissé duzzadtak. Az idegrendszer részéről a kissé merev tarkón és élénkebb reflexen kívül más eltérés nincs. Kutacs öt ujjbegynyi, kissé feszült. Szív és tüdőik rendben. Szája sooros; nyelés, étvágy jó. Has puha. Máj kétharántujnyi, lép egyharántujnyi a bordaív alatt. Széke rendes. Mindkét dobhartya gyulladásban. Vizeletben kóros nincsen. Vérbkép: Hb.: 80% . Vvt.: 4.28.000. Fvs.: 16.000. Segm.: 29% . F.: 3% . P.: 12% . Eo.: 2% . Ba.: \emptyset . Mo.: 3% . Ly.: 51% . Vércukor: 78 mg%. Ca.: 8.9 mg%. P.: 5.7 mg%. Wa. és MTR: negatív.

Másnap 38° C láz. Tályogjait megnyitjuk. A térdén és combján újabbak jelentkeznek, melyeket szintén megnyitunk. Kap 35 ccm. vért intravenásan, 2 ccm. nigmát izomba. Harmadnap tályogjait újra kiürítjük. Lázás. A megnyitott abscessusok nem sarjadnak. Újabb transfusiót és 150 mg. citamino-t kap gyűjtőérbe. Negyedik nap még lázas, füle erősen folyik. Közérzet és táplálékfelvétel kielégítő. Intravenásan 150 mg. citamino.

Ötödik nap láztalan. Tályogjai sarjadzásnak indulnak, újabbak nem jelentkeztek. 30 ccm. vért és 150 mg. citamino-t kap i. v. Hatodik napon láztalan, súlyban megindul. Citamino-t tovább kapja. Nyolcadik nap teljesen jól van, láztalan. Bőre teljesen meggyógyult. Jó közérzettel, megindult súlygörbével és normális vérképpel adjuk haza. Összesen kapott 900 mg. citamino-t.

4. eset: H. E. 6 hónapos leánycsecsemő már 5 napja beteg, magas lázzal és nagyfokú nyugtalansággal; orvosa torokgyulladást és bélhurutot állapított meg. Azóta mindent kihány, spriccelő székletei vannak és nagyon nyugtalan. A rosszul fejlett csecsemőn j. o. bronchopneumoniát, kétoldali genyes otitist és mastoiditist találunk. Koplaltatás után női teje fogjuk.

V. 31-én m. o. antrotomia. A súlyesés megáll, sőt meg is indul a súlygyarapodás. Állandóan lázas, 5–6 híg széklet ürít.

VI. 1.: Sensorium kissé zavart; bágyadt. — VI. 4.: A bal füle mögött abscedáló folyamat keletkezik. Magas láz. — VI. 10.: B. o. a fül mögött erysipelasos elváltozás. Röntgenbesugárzás, transfusio, 20 ccm. sc. reconv. savó és nigma izomba.

VI. 13.: Nyakszirt tájékán térszítás tapintatú, hatalmas vizenyő keletkezik. Nagyon bágyadt, súlyos keringési elégtelenség. Cardiotonicumokat kap.

VI. 17-én az oedema teljesen megpuhul, hullámszik, bemetszésre bőséges, véres geny ürül. — VI. 21-én az egész testen, de főképp a hátán, laza, vékonyfalú hólyagok keletkeznek. Nagyon bágyadt, pulsus alig tapintható. A fejtető bőre teljesen elemelkedik, alóla minden egyes kötözés alkalmával kb. $1/2$ dl-nyi híg, rendkívül bűzös geny ürül. Erysipelasa recidivál, s kisebb megszakításokkal tart VII. 15-ig. Kezelésül harmadnaponként 50 ccm. vért, 20 ccm. 20% -os dextrose-t 1 ccm. coraminnal és naponta megszakítás nélkül 150 mg. citamino-t kap intravenásan. A helyi kezelés a hólyagok falának leszedéséből, kenőcsös borításokból és hypermangános fürdők alkalmazásából állott. A csecsemő közben 14 nap alatt 800 grammot adott le súlyából. Tápláléka női tejből és $1/2$ irós rizsnyákból állott 70-es quotiensen. Székei kissé dyspepsiásak. Sensoriuma tiszta, de bágyadt.

VI. 23-án bőre javuló tendenciát mutat. Időnként egy-egy újabb pemphigoid hólyag jelentkezik. Etvágy kielégítő. VI. 27-én a fejbőre több helyen átlukad, egyébként szépen javul.

VII. 1-én általános közérzetjavulás állapítható meg. A fejbőrön lévő elváltozások és az egész testet beborító pemphigoid hólyagok teljesen eltűnnek. Alapbetegsége július 20-ával teljesen meggyógyul és feltáplálás céljából tartjuk csak bent július 29-ig, mely napon az intézetet teljesen egészséges állapotban hagyja el. Kapott összesen 4 gr. citamino-t részben i. v., részben pedig i. m.

Hatástani vonatkozásban két csoportra kell osztanunk eseteinket. Az első csoportba tartozó primaer pyodermiák esetében csupán citamino-t adagoltunk és a genyes elváltozásokat szikével megnyitottuk. Az izolált vitaminhatás természetesen csak itt volt jól megfigyelhető. Ezek az esetek meglepő gyorsan gyógyultak és feltűnő volt, hogy újabb elváltozások csak nagyon szórványosan jelentkeztek. A második csoportba tartozó esetek, melyekben a bőrelváltozások valamely alapbetegséghez csatlakoztak, nem gyógyultak olyan gyorsan. Itt az izolált hatás már nehezebben volt követhető, hiszen a tárgyilagossá kritika tartva szem előtt, az alapbetegség befolyására alkalmazott számos medicatiót is figyelembe kellett vennünk, melyek a bőrbántalom eltüntetésében az ascorbinsavval együtt valószínűleg fontos szerepet játszottak.

Összegezve az eredményeket, azt kell mondanunk, hogy az ascorbinsav hatása complex jeleség, mely az antitest-titer emeléséből, az általános ellenállási készség fokozásából és a bőr hajszáledényeire gyakorolt jótékony befolyásából tevődik össze.

Vegyí harcanyagokkal szennyezett élelmiszerek mérgező hatása.

Irta: Ritlop Béla dr. m. kir. ezredorvos.

Gáztámadás alkalmával a különböző vegyí harcanyagok gázfelhő, mérgező füst, mérgező köd és gázeső alakjában juthatnak érintkezésbe az élelmiszerekkel és vízzel. Gázfelhő alakjában hatnak a fojtó harcigázok; mérgező füst képződik az ingerlő harcigázok közé sorolt chlóracetophenonból és Klark-készítményekből; mérgező köd és gázeső alakjában hatnak a hólyaghuzó gázok: a mustárgáz és néhány arzéntartalmú folyékony harcigáz.

I. A gázfelhő hatása.

1. Az élelmiszerek a gázfelhőből nem tudnak felületükön megkötni olyan mennyiséget, ami mérgezhethetne. Kisebb mennyiségek átmenetileg odatapadhatnak ugyan az élelemhez és az felveheti a kérdéses harcigáz szagát, ez a szag azonban szellőztetéssel eltávolítható és a szagtalan élelmiszer már veszély nélkül elfogyasztható.

Kísérleti rész: 11.000 mg/m³ foszgénáramban 30 percen át tartott 8x10 cm. nagyságú, egyik oldalon késfok vastagon, másik oldalon csak a likacsokat eltömő módon zsirral bekent kenyérszeletet a 18 kg-os kutya a kísérlet végén azonnal mohón megette. Kóros tünetek sem evés közben, sem később nem voltak észlelhetők. 1200 mg/m³ cianhidrogénáramban 30 percen át tartott 15x12 cm nagyságú, 1 cm vastag húsdarabot és 9x9 cm nagyságú kenyérdarabot a kísérlet befejezése után a kutya $\frac{3}{4}$ részben azonnal, a többit 5 percen belül elfogyasztotta anélkül, hogy kóros tünete támadt volna. 40.000 mg/m³ klórpikrináramban 30 percen át tartott 15x7 cm. nagyságú, egyik oldalon zsirral vastagon bekent kenyérszeletet a kísérlet végén erősen klórpikrinszagú volt. A kísérleti állat a kenyérdarabot a kellemetlen szag ellenére mohón bekapta, 1—2 perc múlva a kenyérről lenyalta a zsírt, majd 5 percen belül az egészet megette. A kutya 10 perc múlva hányt, a hányadékot azonban újra elfogyasztotta, később teljesen tünetmentes maradt. Egy másik kutyának 31.000 mg/m³ klórpikrináramban 30 percen át tartott hasonló kenyeret 1 órai szellőztetés után adtunk oda. A kenyéren a klórpikrinszag alig volt érezhető és az állat azt kissé vonakodva bár, de 5 percen belül mégis teljesen megette. A kutya evés közben egyszer öklendezett, más nem volt észlelhető. Egy harmadik kutyának 36.000 mg/m³ klórpikrináramban 30 percen át tartott hasonló kenyeret 2 órai szellőztetés után adtunk oda. A kenyéren ekkor már klórpikrin szag nem volt érezhető. Az állat, bár kissé vonakodva, de 5 perc alatt mégis az egészet megette, minden kóros tünet nélkül.

2. *Vízben a gázhalmazállapotú harci anyagok elbomlanak, ezért azt megmérgezni nem tudják, legfeljebb ízét változtatják meg.*

II. Mérgező füstök hatása.

1. *Nem védett élelmiszerek külső rétegére a leülepedő füstből kisebb-nagyobb mennyiség ráakodhatik, ezért arzéntartamú füstök hatásánál a mérgezés elkerülése végett a nem védett élelmiszerek külső rétegét el kell távolítani.*

Kísérleti rész: 20 m³-es gázkamrában két lisztpróbát helyeztünk el. Az egyiket födetlenül hagytuk, a másikat zsákszövetvel gondosan betakartuk, azután a kamrában 300 C°-ra előmelegített homokfürdő segítségével 20.0 gr. Klark I.-et füstöltünk el. Az elfüstölés 60 percig tartott. A füsttöménység meghatározása végett az 75-től 90-ik percig terjedő időközben levegőmintát — 20 liter/perc — vettünk és megállapítottuk, hogy a kamra levegőjében füst alakjában 260 mg/m³ Klark volt jelen. Az egész kísérlet $\frac{3}{4}$ óra hosszát tartott. A kísérlet végén dr. Thury gyógyszerésztisztviselő meghatározása szerint a védtelenül kitett liszt 1 m² felületre számított, 2—3 mm. vastag legfelső rétegében 1323 mg., az alatta levő ugyanilyen vastag rétegben pedig már csak 90 mg. Klark volt található. A zsákszövetvel letakart lisztnél magában a zsákszövetben 1524 mg., az alatta levő 1—2 mm-es rétegben pedig csak 80 mg. Klark volt kimutatható.

Egy másik kísérletben a gázkamrában védtelenül egy szelet kenyeret, szalonnát, kolbászt, sajtot és külön, közönséges selyempapírba csomagolva egy másik darab kenyeret helyeztünk el. Ez alkalommal a füstöt úgy állítottuk elő, hogy a lemért 20 gr. Klarkot 100 ccm. széntetrakloridban oldva, komprimált levegővel elporlasztottuk. A kísérlet 50 percig tartott. A 15-től 35-ik percig terjedő időközben vett levegőminta szerint a kamrában 275 mg/m³ töménységű füst keletkezett. A kísérlet végén azt találtuk, hogy a nem védett kenyér meszéi felületére — az összes kísérleteket 1 m² felületre vonatkoztatva — 1984 mg., a szalonnára 1730 mg., a kolbász meszéi felületére 1764 mg., a sajt meszéi felületére 1852 mg. Klark rakódott le. Az 1—2 mm-es legfelső réteg eltávolítása után visszamaradt kenyérben már csak 231 mg., a szalonnában 152 mg., a lyuknélküli sajtban és kolbászban pedig semmi Klark sem volt kimutatható. A selyempapírba csomagolt kenyérenél a

papíron 1433 mg., a kenyér felső rétegében pedig csak 378 mg. Klark volt található. Megjegyzendő, hogy a csomagoló-papíron szabad szemmel is számos apró lyukat lehetett látni és a csomagolás csak a papír közönséges összehajtogatásából állott.

A felsorolt néhány kísérletből is már az a következtetés vonható le, hogy a legegyszerűbb csomagolási módok (zsák, papír) már nagyfokú védelmet adnak, mert betakarják az élelmet és így a füst ezekre, nem pedig az élelemre rakódik le. A kísérleteknél észlelt nagy töménységekhez hasonló viszonyok a valóságban csak egészen kivételesen fordulhatnak elő, pl. telitalálatkor, vagy nagymennyiségű füstgyertya használatakor.

Az arzéntartalmú füst vízre gyakorolt hatásának megvizsgálása végett a gázkamrába 18 cm. átmérőjű és 5 cm. magas edényben, födetlenül, 500 ccm. vízvezetékli vizet tettünk és azután homokfürdő segítségével 20 gr. Klark I.-et füstöltünk el. Az elfüstölés $1\frac{1}{2}$ óráig tartott. A kísérlet az elfüstölés kezdetétől számítva 2 óra múlva ért véget. A füsttöménység megállapítása végett 100-tól 110-ik percig terjedő időközben levegőmintát vettünk és azt láttuk, hogy a kamra levegőjében 264 mg/m³ töménységű füst keletkezett. Kísérlet közben a vízre — a számítást 1 m² felületre vonatkoztatva — 718 mg. Klark rakódott le (Thury dr.). A leülepedett füst a víz felszínén apró pelyhek alakjában szabad szemmel is látható volt, tekintve, hogy oldhatósága a 0.2%-ot sem éri el. Tapasztalat szerint minél kisebb a füst töménysége a levegőben, annál kisebbek a vízben keletkezett pelyhek is. Pl. míg az előző kísérletkor a víz felületét sűrűn, 0.5—1 mm. nagyságú pelyhek borították, addig 1.6 gr. Klark elfüstölése után a levegőben talált 45 mg/m³ füsttöménységnél a víz felszínén füstpelyhek már alig voltak.

Ha a fenti kísérletben az 1 m² felületű vizet 1 m. mélynek tesszük fel (a kutak vize legtöbb esetben sokkal mélyebb), akkor a számítás szerint 1 liter vízre 0.70 mg. Klark I. jut. Ez a mennyiség mérgezést már nem okozhat, azonban az ismételt támadásnak kitett nagyfelületű sekély vizek felhasználásakor óvatosságnak kell lenni.

Az arzéntartalmú harci gázok mérgező mennyiségének pontos megállapítása nagyon nehéz, mert a kísérleti állatok (kutya, macska) a mérgezett ételt és vizet kihányják. Gros, Gatner és Zernik kísérleteiben kutyákon 35 mg. testsúlykilogrammnyi mennyiségtől hányáson kívül más kóros tünet nem volt észlelhető. Hányás miatt kutyákat még nagyobb adagokkal sem lehet elpusztítani. Házinyúl alkoholos oldatban beadott 100 mg. Klarktól elpusztult. A dr. Miksa gyógyszerész-főtisztviselővel végzett kísérletek során az 500 gr.-os tengerimalac gyomorszondán beadott 10 mg. Klarktól életben maradt, egy másik azonban 30 mg-tól 20 órán belül elpusztult.

Ami az arzéntartalmú harci gázokkal szennyezett élelmiszer és víz felhasználhatóságát illeti, rendkívül fontos a szennyezés minőségi és mennyiségi meghatározása, mert ezek segítségével még raktárakat ért telitalálatkor is a készletek nagy része megtartható és felhasználható lehet, csak a külső mérgezett réteget kell eltávolítani, ez pedig a kimutatási eljárásokkal aránylag gyorsan és megbízható módon elhatárolható.

III. A folyékony vegyi-harcanyagok hatása.

A folyékony vegyi-harcanyagok (klórpikrin, mustárgás, levizit, stb.) gőz (köd), vagy permet (cseppek) alakjában szennyezhetik az élelmiszert és vizet. Gőzmérgezéskor ugyanazokat kell szem előtt tartani, amiket a gáz- és füstmérgezéssel kapcsolatban mondtunk. Permethatás gázeső alakjában, vagy telitalálat esetén jöhet létre.

Folyékony harci gázokkal szennyezett élelem és víz igen súlyos mérgezéseket okozhat. Richters szerint

takarmánnyal vagy vízzel elfogyasztott 1000 mg. mustárgáz a lovakat néhány napon belül, kevesebb mennyiség pedig hetekig tartó betegeskedés után megöli; 100 mg-nál kisebb adagoknál az állatok hosszas gyógykezeléssel a legtöbb esetben már életben tarthatók. — *Wieland, Gross és Gattner* kísérleteiben kutyák 12.7—30 mg. testsúlykilogramnyi mustárgázt kaptak húsban elkeverve. Az állatok a mérgezett húst minden vonakodás nélkül megették, $\frac{1}{2}$ —1 óra múlva hánytak és 24 órán belül elpusztultak. Mivel a kutyák az étellel együtt valószínűleg a mérgeg nagyrésztét is kihányták, ezért a halálosan ható mustárgázmennyiség alig lehetett testsúlykilogrammonként több néhány mg-nál. — *Dr. Miksa* kísérleteiben macska 3 mg. testsúlykg-nyi mustárgáztól másnap reggelre, nyúl répán elfogyasztott 6 mg. testsúlykg-nyi mennyiségtől 5 nap múlva elpusztult.

Mustárgázos élelmiszerekkel történő mérgezés lehetősége mellett bizonyít egy *mustárgázos öngyilkossági eset is*. Az egyik klinika altisztje öngyilkossági szándékból ittas állapotban kb. 5 ccm. mustárgázt ivott. 5 perc múlva összeesett, bőségesen hányt, majd elvesztette eszméletét. A következő 2 óra alatt ismételt hányat, hasmenése volt, bőre sajtáságosan szürkés színű lett, azután anélkül, hogy fájdmakról panaszkodott volna, $5\frac{1}{2}$ óra múlva meghalt. Mivel a többszöri hányással és gyomormosással a mérgeg nagyrésze kiürült, ezért valószínű, hogy a halál előidézésében csak alig 200—500 mg. mustárgáznak lehetett szerepe. Hogy a hányással és gyomormosással a mustárgáz legnagyobb része eltávolított, ezt bizonyítja az a körülmény, hogy az elsősegélynyújtáskor segédkező ápolók közül ketten a rájuk cseppent hányadéktól hólyagos sérülést szenvedtek.

A *klórpikrin* már sokkal kevésbé mérgező. *Flury* és *Thomas* kísérleteiben 70—100 mg. testsúlykg-nyi mennyiségtől sem a macska, sem a kutya nem pusztult el.

Az eddig felsorolt kísérleti eredmények alapján megállapítható, hogy *valamennyi vegyi-harcanyag közül élelmiszerek útján a mustárgáz okozhatja a leg súlyosabb mérgezéseket.*

*

Amint az alábbi példák mutatják, a folyékony harci anyagok az *élelmiszereket* a csomagolás módjától függően különböző mértékben szennyezhetik.

A *nem védett liszt* a reápermetezett mustárgáztól kb. 1 cm. vastag rétegben összecsomósodott és erősen mustárgázszagú lett. A következő 2 cm-es réteg rendes külsejű, de még mustárgázszagú volt. A külső réteggel táplált állatok megbetegedtek, a mélyebb részek azonban kóros tüneteket már nem okoztak. A folyékony mustárgáz tehát a nem védett lisztnek csak a külső, kb. 1 cm. vastag rétegét mérgezte meg, a következő réteg — bár mustárgázszagú volt — betegséget már nem okozott.

Zsákban tartott liszt esetén a zsákszövet a reápermetezett mustárgáz legnagyobb részét magába szívta, ezért maga a liszt csak egészen vékony rétegben lett mustárgázos. Ezt a külső szennyezett réteget úgy lehet eltávolítani, hogy az egész zsákot $\frac{1}{2}$ —1 óra hosszat vízben áztatjuk, a külső réteg átnedvesedik és odatapad a zsák belső falához és így a liszt gázmentes része kiönthető a zsákból.

Nem védett gabonába a mustárgáz kb. 3 cm. mélyen hatol be, a következő réteg csak a szagát veszi fel. A külső rétegtől a kísérleti állatok (nyúlak) elpusztultak, míg az alatta levő rétegtől már nem betegedtek meg.

Jutavászonból készült zsák már annyira visszatartja a reápermetezett mustárgázt, hogy a közvetlenül alatta levő gabonarétegtől az állatok nem betegednek meg. Természetesen nagymennyiségű mustárgáz rájutásakor a zsák védőképessége nagyon megcsökken. Maga a mustárgázos szag ugyan még nem bizonyít veszélyes szennyezés mellett, mégis a biztonság kedvéért az *ilyen gabonát felhasználás előtt alaposan ki kell szellőztetni.*

A *Tihanyi* gyógyszerész-főtisztviselővel végzett kísérletekben azt láttuk, hogy a *nem védett kenyér* héja a mustárgázcseppeket órákon át visszatartja és az abba csak néhány milliméter mélységig hatol be. A szennyezett részt 1—2 cm. mélységig kimetszve, a visszamaradt résznek már nem volt mustárgázszaga és azt a kísérleti állatok megbetegedés nélkül fogyasztották el, viszont a kimetszett mustárgázos résztől az állatok (macskák, nyúlak) megbetegedtek. A *kenyér metszési felületére* cseppentett mustárgáz órák múlva teljesen felszívódik. A szennyezés a kenyér lyukacsosságától függően lehet felületes, de terjedhet néhány cm. mélységig is. A mérgezett rétegnek vastagon történt eltávolítása után visszamaradt rész tüneteket nem okozott.

Nem védett sajttal végzett kísérletekben azt láttuk, hogy a mustárgáz 24 óra alatt a sajtba teljesen belevódott, a beivódás azonban alig terjedt néhány milliméter mélységig. A $\frac{1}{2}$ cm. vastagon eltávolított mérgezett résztől az állatok megbetegedtek, a visszamaradt rész azonban kóros következmények nélkül fogyasztották el.

Pergamentpapírba csomagolt sajttal végzett kísérletekben a mustárgázcsepp a papírba beivódott. Magán a sajton a cseppszennyeződés nem volt ugyan látható, ennek ellenére a sajt erősen mustárgázszagú volt, jeleül annak, hogy a papír alatt a mustárgáz gőze érte. Macskák ellenkezés nélkül ették meg a sajtot, anélkül, hogy megbetegedtek volna, a *sérülések biztos elkerülése végett* mégis szükséges a mustárgázos papírral érintkezésben volt külső réteget legalább 1 cm. vastagon eltávolítani.

Nem védett hússal végzett kísérletek azt mutatták, hogy a mustárgáz húsba csak nagyon lassan szívódik be, viszont a beivódás több cm. mélységig terjedhet. Nyers lóhúsrá juttatott mustárgázcseppek 3—4 óra múlva még csaknem teljes egészükben ott voltak a felszínen, de a cseppek alatt a hús már szürkésárgásan elszíneződött; 12 óra múlva a mustárgáz 2 cm. vastagon beivódott, amit az elszíneződésről nagyon jól lehetett látni. Ez a réteg erősen mustárgázszagú volt, de ezt a szagot még a következő 2—3 cm-es rétegen is jól lehetett érezni. A kísérleti állatok (macskák) mind a felső, mind az alsó rétegtől megbetegedtek. A mustárgázcseppeknek megfelelő részt 5—6 cm. vastagon eltávolítva, a visszamaradt résztől az állatok már egészségesek maradtak. *Sérülések elkerülése végett* tehát a mustárgázos húst a szemmel láthatóan mustárgázos rétegen túl egészen addig kell kimetszeni, ahol a mustárgáz szaga már nem érezhető.

A *mustárgázos húst főzéssel nem lehet gázmentesíteni*, mert amint az állatkísérletek mutatták, az ilyen hús még $2\frac{1}{2}$ órai főzés után is okozhat betegséget. A mustárgázos hús főzés közben undorító szagot áraszt.

Nem védett szalonnára cseppentett mustárgáz csakhamar mélyen beivódik, ezért a sérülés elkerülése végett a szennyezett részt mélyen ki kell vágni.

Annak megállapítása végett, hogy *kenyérzsák* a *beléje helyezett kenyeret, szalonnát, sajtot mennyire védi* folyékony mustárgázzal szemben, a következő kísérletet végeztük:

A kenyérszak külső rekeszébe egy fél kenyeret tettünk úgy, hogy felső héjas részét a kenyérszak külső fala borította, majd erre ráhajtottuk a kenyérszak fedelét. A kenyérszakot a kenyér szélének megfelelően biztosítótűvel körülzúdtuk, hogy a kenyérszak ráfeszüljön a kenyérre. Ugyanebben a kenyérszakban hasonló módon, előzőleg csomagolópapírba csomagolt szalonnát tettünk úgy, hogy a szalonna zsíros felülete a kenyérszak fedele felé nézzen. Ezenkívül tettünk a kenyérszakba még 10 dg. csomagolópapírba csomagolt sajtot is. A kenyérszakot az élelem elhelyezése után 500 g/m² mennyiségnek megfelelő 30% oldószerrel hígított mustárgázzal permeteztük be. (Igen nagyfokú szennyezés.) A mustárgáz a kenyérszakba azonnal beivódott, a bepermetezés helyét azonban egy összefolyó olajszerű foltról könnyen fel lehetett ismerni.

A következő napon a sajtot és a szalonnát — egy kis mintarész kivételével — teljesen, a kenyérnek pedig a mustárgázos fedéllel érintkezésben volt részét 2—3 cm. vastagon kutyával etettük meg. A különben élénk állat 24 óra múlva levert, kedvetlen lett, nem evett, azonban sok vizet ivott. A kutya a következő napon többször hányt, szintén nem evett, csak sokat ivott és a harmadik napon már igen súlyos betegnek látszott. Az állat 3 kg-t fogyott; a következő napokban az ismételt hányások ellenére már valamivel élénkebb volt és 2 hét múlva meggyógyult. *A kísérlet eredményeként tehát újra megállapítható, hogy a vászonféseséggel takart élelmiszereknél az élelem külső rétegét — ha a szellőztetésre nincsen mód, mint pl. kenyér, sajt, hús, szalonna esetén, — mindig el kell távolítani.*

Nem védett főzelék- és zöldségfélékkel (burgonya, tök, káposzta, kalarábé, zöldborsó, vörös- és zöldhagyma), valamint gyümölcsfélékkel (alma, narancs) végzett kísérletekben azt láttuk, hogy a mustárgázcseppek a legtöbb esetben csak nagyon lassan, 1—2 nap múlva tűnnek el (részben felszívódnak, részben elpárolognak). A rácséppentés helye a csepp helyén keletkezett sárgás-barna elszíneződésről és a külső réteg sajátságosan kiszáradt és behúzódtott jellegéről könnyen felismerhető. Ha a mustárgázcseppek még nem szívódtak fel, akkor a szennyezést szembetűnővé lehet tenni szudánporral, amitől a mustárgáz helyén mindenütt élénkpiros elszíneződés keletkezik. Régi szennyezési helyek friss gyümölcsön és főzelékféléken alig különíthetők meg a rothadásos foltoktól. A foltok kiterjedése általában lencse-, fillér- és pengőnagyság között váltakozik, kivéve a vörshagymát, melynek külső héján a mustárgáz nem megy át és a káposztát, amelynél a piszkos elszíneződés gyermektenyéryni is lehet. A beivódás mélysége 1 mm. és 2 cm. között váltakozik és átmeteszéskor legtöbbször jól látható. *A mérgezett rész elfogyasztása sérülést okoz, annak gondos kimetszése után visszamaradt rész azonban veszély nélkül elfogyasztható.*

Mindaz, amit az élelmiszereknek folyékony mustárgázzal való szennyezésével kapcsolatban mondottunk, érvényes minden folyékony vegyi harcianyag-szennyezésre, annak kihangsúlyozásával, hogy az arzéntartalmú anyagokkal történt mérgezéskor talán még nagyobb óvatossággal kell eljárni.

*

2. A folyékony vegyi harcianyagok természetesen nemcsak élelmiszerek útján, hanem a víz útján is okozhatnak mérgezést.

A mustárgáz vízbe cseppentve, azonnal leülepszik az edények, gödrök, kutak, árkok, stb. fenekére, egy igen kis hányada azonban vékony olajszerű réteg alak-

jában a víz felszínén marad. Ennek a hártyszerű rétegnek előidézője a felületi feszültség, létrejötté a vízben oldott sóktól és szennyezéstől függ, ezért mennyiségileg nagyon különböző lehet. Az edény fenekén összegyűlt mustárgáz a szennyezés foka szerint vagy csepphalmazokból, vagy összefüggő rétegből áll. A víz közepső rétegében csak igen kevés mustárgáz van jelen azért, mert vízben nagyon rosszul oldódik. Hopkins szerint a mustárgáznak vízben való oldhatósága 10 C° hőmérsékletnél 0.07%, Stampe és társai szerint pedig 15 C°-nál 0.08%. A feloldott kis mennyiség is 2 órán belül teljesen szétesik hatástalan thiodiglikolra és sósavra. A mustárgáznak eme hidrolizációs bomlása a hőmérséklet emelésével meggyorsul és 1/2 órai forralás után teljesen mondható. A keletkezett sósav és thiodiglikol a vizet nem mérgezi meg ugyan, az izét azonban megrontja, a víz különös gyantaszagot kap.

A mustárgázzal szennyezett patakok és folyók vize a folytonos áramlás és nagy felhígulás miatt alig lehet veszélyes, a mustárgázzal szennyezett állóvizek felhasználásakor azonban óvatosságnak kell lenni. Ha ilyen vízből feltétlenül inni vagy itatni kell, akkor azt nem szabad felkeverni, nehogy a fenékre ülepedett mustárgáz a felszínre jusson. A víz felső rétegét óvatosan le kell meríteni vagy félre kell tolni úgy, mint a víz felszínén úszó olajos foltot, azután végső szükség esetén az alsó rész felkavarása nélkül már lehet inni. Mindamelllett, ha kényszerítő körülmények miatt mustárgázos vizet kell felhasználni, akkor a sérülés biztos elkerülése végett ajánlatos azt a szabadban, fedetlen edényben 1/2 óra hosszat forralni. Dr. vitéz Csabay gyógyszerész-főtisztviselő szerint 1/2 órai forralás a mustárgázt még 2.3 g/liter töménység esetén is biztosan elbontja.

Az olyan mustárgázzal szennyezett vizet, amelyben még mustárgázcsepp-halmazok vannak, vegyi anyagokkal gyakorlatilag nem lehet gázmentesíteni, mert olyan töménységben kellene azokat használni, amelyben már maguk is mérgezők. Vízben oldott mustárgázt azonban már lehet klórral közömbösíteni. Stampe és társai szerint literenként 86 mg. oldott mustárgázt tartalmazó víz literenként 40 mg. klórral pillanat alatt biztosan gázmentesíthető.

Vízbe azonban nemcsak mustárgáz, hanem arzéntartalmú folyékony és szilárd harcianyagok is kerülhetnek. Ilyen vizet már sem ivásra, sem főzésre, sem mosásra nem szabad felhasználni, mert mérgezést okozhat. *Arzéntartalmú vizet forralással nem lehet gázmentesíteni, mert a főzés közben keletkezett arzinoxidok is mérgező hatásúak.*

IV. Teendők az élelmiszereket ért gáztámadás után.

Hogy valamely élelmiszer, vagy a víz harcanyagokkal meg van-e mérgezve, vagy sem azt az előzményekből és a látható elváltozásokból legtöbbször meg lehet állapítani. Pl. volt-e egyáltalán ellenséges támadás? Csapott-e le a közelben bomba, vagy gránát? Érezhető-e gyanus szag? Láthatók-e vegyi harcanyagokra gyanus cseppek, vagy pocsoltyák, stb? Ezek a jelenségek a polgári lakosságot ért támadások aránylag könnyen megállapíthatók, mert hiszen lesznek emberek a támadás helyén, vagy annak közelében, akik a gyanus körülményekre figyelmeztetnek bennünket. Sokkal nehezebb a helyzet harctéren, különösen mikor saját csapataink előnyomulóban vannak. Ilyenkor sohasem lehet tudni, hogy az ellenség a visszahagyott kutakat, ciszternákat, élelmiszer-készleteket nem mérgezte-e meg szándékosan? Ilyen esetekben — ha a külső elváltozások nem elég bizonyítóak — az esetleges mérgezésről kémiai eljárásokkal kell meggyőződni, mert állatkísérletek

(próbaetetés) csak órák, esetleg napok múlva adnak felvilágosítást.

A megtörtént mérgezést, illetve szennyezést nyomon kell követnie a gázmentesítésnek. Élelmiszereket vegyianyagokkal (klórmész, káliumpermanganat, stb.) nem lehet gáztalanítani, mert a szóbajöhető anyagok maguk is élvezhetetlenné tennék azokat.

A nem védett élelmet, ha azt csak mérges gázok, vagy gőzök érték, elég szellőztetéssel gázmentesíteni. Ugyancsak napra, levegőre, esőre és szélre kell bízni a folyékony mustárgázzal szennyezett takarmányfélék, gabonaföldek és veteményes kertek gázmentesítését is. Forró nyári, szeles időben a mustárgázcsseppek 1—2 napon belül elpárolognak, legtovább szélcsendes, száraz, hideg időben maradnak meg.

A tulajdonképeni élelmiszerekből (liszt, kenyér, hús, sajt, stb.), folyékony harcigázokkal történt szennyezéskor a mérgezésre gyanú részét mindig el kell távolítani és csak a visszamaradt részt szabad felhasználni. Ha a külső szennyezett réteget nem lehet megbízható módon eltávolítani, pl. zsákokban tartott gabonánál, zabnál, hüvelyeseknél, akkor a legfelső, (legkülső) zsákokat félre kell tenni és tartalmukat csak hosszabb szellőztetés után szabad állati takarmánynak felhasználni. Ha azonban folyékony arzénmtartalmú harcigázszennyezésre van gyanú és a mérgezett réteget nem lehet megbízható módon eltávolítani, akkor az ilyen élelmet meg kell semmisíteni, mert arzéntartalma miatt még főzés után sem használható fel.

V. Az élelmiszerek gázvédelme.

Az élelmiszerek gázvédelmére különösen nagy gond fordítandó, mert sokkal könnyebb azokat megvédeni, mint szennyeződés után gázmentesíteni.

Nagyban tárolás esetén fontos, hogy élelmiszerkészleteket mindig csak fedett helyen, zárt tető és falak között, megosztottan és megfelelően rejtve, lehetőleg gázbiztos raktárban tároljunk. A már meglévő raktárak be- és kirajzatainak számát, a szellőző- és ablaknyílásokat a legszükségesebbre kell csökkenteni.

Az oldalfalakkal nem rendelkező pajtákbán, csürrökben felhalmozott élelmiszert a szabad oldalakon legalább vízhatlan ponyvákkal kell védeni. Ilyen helyeken elsősorban már eleve gázmentesen csomagolt élelmiszert (konzerv, hordó) tároljunk.

Ha végső szükségben az élelmiszert szabadban kell raktározni, akkor a készleteket szalmával és lehetőleg még vízálló ponyvával be kell fedni. Burgonya és répaféléket veremléssel tökéletesen meg lehet védeni.

Ami a kereskedésben lévő készletek gázvédelmét illeti, fontos, hogy lehetőleg eredeti csomagolásban és fiókokban, szekrényekben legyenek elhelyezve. A védőképesség természetesen változik a csomagoló anyag minősége és a csomagolás módja szerint. Tökéletesen védenek a légmentesen zárt üveg- és bádgedények; igen jól véd a cellofán; a zsírpapír jobban véd a közönséges papirosnál; bizonyos védelmet még a közönséges zsák is biztosít. Háborus veszély esetén a kirakatokban, asztalokon és polcokon minél kevesebb, lehetőleg semmi élelem ne legyen. Törekedni kell arra, hogy a gáz- és gőzhatás csökkentése végett az üzlethelyiségek ajtóit, ablakait és szellőzőnyílásait lehetőleg légmentesen zárjanak. Háborus veszély esetén a védelem nélkül maradt nagy készleteket azonnal biztos helyre kell szállítani, mert riadó elrendelésekor erre már nem lesz idő.

Szállítások alkalmával nem gázmentesen csomagolt élelmiszert csak zárt kocsiiban szabad szállítani. Ha ez nem volna lehetséges, a szállítmányt vízálló ponyvával kell betakarni, úgy hogy az favázzal legyen alátámaszt-

va, szélei pedig a jármű külső oldalához legyenek erősítve.

A víz gázvédelmével kapcsolatban nagyon fontos, hogy a kutak és ciszternák résmentesen záró fedéllel legyenek fedve, mert így a bennük lévő víz csak telitalálattal, vagy szándékos mérgezés esetén lehet veszélyes.

Összefoglalás:

Összefoglalva a vegyi harcanyagokkal szennyezett élelmiszer- és víz mérgező hatásával, gázmentesítésével és gázvédelmével kapcsolatban végzett kísérletek eredményeit, megállapíthatjuk, hogy:

1. harcigázokkal szennyezett élelem és víz elfogyasztása betegséget, sőt halált is okozhat;

2. megfelelő elosztással, raktározással és csomagolással a mérgezés veszélyét nagyfokban csökkenteni lehet.

3. a szennyezett élelmiszert csak egészen kivételes esetben kell teljes egészében megsemmisíteni, mert a sérülések elkerülése végett legtöbbször elég a külső mérgezett réteget gondosan eltávolítani. A mérgezett rész elhatárolása azonban csak kellően képzett szakemberek segítségével lehetséges. Ezek közreműködése nélkül a harcigázokkal szemben tanúsított túlzott félelem miatt adott esetben nagymennyiségű élelem vesztés kárba.

Az újpesti gróf Károlyi Sándor alapítványi kórház közleménye. (Igazgató-főorvos: Sándor István.)

A sebészeti betegséggel szövődött cukorbetegség kezelése.

Írta: Horn Zoltán dr.

Sándor István igazgató-főorvos vezetése alatt álló sebészeti osztályunkon az utóbbi években sok sebészeti betegséggel szövődött cukorbeteg beteget kezeltünk. Megvizsgáltuk a különféle étrendek, insulinkészítmények és műtéti eljárások hatását. Tapasztalatainkat a következőkben foglalom össze:

Műtéti javallat. Mikor a sebész egy betegen műtéti javallatot állít fel, akkor nemcsak a helyi elváltozásokat vizsgálja, hanem azoknak a szervezetre gyakorolt hatásait is. Figyelembe veszi a beteg alkátát, szív- és vérérendszerét, vegetatív idegrendszerét és a belső elválasztású mirigyek correlációjának állapotát. Mindezek alapján határozza meg a műtét mikéntjének, időpontjának szükségességét és az úgynevezett műtéti előkészítés tennivalóit. Csak az ilyen körülményekkel végzett műtétek biztosítják a légelőnyösebb gyógyulási lehetőségeket. Ez a mindenre kiterjedő figyelem különösen nehéz feladatok elé állítja a sebészt, amikor cukorbetegséggel szövődött sebészeti betegség műtéti megoldásáról van szó.

A cukorbeteg beteg védekezőképessége és szöveti reakciója gyulladást vagy genyes folyamatokat kiváltó fertőzésekkel szemben rendszerint sokkal rosszabb, mint az egészséges emberé. Minden fertőző folyamat a cukorbeteg szervezetben nemcsak súlyos helyi elváltozásokat okozhat, hanem javarészt károsan hat a cukoranyagcserére is. A vércukorszint emelkedése és az ilyenkor gyakran észlelhető ketonaemia pedig még jobban rontja a szövetek védekezőképességét, ezáltal súlyosítja a helyi elváltozásokat. Itt tehát egy körfolyamattal állunk szemben; a fertőzőes genyes folyamat rontja a cukoranyagcserét s a rossz állapotban lévő cukorforgalom hátrányosan befolyásolja a fertőzőes, genyes folya-

matot. Ezt látjuk számos sebészeti betegség, pl. carbunculus, appendicitis, fertőzött cholelithiasis stb. esetében. Ilyenkor minden várakozás a betegre nézve végzetes lehet. A műtét életmentő. Ha pl. carbunculosa van a betegnek s megfelelő feltárás révén a genynek lefolyást adunk, akkor a cukoranyagcsere előnyös mederbe jut. Ilyen esetekben tehát bármilyen rossz anyagcsere ellenére is azonnal operálnunk kell. Műtét után ezeken a betegeken elég gyakran feltűnő cukoranyagcsere javulás észlelhető.

Idült folyamatokban a műtétet akkor javalljuk, amikor a beteg cukoranyagcsereje előnyös állapotba jut.

A műtét előkészítés változik aszerint, hogy mennyi idő áll rendelkezésünkre és milyen anyagcsere-állapotban jut hozzánk a beteg.

Itt jegyezzük meg, hogy nemcsak az a követelményünk, hogy minden műtét előtt vizeletvizsgálat történjék, hanem ha cukrot találunk a vizeletben, feltétlenül vércukormeghatározást is végezzünk, még akkor is, ha azonnal kell a műtétet elvégeznünk. Ez lényegesen nem késlelteti a műtétet, mert ez a vizsgálat a Zeiss-gyár által forgalomba hozott *Crecelius—Seifert*-féle vércukor-colorimeter segítségével 15 perc alatt elvégezhető. Nagyon fontosnak tartjuk ezt azért, mert voltak már olyan betegeink is, akiket ilyen módon renalis glykosuriát sikerült megállapítani. Természetesen az ilyen betegeket ugyanúgy készítjük elő a műtétre, mint a szabványos cukoranyagcserejű embereket. Ismeretes, hogy csonttörések kapcsán is támadhat glykosuria, ennek azonban — mint azt *Fischer* is hangsúlyozza — semmi köze a valódi cukorbetegséghez. Nekünk is volt alkalmunk egy ilyen esetet észlelni, akin a felkötéses gyógyulása kapcsán megszűnt a glykosuria, a vércukorszint szabványos lett s a cukorterhelés szabványos görbét mutatott.

Azonnali műtét esetében az a legfontosabb célunk, hogy a ketonaemiát csökkentjük, illetőleg megelőzzük. A betegnek műtét előtt 20—50 ccm. 20—40%-os szőlőcukoroldatot fecskendezünk a vérpályájába és az eset súlyossága szerint 20—30 egység közönséges insulint adunk izomba.

Ha a műtétet várni lehet, pl. sérv, vagy idült vakbélgyulladás esetében, megfelelően előkészítjük a beteget. Legfontosabb célunk, hogy a beteg glykogen-tárait feltöltsük. Ezt a célunkat attól függően, milyen a beteg cukoranyagcsere-állapota, egyénenként különböző módon érhetjük el. Általában szénhidrát-dús étrendre fogjuk a beteget. Hogy az előkészítés ideje alatt insulint adunk-e vagy sem, azt is a beteg mindenkori állapotától tesszük függővé. Semmiképpen sem valljuk azon klinikusok nézetét, akik a műtét előkészítés idejében minden esetben insulint, sőt sok insulint használnak, mert voltak olyan betegeink is, akik közvetlenül a műtét előtt adott insulint és szőlőcukor befecskendezésén kívül sem a műtét előtt, sem a műtét után nem kaptak insulint: per primam gyógyult sebbel hagyták el kórházunkat. Természetesen ezek olyan cukorbeteg betegek voltak, akik acetontesteket nem ürítettek. A műtét előkészítés idejében mindenképpen insulint fecskendezünk az olyan betegeknél, akiknek magas a vércukorszintjük, akik ketonuriában szenvednek, illetőleg akiknél a máj glykogen-tartalmát insulinnal nem tudjuk kellőképpen növelni. Vannak azonban olyan betegségek — pl. a végtagok gangraenája, — amikor lehetőleg kerüljük az insulint befecskendezést. *Dibold* és *Falkensammer* ezzel kapcsolatban hangsúlyozza, hogy az insulint a vérének ártalmára van s a vízretentiót elősegíti. Szóval mi teljesen a *Noorden* iskola nézetét valljuk: „Néha szükség van insulinnal, néha fölösleges. Ha fölösleges, akkor ártalmas.” Ha a műtét előkészítés folyamán insulint adunk, akkor feltétlenül

zink-protamin-insulint fecskendezünk.* Amióta így járunk el, cukorbeteg betegek sorsa feltűnően megjavult. Hogy közvetlenül a műtét előtt adunk-e szőlőcukrot, insulint és mennyit, azt attól tesszük függővé, hogy mennyire sikerült az előkészítés folyamán a beteg cukoranyagcserejét a szabványoshoz közelesítő mederbe hozni.

Minden hosszabb idő óta fennálló cukorbeteg az esetek nagyrészeben a vérkeringési rendszernek is ártalmára van. Ezekben az esetekben különös gondot fordítunk a szív- és vérérendszer megvizsgálására és ennek megfelelően határozzuk meg a műtét előkészítés tennivalóit. Sepsisben szenvedő cukorbeteg műtétje előtt *Lapp* és *Neuffer* szerint a következőket is figyelembe kell venni: A műtét és a narkosis a gyengébb ellenállású egyének idegrendszerében, szív-, vérérendszerében káros hatást tehet, ami collapsusra vezethet. Ha ilyen ártalom cukorbeteg betegen jön létre, akkor előfordulhat az, hogy már olyan kismennyiségű ketonaemia, amely egyébként nem szokott comát előidézni, diabetikus comát vált ki. Ez az ún. „diabetikus cardiovascularis coma”, amely súlyosabb, mint a tiszta savfelhalmozódás okozta coma, mert nagyon nehezen befolyásolható. Ilyen betegeken tehát különös gonddal kell ügyelnünk a vérkeringési rendszer állapotára.

Narkosis. A műtét lehetőleg helyi érzéstelenítésben végezzük. Egyébként a műtét beavatkozásokat mind a heveny esetekben, mind azokban, melyekben van idő az előkészítésre, lehetőleg evipan-altatásban végezzük. Kórházunkban végzett vizsgálatok (O. H. 1936. 25. sz.) bizonyítják, hogy maga az evipan natrium a cukoranyagcsere ártalmasan nem befolyásolja.

Műtét. A műtét mikéntjét úgy választjuk meg, hogy lehetőleg ne tartson sokáig. Azonban a műtétet feltétlenül úgy kell elvégeznünk, hogy az esetleg jelenlévő genynek lefolyást adjunk s a genyes folyamat tovaterjedését megakadályozzuk. Cholelithiasishoz társult gyulladáshoz, genyes folyamatok esetében megelőzzük a cholecystostomiával és az epekövek eltávolításával. Az ilyen műtétek, ha idejében végezzük el őket, nagyon előnyös hatást tesznek a cukoranyagcsereire. Ez nemcsak a fennálló fertőzés tovaterjedésének megakadályozására vezethető vissza, hanem a máj ún. tehermentesítésével is magyarázható. Hogy az utóbbi milyen előnyös hatású, azt a következő esetünk bizonyítja:

27 éves nő. Öt éve cukorbeteg. Súlyos eset. Két alkalommal hyperglykaemiás coma. Egy alkalommal hypoglykaemiás coma. Öt év óta változó időközönként jelentkező az epehólyag tájékára localisált görcsök. Kórházi felvétele előtt napi szénhidrát-mennyiség $7\frac{1}{2}$ fke. (1 fke. = 1 fehérkenyér-egység = 2 deka fehérkenyérnek megfelelő szénhidrát). Naponta 80 egység közönséges insulint fecskendezett. Felvételkor éhgyomri vércukorconcentrációja 0.343%, vizeletben cukor 2%, acetone +, acetecetsav negatív. Megfelelő előkészítés után epekő diagnózissal 1937. III. 6-án került a műtőasztalra (op.: *Sándor dr.*). Műtét alkalmával epekövet nem találtunk. Cholecystostomia. IV. 1-én a cholecystostomia területén lencsényi tisztán sariadózó sebfelülettel hagyta el kórházunkat. Elbocsátási lelete: napi $8\frac{1}{2}$ fke. szénhidrát. 48 egység közönséges insulint. Éhgyomri vércukorszint 0.169%, vizeletben kb. 2 gr. cukrot ürít naponta. acetone negatív. A beteget cukorbeteg gondozó intézetünkben azóta rendszeresen ellenőrizzük. A műtét óta görcsei nem voltak, munkaképes, határozottan javult az állapota. 1938. VI. óta zink-protamin-insulint kap.

Közismert tény, hogy az epekőhöz társult gyulladáshoz, illetőleg genyes folyamatok a hasnyálmirigyben

* Javarészt a Chinoin gyár Zink-protinsulin nevű készítményét használtuk, mely hatástani szempontból az általunk is vizsgált egyéb külföldi készítményekkel teljesen egyenrangúnak bizonyult.

néha súlyos működési zavarokat váltanak ki, amelyek nem minden esetben okoznak a hasnyálmirigy szövet-állományában kimutatható anatómiai elváltozásokat. Az ilyen betegek cukoranyagcseréjét a kellő időben végzett cholecystostomia sokszor nagymértékben javítja. Pl.:

53 éves férfi. 13 évvel ezelőtt lüest állapítottak meg rajta. 6 év óta cholelithiasis. Egy év óta enyhe cukorbaaja van. 1938. X. 11-én kórházi felvétel. Éhgyomri vércukorszint: 0.220%. Vizeletben cukor negatív, aceton negatív. Napi szénhidrát 7 $\frac{1}{2}$ fke. Hosszabb szünet után kb. 3 hét óta, változó időközökben az epehólyag táján görcsös rohamok. Két nap óta 38—39 C°-ra emelkedő hőmérsék. Két ízben hidegrázás. Fokozódó icterus. Vérben: Wa. R.: ++, Kahn r.: ++++. Cardiacumok dacára fokozatosan romló szív-működés. XI. 13-án műtét (op. Sándor dr.). Cholecystostomia. Műtét után a beteg állapota és ezzel párhuzamosan a szénhidrát-tűrőképessége is fokozatosan javul. Éhgyomri vércukorszint a szabványoshoz közeledik. Jóllehet a szív-működés feljavítása céljából vegyes étrend mellett cukrot is fogyasztott a beteg, XI. 1. óta a vércukorszint szabványos lett. XI. 21-én cukorterhelési próba. Vércukorszint értékei: éhgyomorra 0.097%, 50 gr. szőlőcukor per os, 30 perc múlva 0.158%, 60 perc múlva 0.194%, 120 perc múlva 0.201% és 180 perc múlva 0.183%. Vizeletben az egész vizsgálat ideje alatt cukrot, acetont nem találtunk. XI. 25-én hagyta el kórházunkat. Cukormentes, könnyű vegyes étrendet irtunk elő. Panaszmentes, jó közérzet.

Utókezelés. A műtét utáni időszakban ott, ahol insulinra van szükség, a következőképpen járunk el: A gyomorbélhuzamon és az epehólyagon végzett műtétek kapcsán gyakran adott kismennyiségű (10—16 egység) közönséges insulin fedezete mellett a műtét napján i. v. befecskendezés, illetőleg végbél-csőre alakjában szőlőcukrot juttatunk a beteg szervezetébe. Másnap cukortartalmú teát és gyümölcsnedvet adunk a betegnek. Ezekben a napokon gyakran kell vércukormeghatározást végeznünk. Ha makacs acetonuria áll fenn, akkor a közönséges insulin hatását támogathatjuk zink-protamin-insulin befecskendezésével. Ezután minél előbb átterünk a zink-protamin-insulinra. Minden más műtétkor a műtét után azonnal, kizárólag zink-protamin-insulint fecskendezünk. Természetesen ezekben az esetekben is, ha nagyfokú ketonuriát észlelünk és egy esetleges coma veszélye fenyeget, akkor közönséges insulint fecskendezünk, de mint már fent jeleztük, egyidejűleg zink-protamin-insulint is adunk. A ketonaemia kezelésében — insulinon kívül — a Noorden által ajánlott és nálunk is kitűnően bevált zab-gyümölcs étrendet írunk elő. Az alkohol antiketogen hatása közismert. Éppen ezért azokban az esetekben, ahol az a szív- és gyomor-bélrendszer részéről nem tilos, szívesen adunk szeszt, főleg konyak alakjában. A műtét utáni időszakban, ha az acetonuria megszűnt, fokozatosan cukormentes vegyes étrendre térünk át. Az étrendi előírás alapjául — amennyire azt a beteg állapota megengedi, — a zsírszegény proteindús étrendet választjuk.

A zink-protamin-insulinra a sebgyógyulásra kifejtett előnyös hatásait azzal magyarázhatjuk, hogy alkalmazásakor az éhgyomri vércukorszint a szabványoshoz közel esik, vagy el is éri és a napi vércukoringadozások lényegesen csökkennek. Közönséges insulin befecskendezése után az esetleg fellépő hypoglykaemiás rohamok, neuro-vegetatív reakciójuk által, károsan hatnak a szív- és vérkeringésre. Zink-protamin-insulin befecskendezés után a hypoglykaemiás rohamok nagyon ritkák és ezek kapcsán csak ritkán tapasztalhatók neuro-vegetatív tünetek. Ez fontos, mert hiszen gyakran előfordul, hogy olyan cukorbeteg kerülnek a műtőasztalra, akiknek kóros a szív- és vérkeringésük. Már pedig az ilyen betegeken maga a műtét is nagy erőpróbát jelent a szív számára.

Joslin azt állítja, hogy a Hagedorn által felfedezett protamin-insulin alkalmazása új korszakot jelent a cukorbeteg kezelésében („Hagedorn aera”). Ez a megállapítás talán sehol sem állja meg annyira a helyét, mint éppen a cukorbetegok sebkezelése terén. Zink-protamin-insulin védelme mellett a cukorbetegok sebgyógyulása olyan, mint a szabványos cukoranyagcseréjű emberen.

Kórjóslat. Ha megfelelő időpontban és előnyös anyagcsere állapotban jut a cukorbeteg a sebészhez, akkor a prognózis csaknem olyan, mint a szabványos cukoranyagcseréjű embereken. Azonban nagyon óvatossá kell lennünk az olyan cukorbetegok sorsának megítélésében, akik a műtétet megelőzően hosszabb időn át acetontesteket ürítettek. Vonatkozik ez különösen az olyan betegekre, akiken azonnal, vagy néhány órán belül kell a műtétet elvégezni. Ilyen esetekben legyünk óvatosak a kórjóslatlalt akkor is, ha a műtétet sikeresen oldottuk meg és az acetonuriát megszüntettük, mert előzetesen a vérben huzamosabb időn át keringő acetontestek a szív- és vérkeringésszerűen károsan befolyásolják. Ha a ketontestek felszaporodása nem áll fenn hosszú idő óta és az elmondott műtét előkészítés után megfelelő időben gyökeresen végezzük el a műtétet, akkor a mai étrendi és különösen kezelési módok mellett aránylag előnyös gyógyulási lehetőségekre számíthatunk.

Intézeti kezelés szükségessége. A fertőző, genyes folyamatok cukorbeteg szervezeten — mint már említettük, — súlyos helyi elváltozásokat okoznak, azonban ezek gyakran csak renyhe helyi reakciókat váltanak ki. Elég sokszor látjuk, hogy pl. egy fiaskelés, amely külsőleg aránylag kis kiterjedésűnek látszik, fel-táráskor nagy területre és mélyre terjedő genyjaratokból áll. Ha az elmondottakon kívül figyelembe vesszük azt is, hogy teljesen kiszámíthatatlan, milyen ártalmat okoz egy-egy sebészeti betegség a cukoranyagcserében, akkor beláthatjuk, hogy a sebészeti betegséggel szövődött cukorbeteg minden esetben, feltétlenül intézeti kezelést igényel. Ez a követelmény vonatkozik azokra az esetekre is, amikor a sebészeti beavatkozás előreláthatólag nem lesz nagy. Intézetbe kell utalnunk ezeket a betegeket, mert ott gyakorlott sebész határozza meg a műtét beavatkozás időpontját, mikéntjét és megfelelő felszerelés révén alkalma van arra, hogy a beteg cukoranyagcsere-állapotáról bármikor — ha szükség van rá, — felvilágosítást kapjon.

Összefoglalva tehát azt mondhatjuk, hogy a zink-protamin-insulin alkalmazása óta a kellő időben sebészhez került és intézetben kezelt, sebészeti betegségekben szenvedő cukorbetegok sorsa sokkal jobb, mint azelőtt volt.

A duodenalis sondázás

előtt félórával adjunk a betegnek suppositorium formájában 2 ctg extr. hyoscyamint, 6 ctg. papaverint, 20 ctg. veronalt és $\frac{1}{2}$ mg atropint. A sonda 85 cm-nél hosszabb legyen, olívája nagy átmérővel bírjon, használat előtt glycerinnel fecskendezzük át és mandrinnal szereljük. Csak reggel éhgyomorral alkalmazzuk. Először 45 cm-nyire vezetjük be, azután az előrehajlott beteg ajakmozgással önként további 20 cm-nyire továbbítja. Közben a beteggel vizet itatunk, utána a jobboldalára fektetjük, a jobb medence alá kemény vánkost teszünk. További 20 cm-nyire a beteg ujjalag fenti módon továbbítja felé a sondát. A duodenum $\frac{1}{2}$ óra alatt kinyílik, amit levegőnek a csőbe fuvásával ellenőrizhetünk. Barnás-sárga, alkalikus vegyhatású duodenum bennék távozik. Az epeutakban fennálló pangásos állapotokban a Mira víz duodenalis befecskendezése kiválóan hurutsökkenető hatást fejt ki és ma már általánosan elfogadott terapeutikum.

Gyógymasszázs és mechanoterápia.

† *Dalmady Zoltán dr.* kéziratának átdolgozásával írták:
Benderek István dr. és *Külley László dr.*

A gyógymasszázs technikája.

Irta: *Külley László dr.*

Általános masszázsszabályok.

A masszázs eredményessége szempontjából nem közömbös, hogy a masszázs milyen helyiségben, milyen körülmények között és milyen technikai előkészítés mellett folyik le.

A masszázshelyiségnek jólevegőjűnek, világosnak, és olyan hőmérsékletűnek kell lenni, hogy egyrészt a beteg ne fázzon, másrészt a nehéz testi munkát végző masször se hevüljön fel túlságosan. A helyiség szellőztetésének olyannak kell lenni, hogy *huzat* ne keletkezzék. Légáramlatok a betegben fázás érzését keltik, izomzata merev lesz, tehát masszázunk nem lehet olyan hatásos, azonkívül a masszázs alatt kitágult bőrerek nem tudnak olyan gyorsan összehúzódni, hogy gyors alkalmazkodásukkal a lehüléseket megakadályozzák.

A helyiség világításának olyannak kell lenni, hogy a fény ne süssön közvetlenül a beteg szemébe. Ne fekjűdjön a beteg ablakkal szemben, s a tetővilágítás, a mennyezeten levő lámpák is zavarhatják a beteget. Jobb a kissé tompított világítás.

A masszírozandó testrészt kellő kiterjedésben le kell mezteleníteni, annyira, hogy masszázs közben kezünk ne akadozzon a felesleges ruhadarabokban, különben munkánk nem lesz eléggé egyenletes. Minden szorító ruhadarabot le kell tenni vagy legalábbis meglazítani, még akkor is, ha a masszírozandó területtől távol esik.

Általános masszázsnál vagy nagy kiterjedésű terület masszázsnál egészen le kell vetkőzni s a beteget lepedővel vagy gyapjútakaróval takarjuk le a masszázs alatt, úgy, hogy csak az éppen kezelt terület legyen szabadon. A már masszírozott részt újból gondosan le kell takarni, mert mint láttuk, a bőrerek alkalmazkodó képessége ilyenkor nem kielégítő, s a beteg könnyen megfázhat.

A masszázs legfontosabb eszköze: a masször keze. Fontos, hogy mindig kifogástalan állapotban legyen. A kéz bőrének száraznak, puhának, simának kell lennie. A masször keze izmos és kellemesen meleg legyen. Hideg, nedves kézzel nem lehet masszírozni. Ha a masször keze valamilyen okból hideg lenne, jól teszi, ha masszázás előtt meleg vízben áztatja. Hosszabb előmelegítés csak akkor szükséges, ha a masször hideg időben, kintről jön. Nemcsak a beteg szempontjából fontos a kezek előmelegítése, hanem azért is, mert gémberedett, hidegtől merev ujjakkal nem lehet jól dolgozni.

Nemcsak a masszázs előtt, hanem a masszázs után is gondosan kezelt kell mosni s a kéz bőrét valamely puhító krémmel bekenni. A kéz tisztaságára ügyelni kell, mert pl. gombás bőrbetegségek esetében a masször egész járványokat okozhat.

Nemcsak a masször kezének, de a beteg bőrének is tisztának kell lenni. Melegvízzel és szappannal vagy benzinnel a bőrt alaposan meg kell tisztítani, hogy a bőr faggyumirigyének és szőrtüszőinek gennyes gyuladását elkerülhessük.

A bőr védelmét szolgálják a különböző, a bőr sikamlóssá tételét előmozdító eljárások, olajok, kenőcsök, szappan stb.

A bőr sikamlóssá tételére általában talkum-ot használunk, amihez enyhe fertőtlenítőként 20% bórsavat keverhetünk. Mai masszázstechnikánk mellett a talkum a legmegfelelőbb. Néha paraffin olajat is használunk, de ezt legtöbbször csak igen fájdalmas myalgiák kezelésénél. A myalgiáknak masszázssal való gyúrását, dörzsölését a sikamlós paraffin olaj kíméletesebbé teszi.

Általában nem kell, de nem is szabad a bőrt túlságosan csuszóssá tenni. Ha túl könnyen siklik a kezünk a bőr felületén, akkor tulajdonképpen elesnek a masszázsnak a bőrre és a bőr alatti kötőszövetre gyakorolt értékes hatásai. Szappanos masszázsnál tulajdonképpen a masszázsnak a bőrre gyakorolt hatásai elesnek a túlságos sikamlósság miatt, csak az izomzatra gyakorolt hatások maradnak meg. A szappanos masszázs, — helyesebben „dörzsölés” —, jól esik a betegnek egy gőzfürdő után, de ettől gyógyeredményt nem várhatunk, márcsak azért sem, mert a masszázsfogások eredményes kivitelét a beszappanosított bőr csuszóssága megakadályozza.

A masszázsához használt zsiros kenőcsök vagy avasodó olajok a bőrt izgathatják. Célszerű ezeket masszázás után szappannal lemosni.

Erősen szőrös területeknek régebben divatban volt leborotvtalását nem tartjuk célszerűnek. Borotvtalás után a bőr érzékenyebb lesz, a borotva által okozott apró bőrsérülések fertőzés kapui lehetnek. Kellő technikával, egyszerű talkumozás után is nyugodtan masszírozhatunk, bármilyen szőrös területen is, anélkül, hogy az a betegnek kellemetlen, vagy fájdalmas lenne.

A masszázs tökéletessége szempontjából fontos a masször gyakorlottsága. Ez alatt nem csak azt értjük, hogy a különböző fogásokat kellő kézügyességgel végezze, hanem azt is, hogy „tréningben” legyen. Tehát a masszázst kellő könnyedséggel és *kitartással* végezze. Kellő gyakorlat nélkül a masször hamar kifárad, keze bizonytalanná, ügyetlenné válik.

A helyesen végzett masszázs nagy figyelmet, testi és szellemi frisseséget, türelmet és kitartást igényel. A masször munkájában jelentkező minden változást vagy kedvetlenséget a beteg azonnal észre veszi! Nemcsak a masször kezének kell állandóan jó állapotban lenni, hanem testi kondíciójára is gondosan ügyelni kell, ugyszólván sportszerű életmódot kell folytatnia. A kezdőknek igen sokat kell gyakorolnia s ami legfontosabb minél többet és minél jobb masszörrel masszíroztatnia saját magát, hogy a fogásokat mintegy a saját bőrén tanulja meg s tisztába legyen azzal, hogy milyen érzéseket vált ki a masszázs s tudjon különbséget tenni.

A masszázs igen fárasztó és nehéz munka. Mindent meg kell tehát tennünk, hogy kényelmesen dolgozhassunk. A legtöbbször meggörnyedt helyzetben végzett munka miatt felületes légzés, korai kifáradás állhat be. Derékfájás, lúdtalpas panaszok, viszeres csomók kifejlődése veszélyeztetni leggyakrabban a masször munkaképességét. Ezért ha csak lehet ülve dolgozzunk, a beteget úgy helyezzük el ahogy legjobban kezünk ügyébe esik. Forgatható székek, helyes méretű masszázspadok okvetlenül szükségesek.

A masszázspad magassága igen fontos és elsősorban attól függ, hogy milyen magas maga a masször, aki azt használja. Általában azt mondhatjuk, hogy a masszázspadnak olyan magasnak kell lenni, hogy mikor a masször a masszázspadon fekvő beteg mellé áll könyökei alig valamivel legyenek magasabban a beteg hátánál, hogy kényelmesen dolgozhasson. de kellő erőt is tudjon kifejteni. Általában a masszázspadnak 75—78 cm magasnak kell lenni. Párnázata elég kényelmes legyen, hogy

a beteg ne süllyedjen bele tulságosan s kellő ellenálást nyújtson. Párnázata bőrrel vagy viaszkos vászonnal legyen bevonva, amire masszázs közben lepedőt terítünk. Jók a gummival bevont laticel párnák is, bár kissé költségesek s egyszerűen csak lepedővel letakarva kissé hidegek. Ha azonban a lepedő alá még egy gyapjútakarót is teszünk, jól megfelelnek a célnak. A rászázspadnak minden oldalról jól megközelíthetőnek kell lenni.

Fontos kellékei még a masszázsnek a különböző nagyságú homokzsákok, ék alakú és hengeralakú párnák, amelyeknek a megfelelő elhelyezésével biztosítjuk a kezelendő végtag kényelmes fekvését.

A masszázs sikerének fontos tényezője, hogy miként tudjuk a kezelendő végtagot úgy elhelyezni, hogy izomzata jól el legyen lazítva. Különösen fájdalmas ízületek elhelyezése nem könnyű dolog és sokszor alaposan próbára teszi a masször ügyességét. Az ellazítás szempontjából legelőnyösebb a végtagokat enyhén hajlított helyzetben kezelni. Megfeszített izomzaton hiába masszírozunk, fogásaink nem terjednek a mélybe, a megfeszített izmok, a közöttük futó vénákat és nyirokereket beszűkítik s ilyenformán kellő hatást nem várhatunk. Gyúráshoz sem lehet az izmot kiemelni, ha az össze van húzódva, ami pedig az eredményes gyúrásnak egyik főfeltétele.

Tökéletlen ellazítás a következménye annak is, ha a beteg idegenkedik vagy fél a masszázstól. Nem célszerű a masszázs alatt beszélgetni a beteggel, mert közben önkéntelenül is feszíteni fog, a masször pedig a munkaközbeni beszélgetéssel csak könnyebben kifárad, mert nem tud a helyes lélegzésre gondot fordítani.

Gyakran akadályozza a masszázs helyes keresztülvitelét a beteg csiklandóssága. Vannak érzékeny pontok, amelyeknél a beteg önkéntelenül feszít a csiklandósság miatt. Ezeket a területeken határozott, nagy kiterjedésű, eléggé erőteljes fogásokkal haladjunk át.

A fájdalomérzés nem csak betegségenként, hanem egyénenként is igen különböző. Erre okvetlenül tekintettel kell lennünk. Okvetlenül figyelniük kell masszázsközben a különböző idegek lefutására, csontélekre stb., hogy a betegnek felesleges fájdalmat ne okozunk. A masszázs csak egészen kivételes esetben szabad fájdalmat okozni. Ha egy betegnek csak egyszer okozunk indokolatlan fájdalmat, csak nehéz munkával tudjuk a bizalmát újból visszanyerni!

A masszázs alapfogásai.

A különböző masszázsfogások egységes rendszerbe foglalása a svédektől származik. Az idők folyamán ezekhez számtalan új fogás és módosítás csatlakozott. Majdnem minden masszörnek, aki hosszabb idő óta dolgozik, megvannak az „egyéni fogásai”, de legyenek azok bármilyen bonyolultak is, az ötféle svéd masszázsfogás valamelyik csoportjába beilleszthetők.

A svéd masszázs alapfogásai a következők:

1. Simítás (Effleurage).
2. Gyúrási (Petrissage).
3. Dörzsölés (Friction).
4. Ütögetés (Tapotement).
5. Rezegtetés (Vibration).

Ezeknek az alapfogásoknak a célszerű és változatos kombinációját értjük masszázs alatt.

A sokféle összetett és módosított masszázsfogás közül hozzá kell ezekhez vennünk, mint igen használható és értékes fogást, a Zabludowsky-Kirchberg féle „intermittáló nyomást”. Ezt a fogást külön kell ismertetnünk, mégpedig sorrendben elsőnek, mert az ún. bevezető

masszáznál nagy szerepet játszik. A végtagok masszázst majdnem mindig ezzel a fogással kezdjük.

A masszázsfogások részletes leírása.

1. Intermittáló nyomás.

Kivitele: két kezünket egymás mellett helyezzük fel a végtagra, úgy hogy hüvelykujjunktól és többi 4 ujjunktól villát formálva igyekezzünk a végtagot átfogni. Ujjainknak a végtag alakjához kell hozzá simulni. A végtagot így átfogva, rövid erőteljes nyomásokkal haladunk a végtagon felfelé, minden következő fogásnál kb. 1—2 cm-el közelebb jutva a törzs felé. (1. ábra.)



1. ábra.

Hatása tulajdonképpen szívó-nyomó hatás. A végtagra gyakorolt rövid, erőteljes nyomásokkal a bőr, bőralatti kötőszövet, és izmok folyadéktartalmát préseljük ki és továbbítjuk a szív felé. Tehát a vénák és nyirokereket kiürítését célozza elsősorban.

Az intermittáló nyomás a legenyhébb masszázsfogás, Kétes és kényes esetekben, frissebb keletű sérüléssel duzzanatok, nem rég lezajlott gyulladások masszázskúrájának bevezetéseképpen legtöbbször ehhez folyamodunk. Az első napokban, az összes fogások közül az intermittáló nyomásokat részesítjük előnyben. Egyrészt mert a legkiméletebb fogás, másrészt, mert kitűnően alkalmas sérüléssel vagy gyulladással vérkeringési zavarok, nyirok-pangások megszüntetésére.

Intermittáló nyomásokat alkalmazunk akkor is, ha a végtag bőrét kimélnünk kell. Viszkető bőrbetegségek-nél, ahol még a simítás is izgat, ekcémák, bőrgyulladások esetében, ha masszázs egyáltalában végezhető, úgy elsősorban intermittáló nyomásokból kell, hogy álljon.

Gipszkötések levétele után, az első napokban, amikor a bőr még sérülékenyebb és kiméltre szorúl, ezt a fogást nyugodtan alkalmazhatjuk, mert a bőrnek minden elhúzása vagy dörzsölése nélkül folyik le.

Az ún. bevezető masszázsnál jut az intermittáló nyomásnak fontos szerep. A végtagon végig haladva ki-préseljük és a szív felé továbbítjuk a vénák és nyirokereket tartalmát s az utánfolyás számára tulajdonképpen „helyet” csinálunk.

Másik fontos szerepe az intermittáló nyomásnak, hogy a bevezető masszázs alatt, miközben enyhe nyomásokkal a végtagon többször áthaladunk, kitűnő tájékozódást nyerünk a kezelendő végtag állapotáról. A végtag alapos áttapintásával, centiméterről-centiméterre haladva, nem kerülhetik el figyelmünket az esetleg jelenlevő rendellenességek, fájdalmasságok, bőrelváltozások stb. Tehát a masszázs további folyamán már eszerint járhatunk el, nem érhetnek meglepetések.

Az intermittáló nyomásokat Kirchberg ödémák kezelésére ajánlja. Nemcsak a törések utáni ödémák keze-

lésében, hanem thrombozisz utáni állapotok utókezelésében, terhesség alatti ödémánál, sőt szívbetegség ödémáinál is igen jól bevált és kellő óvatossággal végezve úgyszólván veszélytelennek mondható eljárás.

Ödémák kezelésénél a fogásokat az ödéma felső határánál kezdjük s haladunk fel a törzsre. Majd a kiinduláshoz visszatérve, kb. 2 cm-el lentebb kezdve — újból a törzsön végezzük be a fogásokat. A műveletet így folytatva, minden kezdésnél lentebb jutva, haladunk végig többször egymásután a végtagon. A lényeg ennél az eljárásnál, hogy mindig az ödéma felső határánál kezdjük a fogásokat, s a vastagabb nyirokereket így először kiürítve, biztosítjuk a későbbi fogásokkal mozgásba hozott nyiroknak az útját. Azzal, hogy először pl. a corab-hajlatban futó nyirokereket tartalmát préseljük ki, tulajdonképpen utat nyitunk a lentebbről (distálisabbról), felszabadítandó nyirok elfolyásának.

Mennell az ödémás végtagot egy gummi-palackhoz hasonlítja, amelynek belsejét gummiszivacs tölti ki. A palackot vízzel töltjük meg. Ha most az a feladatunk, hogy ebből a gummipalackból ürítsük ki nyomás útján a vizet, akkor az történik, hogy nyomás alatt a víz felfelé vándorol, a palack felső részét kitágítja, de kifolyni mindaddig nem tud, amíg a palack dugóját el nem távolítottuk!

Ugyan ez a helyzet akkor, ha egy ödémás végtagon, nem az ödéma felső határán kezdenének a műveletet s nem volna első dolgunk a „dugót” kihuzni, hogy a folyadék elől az akadályt eltávolítsuk. Ha pl. alszárödémánál a lábfejen kezdenénk az intermittáló nyomásokat, azzal csak azt érnénk el, hogy nyomásunk alatt, — a nyirok továbbjutása nem lévén biztosítva —, a proximálisabb részen a nyirokereket tágítanánk, s a nyomás megszűntével a nyiroknedv visszafolyna eredeti helyére. De ha még sikerülne is erőszakkal a folyadékot felfelé szorítani, tartós eredményt akkor sem tudnánk elérni, mert az így, erőszakkal kitágított nyirokereket tónusa mégjobban megromlana s újabb pangáshoz vezetne!

Boka-, vagy alszár ödémáknak intermittáló nyomásokkal való megkisebbitése vagy teljes eltüntetése egyike a legmeggyőzőbb „masszázs-kísérleteknek”. 10—15 perces ilyen kezelés alatt az ödémák úgyszólván szemmel láthatóan csökkennek és tűnnek el!

(Folytatjuk.)

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Hemeralopia thyreotoxikosisban és májbetegségekben. K. H. Zafke. (Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1939. 183.) A hemeralopia az A-vitaminhiány csaknem állandó korai tünete. Adaptométerrel végezve a vizsgálatokat, thyreotoxikosisban csökkent adaptatio található. A betegség súlyosságai arányosan csökken az adaptatio. A jelenség oka a szerző szerint a máj csökkent A-vitamin tartalma, mit a fokozott pajzsmirigyműködés vált ki. Májbetegségek közül cirrhosisban minden esetben, különböző okokból létrejött icterusban néhány esetben található a sötétben való adaptatio csökkenése. (G. 23.)

Rényi-Vámos Ferenc dr.

Kísérleti agranulocytosis nyulban. A. B. Hansen. (Acta Med. Scand. 1939. 98. IV—V.) Amidopyrinnel nem sikerült nyulban agranulocytosist létrehozni. Az amidopyrint per os, vagy csontvelőben, vagy a két módszert egyesítve adták. (G. 20.)

Rényi-Vámos Ferenc dr.

Atypusos perniciosus esetek felismerése sternum punctio útján. Thaddea és Bakalos. (Z. Klin. Med. 135. 4.) Szerzők 4 esetet közölnek, melyekben histamin-resistens achylia mellett különböző fokú (1.0—3.7 millió) anaemiát észleltek megalocytosis nélkül, 1 alatti festék-indexxel. A sternum-

punctatumban mindegyik esetben megaloblastokat találtak, melyek máj adagolására eltűntek. Szerző a sternumpunctio leletét bizonyítónak veszi eseteikben az anaemiák perniciosus természetét mellett. (G. 19.)

Wallner Emil dr.

Megfigyelések essentialis thrombopeniában (Morbus maculosus Werlhofii). S. Heindl (Acta Med. Scand. IV—V. 98.) Essentialis thrombopeniában egyenlő fontosságú a capillaris resistentia csökkenése. Minél jobban csökken ez, annál súlyosabbak a klinikai tünetek. A thrombopenia nem mutat összefüggést a plasma-fehérjével, vércholesterin, serum, ascorbinsav mennyiséggel. (G. 21.)

Rényi-Vámos Ferenc dr.

Anaemia máj-cirrhosisban és haemochromatosisban. Markoff. (D. Arch. Klin. Med. 183. III.) Eleinte májra jól reagáló anaemia perniciosus májcirrhosisal szövődött esetében később haemochromatosis fejlődött ki, az anaemia ebben a szakban májresistens. Csontvelőben perniciosusra jellemző lelet mellett sok reticulum-sejt, bő haemosiderin tartalommal. Szerző nézete szerint a később kifejlődött anaemia a reticulum-rendszer vassal történt blokádjának következménye. (G. 22.)

Wallner Emil dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: Prochnow Ferenc és ifj. Verebélj Tibor.

Elektrokardiographiai vizsgálatok jelentősége Basedow-golyvák és a tüdő-tbc. miatt végzendő thorakoplastikák műtéti javalatában. Hrabitz és Jervell. (Acta. Chir. Scand. 81. k. 1. f.) A szerzők 196 basedowos betegen végeztek elektrokardiographikus vizsgálatot; ez 100 esetben normális volt; kétségtelen elváltozásokat 40 esetben, alig értékelhető elváltozásokat 56 esetben találtak. Mind a 196 beteget megoperálták; csak 2 halt meg, de egyik sem szívelégtelenségben. 86 thorakoplastikára kerülő tüdő-tbc.-s beteg műtét előtti ekg.-ja 42 esetben normális volt; ezek közül 2 halt meg műtét után. Kétségtelen elváltozásokat 4 esetben találtak, ezek közül 1 halt meg. — A halálesetekben azonban a halál oka nem szívelégtelenség volt. Mindezek alapján arra a következtetésre jutnak a szerzők, hogy az említett betegségek műtéti javallatában a műtét előtti felvett ekg.-nak értékelése alárendelt jelentőségű. (P. 7.)

Széll Imre dr.

A nagyvérkör nehezen megközelíthető emboliáinak eltávolításáról. Groth. (Chirurg. 1939. 3.) A nagyvérkör nehezen megközelíthető hejyein, így az aorta bifurcotióján lévő emboliák eltávolításában az eddig követett eljárás az embolusnak intraarterialis, fogóval eltávolítása volt. Mint-hogy azonban ilyenkor az intima megsérülésével a műtét után igen gyakran vérrögösödés áll be, ami a műtét eredményét kérdésessé teszi, a szerző ajánlatosnak tartja, az embolust az arteria megnyitása nélkül olyan helyre lemasszírozni, ahol egyszerű rámetéssel könnyen eltávolítható. Ezáltal a műtét rövidebb ideig tart és lényegesen csökkent a műtét utáni rögösödés veszedelme. Az eljárással szerzőnek számos esetben sikerült az embolotomiát igen jó eredménnyel végrehajtani. Bizonyításul részletesen beszámol az upsalai klinikán végzett 22 hasonló műtét tapasztalatairól. (V. 13.)

ifj. Verebélj Tibor dr.

Véradás megszervezése és vértransfusio. Seggel-Reichel. (Med. Welt 1939. 6—8.) A közlemény két részre oszlik. Az első rész foglalkozik a transfusio jelentőségével és kimerítően tárgyalja azon főszempontokat, amelyek egy véradóközpont megszervezésében lényegesek. Vezetője orvos legyen, feladata az egyes jelentkezők pontos megvizsgálása, ellenőrzés alatt tartása és a nyert adatok és tapasztalatok értékelése. Kiépíti az összeköttetést a kórházak és klinikák között, a vértadók egészségi állapotát állandóan ellenőrzi, stb. Közleményük első részének befejezéséig a szerzők foglalkoznak azon vértadó csoport kiépítésének lehetőségével, ahol a vértadó egyént előzőleg immunisálják s vérével a szükséges immuntesteket is átviszik a betegbe. Legvégül a conservált vérral való transfusiót tárgyalják. A közlemény második része elsősorban azokkal a vizsgálatokkal foglalkozik, amelyek a vértömlesztés előtt végzendők (vércsoport meghatározás, agglutinációs próba, Oehlecker-próba, stb.). A transfusio technikai részére vonatkozólag a lehetőleg punctióval történő kivétel ajánlják. Hogy valaki direct, vagy indirect módszert választ — szerintük tetszés dolga.

Mindegyiknek megvannak az előnyei és hátrányai. A közvetlen módszereket részletesebben ismertetik. Ezek első csoportjában physikai úton (paraffinozás, borostyánkő, athrombit), másik csoportjában a vérhez adott anyagokkal (heparin, citrát) akadályozzák meg az alvadást. Szerzők maguk is a citrátos eljárást végzik minden esetben (minden 100 ccm. vére 8 ccm. 5%-os natr. citrát oldatot adnak) és még nem tapasztalták az eljárás ártalmas voltát. Négy és fél év alatt végzett 3300 vérátömlesztésnél 243 esetben (7.4%) láttak reakciót fellépni (melegérzés, hidegrázás, urticaria, rosszullet, hányás, tüdővízenyő, collapsus, icterus és két esetben halál). (V. 16.)

Rohrer László dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Batizfalvy János és Horváth Kornél.

A gyermekágyi fertőzés megelőzése sulfamidkészítményekkel. *Delmas és Cadéras de Kerleau.* (Bull. Soc. Gyn. 1938. 11.) Azon esetekben alkalmazták, melyekben fertőzés lehetősége állott fenn: időelőtti burokrepedés intenzitétén kívül, macerált magzat megszületése után, gyanús vetélések, különböző műtéti beavatkozások és ismételt belsővizsgálatok után. 4 napon át napi 6x0.5 gr.-ot adtak az 1935—37. években. A kezelés eredményeit összehasonlították az 1927-ben végzett vaccinakezelés és az 1928—32-ig végzett pyoformin és sulfarsenol eredményeivel, melyeket szintén megelőzés céljából adtak. Általános megbetegedési szám 1927-ben 8%, 1928—32-ben 16.4%, 1935—37-ben 6% volt. A kezelt esetekben 1927-ben 14.6%, 1928—32-ben 21%, 1935—37-ben 5% volt. A halálozási szám 1928—32-ben 3.2%, 1935—37-ben 2.3% volt. Tehát a megbetegedés jelentékenyen, a halálozás pedig némileg csökkent. (B. 23.)

Cserényi László dr.

A hüvelyi méhkiirtás helye a mai nőgyógyászatban. *Danforth.* (Amer. J. Obst. 1938. 787.) Változás-korabeli jóindulatú vérzések, teljes és részleges méh és hüvelyfalsúlygyedések, méh-hátrahajlások és myomák képezték a 266 esetben végzett műtét leggyakoribb javallatát. A méhtest rákja miatt csak 3 esetben választották a hüvelyi megoldási módot. Utóbbi esetekben műtét-technikai okok miatt is sokkal célszerűbbnek tartja a hasi műtétet. A méhnyakrákot sugarasan kezelik. Intraligamentaris, subvesicalis elhelyezkedésű, továbbá nagy myomák esetén szintén a hasmetészes műtét jöhet szóba. Előző medencebeli gyulladások, valamint helyzetjavító műtétek után a hüvelyi méhkiirtás az összenövések és a megváltozott bonctani viszonyok miatt ellenjavallt. A műtét módját illetően a prolapsusok kiújulását elkerülendő, igen fontosnak tartja a sacrouterin szalagok harántirányú egyesítését és rögzítését. A műtéti terület szádlását csak kivételes esetekben végzik. A 266 műtéttel kapcsolatban haláleset nem fordult elő. A műtéti szövödmények közül 6 hólyag- és vesemedencegyulladást, 4 utóvérzést (1 art. uterinából származót), 2 phlebitist és 1 medencebeli tályogot észleltek. (B. 24.)

Kriszt József dr.

A gyomorműködés szülés alatti röntgenvizsgálata. *Hirschheimer, January, Daversa.* (Amer. J. Obst. 1938. 67.) 10 először szülő gyomorműködésének röntgenvizsgálata alkalmával 2 esetben csökkent, a többi esetben rendes gyomorműködést észleltek. Az altatással kapcsolatos hányás veszélyes következményeinek elkerülésére ajánlatosabb a szülés alatt a parenterális táplálékbevitel, vagy sürgős esetekben az altatás előtti gyomormosás. A gyomorműködés szülés alatti zavarának oka inkább functionalis és neuromuscularis, mint mechanikus tényezőkben keresendő. (B. 25.)

Kriszt József dr.

Vastartalmú iszap befolyása a hüvely tisztasági fokára. *Starzewski.* (Arch. Gyn. 1938. 167.) A krakói egyetemi női klinika Krynica gyógyhelyen kísérleti állomást rendezett be, ahol a különleges összetételű iszap hatását próbálták ki. A megfelelően előkészített iszapot háromféle módon alkalmazták a hüvelyben: 50 C° melegen szabadon, hidegen, szobahőmérsékleten szintén szabadon és végül 50 C°-on gummitokban. Ez utóbbit abból a célból tették, hogy vizsgálják az iszap fajlagos hatását, illetőleg azt, hogy az eredmény csak az iszapnak, vagy vele együtt a thermikus hatásnak tulajdonítható. Az iszappal a hüvelyt porcellántükrök segítségével teljesen megtöltötték, félórát bennhagyták, majd bő forrált vízzel alaposan kimosták. A görcsövi vizsgálatot a következő napon végezték. Csöves tükrök segítségével a hüvely közepé-tájáról platinakacccsal vettek hüvelyváladékot. Pár-

huzamosan egyéb gyógymódokat is alkalmaztak és a hatást összehasonlították. Összesen 65 beteget kezeltek. Kezdetben seholsem volt I. tisztasági fok. A betegek 12 alkalommal kaptak iszapot. Az első kezelés után rosszabbodott a tisztasági fok. Később azonban mind a három fajta iszapkezelés határozottan jó befolyással volt a tisztasági fokra. A hüvely flórájának javulásával párhuzamosan az alaptergés javulását is észlelték. Különösen jó eredményt adtak a hüvelygyulladásos állapotok és feltűnően megkevesebédtek a cervix- vagy hüvely-eredetű fluorok. (B. 26.)

Feder Ferenc dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: Grósz István.

Trachoma antimionkezelése. *Julianellé, stb.* (Amer. J. Ophthalm. 1938. 8.) *Derkac* 2—3 ccm. 1%-os hánytató borkövet adott i. v. másodnaponként felnőtteknek, főleg pannus ellen bizonyult jónak. Szerző is 1%-os oldatból ad venába 5 ccm-t, 6 nap egymásután; a 8-ik nap 10 ccm. az adag, melyet még kilenc ízben ismételt meg, szünetekkel. Így a beteg egy hónap alatt 120 ccm-t kap (1.2 gr.). Egyesek többet kaptak. Mellékhatás: izommerevség (alszár, nyak). A szaruszövödmények ellen hatásosnak látszik. (G. 21.)

Grósz István dr.

A retinalis pigmenthám ártalma. *Kalt.* (Párisi Szem-
orvostárs. Munk. 1937.) Ismerteti a septojod és presojod (*Pregl*) befecskendezése okozta szemártalmakat. A kérdést kísérletesen *Vito* vizsgálta. Szerző 3 ccm. 4%-os natrium jodátot adott szürke nyúlak bőre alá másodnaponként, összesen 20—30 befecskendést. Az állatok étvágytalanok lettek és lefogytak. Az 5-ik befecskendés után kiterjedt pigmentzavar jelenik meg; szövettanilag a retinalis pigmenthám súlyos bántalmazottsága látható. Ez némileg emlékeztet a degeneratio pigmentosa retinae-re. A kísérleti tény e betegség kortani kutatásait biochemiai irányba tereli. A májban jóindulatú eihalásokat talált. (G. 19.)

Grósz István dr.

Látóidegsorvadás és stovarsol. *Bégué.* (Párisi Szem-
orvostárs. Munk. 1937.) Az ötvegyértékű arsen okozta szemészeti szövödmények leginkább helytelen adagolásnak, már meglévő látóidegbaj romlásának, vagy kóros máj-, ill. veseműködésnek tudhatók be. 115 stovarsol-kezelés alatt álló paralytikus beteg között csak két ízben fokozódott a fennálló decoloratio; mindkettőben elégtelen veseműködés. Ezek tulajdonképpen ellenjavallatot jelentenek. A szövödmény gyakorisága 1.7%. A kezelés alapfeltételei: szemvizsgálat kúra előtt és közben; a nagy adag kerülendő, úgyszintén kis dosisok túlságos sűrítése. Vese- és májelégtelenségben szenvedők kizárandók. *Lefèvre* legfeljebb 3 befecskendést ajánl hetenként izom közé vagy bőr alá, venába soha (0.5 gr.-os adagok). A jelzett körülmények szemtartásával elkerülhető a toxikus neuritis. A *stovarsol sodique* a par. progr. ellen bevált szer; tabesben viszont ellenjavallt; úgyszintén a látóideg részvétele esetén. A látóideg s általában a szem lueses bántalmaiban int az 5 vegyértékű arsen használatától; ilyenkor a 3 értékű arsen és bismuth therapia javallt. (G. 18.)

Grósz István dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

Az acut myeloblastleukaemia pathogenesiséhez. *Voit és Landes.* (K. Wo. 1938. 25.) 15 é. gyermek panmyelophthisise a betegség folyamán acut myeloblastleukaemia typusos képőbe ment át. Ebből, valamint az irodalomban több hasonló esetből annak a feifogásuknak adnak kifejezést, hogy az acut myeloblastleukaemia valamely noxára bekövetkező pathológiás csontvelőreactio, mely klinikai megjelenését, lefolyását és kórbonctánát tekintve különválasztandó a chronikus leukaemiától. Szerintük a legszorosabb összefüggések állanak fenn a sepsis bizonyos alakjai, az agranulocytosis és panmyelophthisis között. (K. 6.)

Flesch István dr.

Hyporegeneratorikus, lymphoid csontvelőmetaplasziával járó gyermekkori anaemiák. *H. Willi.* (Jb. f. Khk. 1938. 151.) Újszülött, koraszülött és alimentaris csecsemőanaemia eseteket közöl, melyekre klinikailag csak a sápadtság volt jellemző máj-, lép- és nyirokmirigyduzzanat nélkül, haematologiailag ezeket a gyér regeneratiót mutató hypochrom

anaemia jellemezte. A tibiacsontvelő punctatumban normalis erythroblast-szám mellett nagymértékben megszáporodott lymphoidsejtek domináltak a képet. Kezelés szempontjából az eseteket a szokványos antianaemiás kezeléssel való befolyásolhatatlanság jellemzi. Keletkezésük eddig ismeretlen. A haematologiai lelet az erythropoiesis insufficienciáját mutatja. A lymphoidsejtek eredete is még tisztázásra szorul. A fiatal elemek s mytosisok arra engednek következtetni, hogy a sejtek a csontvelőben szaporodni képesek. Mindenesetre annyi megállapítható, hogy az erythropoiesis zavara és lymphoid metaplasia között bizonyos kapcsolat van, mely még eddig ismeretlen reguláló mechanismus befolyása alatt áll. (K. 8.)

Flesch István dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Ajkay Zoltán.

A phoniatriai kezelés principiumai farkastorkú gyermekeken. Imhofer. (Ztrbl. f. Hals-, Nasen, etc. XXIX. k. 173. o.) Szerző szerint farkastorkú gyermekeken jó beszédbeli eredményt csak akkor lehet elérni, ha — *Veau* 500 esete alapján — korai műtét történik, úgy hogy a beszédfejlődés csak a műtét után indul meg. Műtét végezhető akkor, amikor a gyermek még nem beszél, tehát kb. a második életév végéig, a műtét elvégzésére ez a legideálisabb időpont. Ilyen esetben a gyermekek minden további phoniatriai beavatkozás nélkül majdnem hibátlanul beszélnek. A műtét eredménye teljes garatáródás, normalis beszéddel. A műtét elvégzése történhetik 3—6 éves korig is. Eredmény annyi, hogy a gyermek beszédét környezete jól megérti, de valami „idegenszerű” van a kiejtésében. Ez már fonetikai kezelés alá tartozik. Ha a beteg már 15—17 éves, megfelelő hosszú velum elérése csak az esetek 30%-ában lehetséges. Ezért *Veau* azt ajánlja, hogy felnőttön obturátort alkalmazzunk, nehogy a velum rövidege miatt a phoniatriai eredmény rossz legyen. A sebésznek tehát *Veau* eredményei alapján lehetőleg korai műtétet kell végezni, ha phoniatriailag jó eredményt akarunk elérni. A műtét technikát illetően hangsúlyozza, hogy az uvula a Passavant-csomóval együtt nem egyszerű felemelkedéssel zárja a garatüreget, hanem, mint azt *Seemann* kimutatta, sphincterszerűen a hátsó garatívekkel együtt. *Hajek* fontosnak tartja, hogy a tubanyilások egymáshoz megfelelő közelségbe kerüljenek. Szerző hangsúlyozza, hogy jó functionalis beszédbeli eredmény csak a műtétet követő phoniatriai kezelés következménye lehet. — (A. 16.)

Dénes László dr.

Újabb felfogás az otosklerosisban szenvedők nagyot-hallásáról és ennek esetleges új gyógykezeléséről. Meyer. (Acta Oto-Laryng. Voll. XXVII. Fasc. 1.) Azon megfigyelés alapján, hogy otosklerotikusok hallására az endo- és perilympa decompressiója kedvező hatású, szerző 6 egyénből suboccipitalis punctióval egyszeri alkalommal 30—50 cm. liquort bocsátott le. Eredménykép jelentős hallásjavulást tapasztalt, a fülzúgás lényeges vagy teljes megszűnésével. A 6 eset közül kettőben nem tymposus stapesankylosis volt jelen. A hallásélesség 10—20 cm-es sügött beszédre 6—8 méterre javult. A lényeges hallásjavulás gyakran csak hónapok múlva jelentkezett, de a félévre terjedő ellenőrzés alatt visszaesést nem mutatott. Az esetek a már ismert más egyéb kezelésekkel nem voltak befolyásolhatók. A hallás javulása a beszéd megértése tekintetében aránytalanul jobb volt, mint zörejekkel és egyéb hangokkal szemben. Szerző eredményei alapján megerősíti azt a véleményt, hogy labyrinthophiában szenvedők csontvezetésének romlása nem a stapesankylosis következménye és egyúttal megállapítja, hogy ilyen esetekben a csontvezetés monochorddal is megvizsgálható annak kimutatására, hogy a felső hanghatár gyakran nem szűkül be. (A. 18.)

Gugi Tibor dr.

Adatok az Osler-féle betegség ismeretéhez. Rollin. (Der Hals-, Nasen- u. Ohrenarzt 1939. 30. köt. 1. füz.) Szerző két eset kapcsán ismerteti az elég ritka Osler-féle betegséget. A jellemző tünet, mely a beteget szakorvoshoz vezeti, a megismétlődő orrvérzés. E tünet már serdülő, sőt gyermekkorban jelentkezhetik, míg a jellemző multiplex és különböző nagyságú angiómák és teleangiectasiák a bőrön és a nyálkahártyákon rendszerint csak később, a harmadik évtized táján lépnek fel. A septumon a locus Kisselbachi-in, az alsó és középső kagylókon, az arcon, a szájüregben, a nyelven, a garaton, az ajkakon, a conjunctivákon fordulnak elő a vértágulatok, de megtaláljuk a koponya, a mellkas és

a has bőrén, a gyomor és béltractus, az uropoetikus apparatus nyálkahártyáján és főleg a hólyagban. Mint a mesenchyma gyengeségének a jele, ezeken a betegeken gyakori az alszár varicositása, az aranyér és a varicocele. A vérzés az angiómákból a legkisebb tarumákra megindul és leggyakoribb a septum nyálkahártyájából. A gyakran megismétlődő vérvesztés sok esetben fenyegető anaemiát hoz létre. Főleg idősebb korban a regeneráló apparatus kimerülése következtében e secundaer anaemia perniciosusban csaphat át. Differentialdiagnózis szempontjából a haemophilia jön számításba, de az Osler-féle betegségben az alvadási idő nem hosszabbodik meg és az átöröklés módja is más. Amíg ugyanis a haemophilia átöröklése nemhez kötött, addig az Osler-féle betegség egyszerűen öröklődik át. A therapia elsősorban a vérzés csillapítására irányul. *Kindler* septum-resectiót ajánl és a beteg nyálkahártyarészt is eltávolítja. Szerinte a kiszáradás és a pörkösödés nincs arányban a vérzés veszélyével. A helyi kezeléssel kívül, ha anaemia áll be, úgy a szokott therapiát követjük: vas- és arsenadagolás, súlyosabb esetben vértransfusio. (A. 17.)

Szell Endre dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 24-i ülése.

Bemutatás:

ifj. Nékám L.: Boeck sarcoid esete. 33 éves nő betegsége 1938 elején kezdődött. Felvételtkor (1939 febr.) a bal arc-félen, hátán és a sacralis tájon találtak mogyorónyi-diónyi, livid-barnás beszűrődéseket; a bal emelő lateralis részén pedig tenyéryni, a jobb comb medialis felén kéttényéryni kifeléyesedett, sárgás lepedékkel borított infiltratumot. Azóta e beszűrődések részben visszafejlődtek, úgyhogy csak maradványait lehet látni hegeseid és pigmentációk alakjában. Másrészt újabb csomók keletkeztek a hátán, jobb szemöldökön, melyek egy hónap alatt kb. diónyira megnagyobbodtak, de jelenleg szintén visszafejlődést mutatnak. A negatív anamnesis és negatív laboratóriumi vizsgálatok ellenére is adtak 8 solu-salvarsan injectiót 3.0 gr. összmenyi-ségben. Gumma esetén gyors beolvadásnak kellett volna bekövetkeznie, de a visszafejlődés lassú volt és újabb csomók is keletkeztek.

Mivel a kép klinikailag bőr-tbc. egy classikus formájában sem volt sorozható, „sarcoidok”-ra kellett gondolni. A sarcoidok két nagy csoportra oszthatók: a cutan és subcutan sarcoidokra. Utóbbinak *Boeck* 3 alakját különböztette meg: 1. kis csomós alak elemei gombostüfejnyszerűek, 2. nagy csomós alaké kb. diónyi nagyságot érnek el, míg a 3. csoport diffusz beszűrődései tenyéryni és nagyobb kiterjedésűek. Ezen különböző formákat főképpen a jellemző szöveti szerkezet tartja össze. Az infiltratumot epitheloid sejteknek tömött kötegei alkotják, melyek egymástól élesen vannak ép kötőszövet elválasztva. Lymphocytá beszűrődések aránylag kiscsoportok, vagy egészen hiányoznak, éppúgy az óriás-sejtek is. E jellemző szerkezetet az összes formákban és localisatiókban megtaláljuk: így az először csak bőrbajnak tartott sarcoidokat, mint rendszer megtegedést a reticulo-histocytar rendszer burjánzását ismertük meg a különböző szervekben. E sejtek a véráramba is eljutva, a monocyták megszáporodását okozzák. Esetükben a monocyták 13%-ot tettek ki. Betegük hátából kivágott csomó teljesen az előbb leírt szövettani szerkezetet tünteti fel. A Boeck-sarcoidok keletkezésére ma sincs kialakult vélemény: számos körülmény szól a tbc-s eredet mellett, de egyik sem döntően bizonyító. A tuberculoid structurás typosus tbc-s szövettani képtől az óriássejtek és lymphocyták hiánya miatt különbözik. A szövetekből kétes bacillust — 1—2 esettől eltekintve — nem sikerült kimutatni. Mindenesetre feltűnő gyakran tapasztalták Boeck-sarcoidok együttes előfordulását más szervi tuberculosissal, néha oly módon, hogy az előbbieket feiléptével a már régebben fennálló sarcoidok visszafejlődtek. *Schaumann* a kórképet bovin tbc. bacillusoknak tulajdonítja: szerinte gyermekkori fertőzés után a bacillusok a legkülönbözőbb szervek reticuloendothelialis sejteibe jutnak és hosszú évek alatt részben tönkremennek, részben legyengülnek, miközben a fajlagos szerkezet kialakul. E kialakulásban nagy jelentőséget tulajdonít az alkatnak is.

Előadások:

Minder Gy.: A vesesebészet mai problémáiról. A vesesebészet nagymérvű haladása csak részben köszönhető az aseptis és technika fejlődésének. A főérdem az ureterkathe-

terismussal kapcsolatos functionalis vesediagnostikát illeti. A nephrektomia ma problémát nem alkot, mert a javallatok és technika kérdésében egységes az álláspont. A conservativ vesesebészetben sok olyan problémával találkozunk, melyek a vesesebészet határain kívül esnek, s ezért szükséges, hogy az urologus beszín a felső húgyutak dynamismusával a retrograd pangás s a különböző refluxusok lényegével tisztában legyen, azok hatásával számoljon.

A conservativ vesesebészetben a legtöbb problémát a kövesék adják, melyeknél sokszor nehéz eldönteni, hogy csak a követ, vagy pedig az egész vesét távolítsuk-e el. E tekintetben a functionalis értékek nem mindig mérvadók. A túlságos conservatismus éppúgy helytelen, mint a túlzott radicalismus. A helyes út megválasztásában a műtéli szemlélet s a műtétekkel szerzett tapasztalat vezeti a sebészt.

A vesegyulladások sebészi terapiája ma is még nyit kérdés, bár kétségtelen, hogy vannak eseteink, midőn a sebészi beavatkozás életmentően hatott, a megakadt diuresist újból megindította. Egységes álláspont arra nézve, hogy a nephritisek sebészi terapiájának mai kereteit még jobban kiterjesszük, vagy ellenkezőleg szűkítsük, még nem alakult ki. E kérdés sokkal bonyolultabb, sem mint azt empirikusan eldönteni lehet. Ismerteti a vese-enervatióval szerzett tapasztalatait. A vesesebészet látszólagos nyugalma mögött igen sok kérdés és probléma rejtőzik.

Mező B.: Az intravenás pyelographia azokban az esetekben, amikor az ureterkatheterizálás kivihetetlen, nagyon jó szolgálatot tesz, de a töltéses pyelographiával és pyeloscopiával nem veheti fel a versenyt. Ajánlja a hypermanganatos bórsavkeveréket a húgyutak és vesemedence vizsgálat utáni kiöblítésére, ez a fertőzés megelőzi. Újabbban a periduralis érzéstelenítést alkalmazza, amely kitűnő érzéstelenítést ad és fájdalommal nem jár. Felhívja a figyelmet a malignus hypertoniák műtéli gyógykezelésére. Egy uraemiás, 120 mg% RN betegét 5 év előtt operálta polycystás vese miatt Payr szerint, a beteg azóta is jól van. Vesekövek esetén a conservativizmus hívei. Megemlíti új eljárását: a „kocsányosítás nélküli vesemetszést, tokalatti időleges vérzésállapítással”, amellyel már operált és környezetével hegesen ösztönözött vesén a vesemetszést simán elvégezhetette. Nephrotomiák esetén a vesemedence drainezésére a szokásos egy draincső helyett kettőt használ. — A tasakképződéssel járó hydro-nephrosiseket, ha az ureterben nincs szűkület, saját módszerével, a vese haránt felvarrásával, transversopexiával gyógyítja. Műtéli eredményei nagyon jók. Az ureter alsó részében levő átjárhatatlan szűkület az ureternek a hólyagba való újbóli beszájadzását teheti szükségessé, ha a betegnek egy veséje van, vagy mindkét veséje gyengén működik és nephrektomia nem lehetséges. 6 esete közül ötben jó eredményt ért el.

Babics A.: Nem tartja helyesnek vesevizsgálatkor a *Mező Béla* által ajánlott és alkalmazott érzéstelenítést, mert ezáltal hamis képet kapunk a vesemedencéről. A periduralis anaesthesiára vonatkozólag megjegyzi, hogy 5 év előtt az Urologiai klinikán alkalmazták, de annak sok előnye mellett még több hátránya van s emiatt ma nem használják.

Schmidt A.: A vándorvese kezelése. A vándorvesék nagyrésze panaszt nem okoz, úgyhogy a betegnek bajáról tudomása nincs. A vese rendellenes mozgékonyága komoly fájdalmat, heves görcsöt is okozhat, mit a húgyvezető megterhelése következtében jelentkező vizelet pangás és a nagyerek vöngálása, megcsavarodása okozta vesebeli vérpangás idéz elő. Ha a húgyvezető a vesét lesüllyedésében szabadon követheti, a nagyfokú vándorvese sem okoz panaszt, de ha a húgyvezető rögzített, vagy számfeletti ér keresztezi, a vese kistökű lecsúsztása már erős fájdalmat idézhet elő. Az állandósult vizelet pangás következtében a vándorvese zsákvesévé alakulhat. A mai tökéletes eljárásokkal pontosan megállapíthatjuk, hogy a fájdalmak veseeredetűek-e, vagy a környező szervek, a gyomor, bél, feregnyúlvány, epehólyag okozzák-e azokat. A fájdalmat okozó vándorvesét kezelésbe kell venni. A kezelés lehet vértelen és műtéli. Vértelen eljárások a hízóktúra, gyógytorna, massage és haskötő. A műtéli eljárás a vese felfüggesztése, a nephropexia. Először mindig a vértelen eljárást kell alkalmazni és csak ha ezek eredménytelenek, javallható a műtét. Ha a röntgenkép vesemedencétárgyat mutat, sürgősen végre kell hajtani a műtétet, hogy a vese elpusztulását megakadályozzák. A vese felfüggesztésére eddig kb. 200 műtét eljárást közöltek. Az I. sz. sebészeti klinikán többféle műtét eljárást használtak, de az utóbbi időben majdnem kivétel nélkül mint legmegbízhatóbbat, *Albarren* eljárását alkalmazzák. Kb. 1000 veseműtéttől 102-t vándorvese miatt végeztek. Egy kétoldali eset kivételével, mindig jobboldali vándorvesét rögzítettek. A

beteg közül 96 nő, 5 férfi volt. 2 meghalt tüdőgyulladásban és szívgyengeségben. A kérdőívekre 37 választ kaptak. 31 beteg panaszja a műtét után megszűnt, 3 meghalt más betegségben, 3 hasi fájdalomról panaszkodott. Ezek közül kettőt felülvizsgáltak, veséjük rögzített helyzetében volt és a vesevizsgálat és pyelographia kizárta a panaszok veseeredetét.

Minder Gy.: Vándorvese esetén újabb decapsulációval kapcsolatos enervatiót végeztünk az eredményekkel megvan elégedve. A műtét sikerében és a panaszok megszűntetésében a morfológiával szemben vagy amellet a húgyutak dynamismusára kell a fősúlyt helyezni. A sok műtéli eljárás között a legegyszerűbb megoldás kell választani, mert a bonyolult és egyszerű műtéli eljárások között lényeges különbség eredmények tekintetében nincsen. Az enervatio jó hatását abban látja, hogy az enervatio a hilusban haladó érző rostok átmetszésével a vesekocsány vöngálása okozta fájdalmat kikapcsolja. Sok vándorvesénél ugyanis a kocsányidegek vöngálása okozza a fájdalmat. Vándorveséket operálni csak akkor indokolt, ha a conservativ kezelés eredménytelen, illetve a felső húgyutak kiürülési mechanizmusa akadályozott.

Babics A.: Az életképes ondószálcák képződéséről. A férfi nemiszerveknek csiratermelő és csirászállító szakaszra való eikülönítő felosztását helytelennek tartja, mert az életképes ondószálcák képződéséhez mindkét szakasz egyformán fontos. Ennek bizonyítására anatómiai tanulmányokat és számos kísérletet végzett. Vizsgálatai szerint sem a herében, sem a mellékherében nincsenek mozgó ondószálcák, azok az ismeretes mozgásukat csak az ondómirigy és prostata váladékának hozzákeveredése után nyerik el. Kísérleteiben megállapítja, hogy az ondószálcák saját tengelykörüli és idegen sejtek vonzása által létrehozott tova haladó mozgással bírnak. Az életképességükre vonatkozólag azt találta, hogy a járulékos nemimirigyek (ondómirigy, prostata) váladékában valami thermolabilis anyag van, mely az ondószálcákat activálja. Kísérleti megállapításai után felveti a kérdést, lehet-e mesterségesen megtermékenyítést létrehozni akkor, ha a férfi nemiszervek csatornarendszere valahol el van zárva, tehát ondószálcák nem ürülnek ki, bár a nemi érintkezések szabályszerűen lefolynak. A herék, mellékherék, ondósinór, ondómirigy bemutatott röntgenfelvételeivel igazolja, hogy ez technikailag alig vihető ki, de ha lehetséges is volna, még akkor is a heréből, mellékheréből származó ondószálcák a járulékos nemimirigyek váladéka nélkül bár értek, de nem élet- és megtermékenyítőképességek.

Burger K.: Felhívja a figyelmet azokra az állatokon tett tapasztalatokra, amelyek ugyancsak azt mutatják, hogy a here tevékenységének nem a testhőmérséklet az optimuma. Ezt mutatták pl. azon esetek, midőn himállatoknak heréjét a scrotumból a hasüregbe visszahelyezték és sterilekké váltak. Egereken tett tapasztalatok is azt mutatják, hogy az egerek hideg környezetben jobban szaporodnak, mint 35°C körüli hőmérséklet mellett. Nem szólva arról, hogy meddők a coitusok akkor, ha az állat scrotumát előzőleg felmelegítették. Felhívja arra is a figyelmet, hogy a legújabb tapasztalatok szerint a spermiumok mozgóképessége nem jelenti egyúttal a termékenyítőképességet is, amint azt újabbban a newyorki Moench, e kérdés alapos ismerője hangoztatta. Az ő véleménye szerint az a körülmény, ha az ejaculatumban a rendellenes spermiumok (nagy- és kisfejú-, duplaféjú-, stb.) 20%-nál nagyobb arányban vannak jelen, már magyarázza a férfi részéről a meddőséget.

Az Országos Közegészségügyi Intézet 1937. évi jelentése.

Közli: *Tomcsik József dr.*
egyet. tanár, min. tanácsos, az intézet igazgatója.

Mindig ünnep nekünk ennek az egész országnkra kihatásában oly hatalmas intézménynek beszámolója, ami — bátran mondhatjuk — egész nemzetünk egészségi állapotáról ad hű képet. Ennek a jelentésnek pedig különösen az ad érdekességet, hogy az év közepére esik az intézet 10 éves fennállásának fordulója, ami módot ad arra, hogy ne csak a lefolyt évről, hanem az elmúlt 10 évről is összefoglaló visszpillantást

adjon. — Örömmel olvassuk a bevezetőben, hogy az intézet is tevékeny részt vett a Népszövetség kiküldötteinek: *Falk* és *Stouman* uraknak azon munkájában, ami nemzetközi arányszámokat, ú. n. „egészségügyi indexeket” volt hivatva megállapítani a nép biológiai állapotának és a végzett egészségügyi munkának egy-egy s így értékelésre alkalmas kifejezésére. *Stouman* úr az év nyarán két hónapon át a mi gödöllői mintajárásunkban végezte tanulmányait, ami nemcsak mély nyomokat hagyott a dán kutató lelkében, hanem kifejezést is nyert jelentésében. Ez indexszámok segítségével sokkal átfogóbban és kifejezettebben tud az intézet és bármely nemzet a maga adatairól és munkájáról beszámolni, mint azt eddig tehette, ami a jelentések, táblázatok rövidülésében is jelentkezik.

Szokás szerint a *tanítómunkával* kezdődik a jelentés. Már a múlt évben rámutattunk arra, hogy e téren a munkalehetőségek bővítésére kívánatos volna a legnagyobb áldozatokat is meghozni. Örömmel vesszük tudomásul, hogy az év közepére elkészült a budapesti Védőnőképző Intézet új szárnyépülete, ami a növendékek számának 30%-os emelését tette lehetővé. Mivel pedig még ez sem volt elegendő az új körzetek védőnőkkel ellátására, *Johan* államtitkár Újszeged parkjában egy hatalmas épületet szerzett meg és megkezdte annak Védőnőképzővé alakítását, hogy már 1938-ban befogadhassa 120 növendékét.

A gyakorlati kiképzés érdekében *Mezőkövesden* 4 szobás házat alakítottak át internátussá s ott nyáron a leendő tisztiorvosok, a többi hónapokban védőnők nyernek elhelyezést és gyakorlati kiképzést. — A *Rockefeller*-alap támogatásával pedig az Intézet telkén kísérleti állattelepelt létesítettek, főleg az influenzakutatásokra szükséges menyétek tenyésztése céljából.

Az egyes tanfolyamok látogatottsága a következő volt: Tisztiorvosi tanfolyamra jelentkezett 92, felvettek 25-öt. Községi és körorvosi tanfolyamra jelentkezett 196, felvettek 85-öt.

A 10 év alatt 259 tisztiorvos szerzett diplomát s ezek közül 219 (85%) helyezkedett el ily diplomához kötött állásokban.

Ápoló és Védőnői tanfolyamon volt összesen 200. Ez évben az 1934-ben felvettek 24-en végezték a tanfolyamot, kik közül 9 férjhez ment, 4-en tanítónővérekül visszatartattak és 17-en helyezkedtek el kint a Zöldkeresztes szolgálatban. Az Intézet most 150-et tud befogadni, a szegedi kb. 50-et.

A *Parasitológiai Osztály* (vezető: *Makara Gy.*) vizsgálatai négyszeresre emelkedtek, közte a malária ugrás-szerűleg. (1937-ben 5040-et jelentettek az eddigi 1500—2000 helyett.) *Tropusi* esetek már nemcsak az északi-keleti, hanem a délnyugati megyékben is fordultak elő s *Zala* és *Szabolcs* fertőzött falvainak 806 iskolása között 280-nak volt nagyobb lépe. Ez már a rendszeres megelőző munkát komolyan szükségessé teszi, minek első lépése a zalai *Letenyén* felállított állomás, s az első tervbevett lecsapolás. — Folytatták az *anchylostomiasis* vizsgálatokat (9718) és jó eredménnyel az iskolások bélféregre vizsgálatát. 5915 gyermek (1—15 év) között 39% *Trichuris*, 9.6% *Enterobius* (*oxyuris*), 8.6% *Ascaris*, 36% *Hymenolepis*, 0.17% *Taenia*-fertőzött volt; — összesen 51%, negatív csak 49%. *De Lőrincz* prof. kiterjedt vizsgálatai rámutatnak arra a fölöttébb érdekes tényre, hogy ott, ahol az emberi friss ürülékkel bejutó féregfertőzés gyakori (vannak 62—80—90%-os fertőzött falvak!), ott a bakteriális fertőzések (typhus, dysenteria) is gyakoribbak és mindkettőnek oka kétségtelenül a primitív vagy nem is létező árnyékszékrendszer.

A *Bakteriológiai Osztály* (vezető: *Lovrekovich I.*) anyagának 72%-a typhusvizsgálat volt s munkájának 55%-át a bacillusgazdák felkutatása képezte (20.103 egyénben 353-at találtak). Nincs még egy olyan ország, ahol még a falvakban is hozzánk hasonló alapossággal kutatnak fel a fertőző betegségeket, hiszen egy bejelentett typhusbetegre 1.6 vér és 1.5 székletrvizsgálat esik. A typhus-védőoltásokat igyekeznek egyszerűsíteni. Úgy látszik, a csapadékos oltóanyag ép olyan jó, mint a vaccina. Az év végéig 741.430 ccm. vaccinát adtak ki. — *Partypus*ra 610 székletr (+216), 478 vizeletet (+34) és 95 vért (+13) vizsgáltak. *Dysenteria*ra 1105 székletr vizsgáltak (+55). *Diphtheriás* betegre vonatkozó vizsgálatok nagyot csökkentek (1932-ben 27.000, 1937-ben 8500). *Typhus exanth.*-ra 83 végvizsgálatot végeztek (+31 = 26 beteg); *Bang-fertőzés* 13 esete közül 5 bizonyult + -nak.

A *Serológiai Osztály* (vezető: *Oláh G.*) több mint 300.000 gyermek *diphtheria* elleni oltására adott ki anyagot s 22.297 gyermeket oltottak vörheny ellen az ő serumukkal. Kísérlet alatt áll a számarhurut és a *tuberculosis* elleni védőoltás; utóbbiban 12.000 gyermek részesült. A *latens lues* esetek felderítésére bevezették a falusi egészségvédelmi szolgálatban is a terhesek vérvizsgálatát és 2.5% vérbajost asszonyt találtak. Szomorú érdekességű, hogy egy járás 537 iskolás gyermekének átvizsgálásakor 11-ben (2%) találtak pozitív *W. R.-t.* 232 szállodai, vendéglői olyan alkalmazottban, kiktől semmi s.-gyanú sem volt jelezve, 56 esetben (24%) bizonyult pozitívnek a vérpróba; 103 ugyanilyen tünetmentes baba közül pedig 4-ben (3.8%).

A *Chemiai Osztály* (vezető: *Schulek E.*) a tisztiorvosok megkeresésére egyre fokozottabb mértékben kapcsolódik bele a gyógyszerárak helyszíni ellenőrzésébe. 229 patikában 956 gyógyszert vizsgáltak meg, melyek közül 257 nem volt megfelelő; ez az arány nem haladta meg a múlt évit. Sikeresen folytatódott a javulás az *OTI.* részére végzett vizsgálatokkal kapcsolatban; kívánatos volna hasonló módon a kórházi nagyobb gyógyszer szállításokat is az osztállyal ellenőriztetni. Egy táblázat érdekesen mutatja a 10 év alatt végzett különböző vizsgálatokat és azok eredményeit: míg 1928-ban a gyógyszerkülönlegességek 40%-át kellett kifogásolni, 1937-ben már csak 17.8%-ot; gyógyszerekből 1928—31-ig átlag 19—20%-ot, 1937-ben csak 17%-ot; a biológiailag ellenőrzött készítményekből 1931—33-ig átlag 10—16%-ot, 1937-ben a vizsgálatok megháromszorozódása mellett 24%-ot, ami részben az ily készítmények új fajtáinak megjelenésére, részben egyre újabb gyártók kezdő próbálkozásaira vezethető vissza. Éppen így feltűnő a vitamin-készítményeknek túlnyomóan meg nem felelő volta.

Nagyon örvendetes az osztálynak az *Iparügyi Minisztériummal* s a *Központi Vámigazgatósággal* megértő együttműködése a gyárak és a laboratóriumok helyszíni ellenőrzése, ami a gyártmányok magyar ipartermékké nyilvánítása, s külföldi készítmények behozatala és itteni csomagolása terén van hivatva rendet teremteni. Bár csak ez a megértő közös munka tenné lehetővé a közegészségügyi és ipari és kereskedelmi érdekek látványos ellentéteinek is kiegyenlítését a mérészekkel való kereskedés terén, hogy az évtizedek óta szegénytelenesen késő, sőt a már alig elnyomható gyanú szerint anyagi érdekekből visszatartott „mérge-rendelet” is végre megjelenhetné és rendet teremthetne a nálunk uralkodó dzsungelben.

Új osztályként alakult meg az *Influenzakutató Osztály*, melynek vezetője *Dr. R. M. Taylor*, a *Rockefeller-*

alapítvány kiküldötte. Mivel az influenzavírus tanulmányozására a fehéregerek, de különösen vadászmenyettek alkalmasak, ilyenek tenyésztéséről kellett mindenekelőtt gondoskodni, amiről már megemlékeztünk. — A csak megkezdett és még folyamatban levő vizsgálatokból korai volna még következtetéseket vonni. Egyelőre a fellépő járványok kapcsán nyert vírusok izolálására, típusaik tanulmányozására és a velük megejthető immunizálás lehetőségének felderítésére törekszenek. A nehézségek már is mutatkoznak pl. abban, hogy az 1937. évi enyhe járványunk alatt izolált ötféle vírus ha hasonló is az Angliában és Amerikában nyertekhez, antigen-sajátságaikban azoktól, sőt még maguk között egymástól is lényegesen különböznek. Tehát az egyik törzzsel erősen immunissá tett állat még nem ellentálló egy másik törzzsel szemben. — A londoni „Nat. Inst. f. Med. Research.” által rendelkezésünkre bocsájtott immun-virussal beoltott 306 egyén véreben ugyan az immunanyagok erős emelkedése volt kimutatható, de az egyének csekély száma és a járvány enyhe volta nem engedi meg komolyabb következtetések levonását.

Az osztály munkája iránt, ami Taylor dr. szívós és pontos dolgozását és Dreguss dr. szaksegédjének külföldön szerzett tapasztalatait dicséri, külszországokban is nagy az érdeklődés s az Intézetet e miatt sokan keresik fel hetekre, hónapokra.

Az alig pár éve működő *Vízügyi Osztály* (vezető: Jendrassik Aladár) ez évben is derekas munkát fejtett ki, miről egy hatalmas táblázat kútkataszttere tesz bizonyosságot, mely 33.297, javarészt falusi kút adatait tünteti fel s már 1042 „jó ivóvíz”-es táblájú kútról számol be. Ez ugyan még édes-keves, de tekintve azt a felélenkült közérdeklődést, amit az osztály nyilvánosságra hozott adatai társadalmi-, politikai- és kormánykörökben keltettek, s aminek hatása alatt az ország vízellátására fordított költségvetési tételek egyre emelkednek (1937—38-ban már 300.000 pengő). Ennek következtében a kútépítések ezévi száma 256-ra növekedett. Egy aknás kút átlag 480 pengőbe, egy fúrott kút 1810 pengőbe került; létesítettek 166 fúrott-, 72 aknáskutat, 16 forrásfoglalást és 8 vízvezetést. Ezenkívül befejezték a Hévíz Szt. András vízvezeték építését 169.529 pengő összköltséggel, ami utánzásra érdemes mintája a kisebb vízműveknek.

A vízügyi osztállyal karöltve dolgozott az *Egészségügyi Mérnöki Alosztály* (vezető: Vass E.). Ez a jelentés az évkönyv legérdekesebb fejezete, mely fényképekben, egészségügyi alaprajzokban és kitűnő grafikonokban számol be az alosztály eddigi működéséről. Hat kisebb, 2—6 szobás és két nagyobb, 10—15 szobás egészségház terveit mutatja be és magyarázza el igen tanulságos módon. 1937 végéig 21 egészségházat, 1 tudógondozót, 1 üdülőiskolát és 1 gyermeküdültetőt építettek.

Míg 1935-ig az egészségházak építése volt a főgondjuk, ettől fogva a kutak és vízművek létesítésére fordítanak nagyobb összeget. 1937 végéig 644 kút készült el: 26 forrásfoglalás, 10 vízvezetés, 368 ázott kút, 4 vert kút és 236 fúrott kút. A jóval olcsóbb vert kutak nálunk nem válnak be, mert az állatitatus vízszükségletét nem tudják fedezni és a fagy veszélye jobban fenyegeti őket. Az ázott kutak összetett mélysége eddig 3500 méter, a fúrottaké 15.000 méter. Ezt az 1935 óta meggyorsított tevékenységet mutatja az is, hogy az 1937 végéig felhasznált 950.000 pengőből csak 250.000 pengőt fordítottak egészségházakra, míg a többi 700.000 pengőt ivóvízellátásra költötték. Követendő eszmeként közli a jelentés a zalaszentgróti „Hősök kútját”, mi a község főterét díszíti s egyben az élők elemi szükségletét elégíti ki a belőle állandóan csorgó kitűnő ivóvízzel.

Balaton-Almádi tervezett vízvezetéke számára eredményes feltérési munkákat végeztek, minek eredménye 3 vízterületből 684 percliter, vagyis naponként 986.4 köbméter, ami kb. 10.000 lakos számára elegendő. A hévízszentandrási vízmű 84 méter mély fúrott kútja is kb. ennyi vizet szolgáltat, de 41 C°-osat és kéneset, úgy hogy hűteni és szellőztetni kell.

A *Járványügyi Osztály Petrilla Aladár dr.* vezetése alatt ez évben is igen nagy munkát végzett, miről a jelentésben számos érdekes táblázatban számol be. Ez évben érkezett 1933. óta legkevesebb „Jelentő lap” az intézetbe; variola, cholera, pestis, sárgaláz, lepra, f. recurrens és malleus egyáltalán nem fordult elő.

Exanthematicus 24 fordult elő, ebből 20 Borsodban, a miskolci járás egy községében, február—márciusban, kizárólag cigányok között zajlott le halálozás nélkül.

Typhus 9039 volt 10.4% halálozással, a legtöbb Nógrádban (Salgótarjáni járás). Érdekes, hogy Hajdúmegyében, ebben a typhus-fészekben a nagyszámú védőoltás miatt az esetek száma az országos átlag alá süllyedt. A salgótarjáni járványt (102 eset) egy szikvíz-üzem tartotta fenn, melynek kútja szennyezettnek bizonyult. Kutatva a kút körül lakó bacillusgazdákat, kiderült, hogy ezek egyikének pócegödreből a fluorescein már az első 24 órában belekerült a szikvízüzem kútjába. A mohácsi járványt (131 eset) az okozta, hogy a kórház szennyvízcsatornája a város fölött ömlik a Dunába, s annak vizét még ½ kilométerrel lejjebb is fertőzöttnek találták, mi megmagyarázza az évről-évre ismétlődő typhus-eseteket. De 1937 elején ez a csatorna ki is lyukadt, leve a partmenti lasúbb vizet erősen szennyezte, amiből a lakosság merített s ez lobbantotta fel a járványt.

Paratyphus 232 (3.4% m.), *dysenteria* 4970 (13.7½ m.), *diphtheria* 7338 fordult elő egyre csökkenő számmal, sőt csökkenő halálozással (5.2%). Ez utóbbi tekintetében messze túlszárnyaljuk már az összes nyugati államokat, ami a nálunk nagy tömegben keresztülvitt védőoltásoknak tulajdonítható.

A *scarlatina* némileg csökkent 11.369 esettel, 1% halálozással. *Morbilli* feleannyi volt (17.586), mint a múlt évben (0.4%). A többi fertőző betegségek is a rendes számok alatt maradtak s enyhébb lefolyásúak voltak.

A jelentés II. fejezetében az Intézet *vidéki állomásainak és jogosítványos kórházi laboratóriumainak* jelentései következnek. Az eddigi 7 állomás a gyulai és szombathelyi új állomásokkal 9-re szaporodott, de ennek ellenére némelyik munkája 5—10%-ot, másoké 15—35 %-ot emelkedett, jelölül annak, hogy ez új állomásokra nagyon is szükség volt. Munkáikról két közös táblázat és számos egyéni táblázat számol be, melyek átlag 15—37.000 beküldött anyag még nagyobb számú vizsgálatáról tesznek tanulságot, nem is szólva a megejtett védőoltásokról. — A kitűnő központi vezetés (Lovrekovich J.) következtében az állomások lelkes és többnyire habilitált főnökeik szakszerű vezetése alatt valóban, mint a nagy intézet egy-egy kis tükörképei működnek és áldásosan tehermentesítik a központ országos munkáját.

Külön érdekességű a *letenyi maláriavizsgáló állomás* jelentése (Makara Gy.), hová már ez évben 525 bejelentés érkezett. Ez azonban az esetek egyhuszad—egyted része, hiszen a letenyi járás 30 községében nincs orvos! Az állomás munkája nemcsak az iskolás-gyermekek és lakosság vizsgálatában merül ki, hanem az anopheles-telepek felderítésére; valamint a gazdaszúnyogfajok megismerésére (27.420 szúnyogot vizsgáltak meg) és ismeretlen kérdések megoldására is kiterjed. — Örvedetes, hogy e munka következtében már

1938-ban a déli és nyugati mocsaras rétek lecsapolása megindult s azóta részben befejeződött.

Az intézet hatalmas tudományos munkát fejtett ki, miről 47 közlemény tanuskodik és többszáz congressusi, orvosi és természettudományi társaságbeli előadás tesz tanúságot, nem említve a különböző tanfolyamokon és a rádióban „egészségügyi kalendárium” címen tartott előadásokat. — A párisi világkiállításon is elismerést keltő módon vettünk részt s az ide készült becses anyagot kibővítve és rendezve, vidéki vándorkiállításokra fogják felhasználni.

Az intézet könyvtára 490 kötetel gyarapodott (közte 217 folyóirat) s ez évben 10.200 kötetre emelkedett.

Az évkönyvnek felét a külső munkákról szóló jelentések teszik ki, mintegy 150 oldalt, melyeket Gaál András dr. foglalt össze mesteri módon Wacker Alexandra és Boros Margit segítségével a védőnői munkáról és Stur István dr.-al az iskolafogorvosi munkáról. — 1937-ben 50 új körzetben indult meg a munka; az év végén már 177 körzetben (tavaly 127-ben), 487 községben (tavaly 378-ban) folyt a munka. 46 dunántúli, 82 alföldi és 49 északi körzetben. A körzetenkénti átlagos lélekszámot helyesen csökkentették 6150-re. Az összes körzetek 1,354.344 lakost öleltek fel; a születési arányszám 20.9, a halálozási 13.5, a szaporodás 7.4 volt. Ez a munka 367 orvost (tavaly 222) foglalkoztatott és 177 védőnőt. 114 egészségház és 367 tanácsadó helyiség állott rendelkezésre. Tekintélyes számokban és gondos statisztikában foglalkozik a jelentés a terhés-, anya- és csecsemővédelemmel, a tuberculosissal, fertőző betegségekkel és nemibetegségekkel.

Ezen összefoglaló bevezetés után az egyes körzeti jelentések következnek megyénként a maguk meghatóan sokatmondó rövidségükben. Mindegyikből kicsillan a vezetők és közreműködők lelkesedése és a siker önérzete. A) alatt az 1937. előtt már működő körzetek jelentései (127), B) alatt az ezen évben megindult körzetek (50) jelentései csoportosítottak; ez utóbbiak érthetőleg még hosszabbak, még lelkesebbek. Sorukat a Tüdőbeteggondozó Alosztály első évteljesítménye zárja le, mit Petrányi Győző dr. terjeszt elő. Az év folyamán 6 új gondozót létesítettek, Tokajban 70 ágyas iskola-üdülő, Békéscsabán 40 ágyas, Baján pedig 80 ágyas gyógyiskola létesült különböző egyesületek s a liga segítségével. Összesen 72 tüdőbeteggondozó működik már az országban, melyekben 300.000 új beteg jelentkezett, de ezek elég nagy százaléka még átszervezésre szorul. „Mert nem tekinthetjük gondozó intézetnek azt — mondja őszintén a jelentés —, ahol légmellkezelés nem, vagy alig történik, ahol a Röntgenhez, az átvilágításhoz nem értenek, vagy ahol a gondozó várószobája a kórház folyosója, vizsgálója pedig a gipszelő szoba.” Az ily gondozók átszervezése az osztály legnehezebb feladata, a gondozó-orvosok kiképzése legfőbb gondja.

Az évkönyvet 3¼ ívnyi terjedelemben, német és angol nyelvű kivonat zárja be, ami a mindenütt előforduló háromnyelvű táblázatokkal együtt a Népszövetség és a külföldi érdeklődők egyre növekedő érdeklődését van hivatva kielégíteni.

Avval az elégtűl, sőt büszke érzéssel válunk meg a 410 oldalas jelentéstől, amit a jól végzett és helyes mederben vezetett munka kelt bennünk és hálát érzünk kicsinyek és nagyok iránt, akiknek ezt köszönhetjük. Egy fájdalmas sóhaj röppen el ajkunkról a mult mulasztásaiért és bizalommal tekintünk jövőnkbe. Mert hogy a nemzet és ország jövője a nép egészségében rejlik, avval ma nemcsak az orvos, de mindenki tisztában van — elméletileg Adná az Isten, hogy a gyakorlatba is át-

vinnénk minél előbb ezt a meggyőződésünket, annyit áldozva népünk egészségére, amennyit az megérdemel. Ennek az ügynek munkáit pedig hadvezéreknek, hősöknek kijáró tisztelet és elismerés illeti meg.

Vámossy prof.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift. 12. sz. Böger A. és Wezler K.: A magas vérnyomás különböző alakjainak osztályozása a keringésmechanikai szempontok szerint. — **Edens E.:** Keringési zavarok a kéthegyű billentyű bántalmaiban. — **Jahn D.:** Újabb ismereteink a májanyagcsereéről alkati és központi idegrendszeri betegségekben. — **Stapp W. és Schroeder H.:** C-vitaminszükséglet és C-hypovitaminosis. — **Altenburger E. és Wendt H.:** A-vitamin és Reid—Hunt-reactio. — **Diehl F. és Neumann H.:** Az emberi agyvelő C-vitamintartalma különös tekintettel a vegetatív centrumokra. — **Diehl F. és Kirchmann L.:** Vegetatív endokrin systema és vitaminháztartás egymáshoz viszonyítva. — **Einhauser M.:** Altatószerek méreghatása és mellékvesekéreg. — **Illmann G. és Wendt H.:** Diabetes mellitus évekig tartó remissióval. — **Papayanopolos G. és Schroeder H.:** A thrombocyták száma nagymennyiségű C-vitamin intravenás befecskendezése után. — **Pies R. és Wendt H.:** Hemeralopia vizsgálatok. — **Steigerwald F.:** B₁-vitamin befolyása a májsejtek glykolysisére. — **Curschmann H.:** A vesecholesterin viselkedése tengeri és napfürdők után. — **Katsch G. és Krainick H. G.:** Az intermediaer zsírsavcsere élettana és kórtana. — **Weitz W. és Warnecke H.:** Vizsgálatok az ekg-csipkék nagyságának változásairól a szív különböző telődési állapotaiban. — **Grunke W.:** Heparin kimutatása a vérben. — **Zothe H.:** Vizsgálatok egy új praeparatum értágító hatásáról.

Münchener Medizinische Wochenschrift. 12. sz. Stepp W. és Kirchmann L.: Chinidin sympathol a pitvarcsillóság kezelésében. — **Grab W.:** Állatkísérletes vizsgálatok cyrenel egy női sexualhormon hatásával bíró synthetikus vegülettel. — **Einhauser M.:** Súlyos égési sebek kezelése mellékvesekéreghormonnal és C-vitaminnal állatkísérletben és klinikán. — **Ehrhart G., Ruschig H. és Rigler R.:** Cortenil, a mellékvesekéreg synthetikus hormonja. — **Zahler H. és Litzka G.:** Klinikai kísérletek synthetikus Corticosteronnal. — **Rosenfeld M.:** Vegetatív rendszerek és psychikus zavarok. — **Wigand R.:** Szövetelhalás arrosiós vérzéssel pneumoniás betegnek adott izomkölti chinininjectio után. — **Friedrich H. és Peters H.:** A májcirrhosis kezelése nyers étrenddel. — **Ulrich J.:** A szíverő egyszerű regisztrálása és mérése. — **Assmann H.:** A nikotinártalom. — **Haedenkamp K.:** A gyógyítási szabadság megszüntetése Németországban.

Deutsche Medizinische Wochenschrift. 12. sz. Munk F.: Az arteriosclerosis kórtana és gyógyítása. — **Pfleiderer H.:** Ibolyántúli fénybesugárzások nyáron, különösen gyógyhelyeken. — **Maliwa E.:** Az „Ostmark” balneológiája és orvosi klimatológiája. — **Curschmann H.:** Anyagcsere és C-vitaminháztartás vizsgálatok hideg tengeri, valamint meleg víz és iszapfürdők után. — **Emmerich R. és Hebestreit E.:** Gyógyanyagok alkalmazása a gyakorlatban physikai tulajdonságaik alapján. — **Pein H.:** Az oedema elkülönítő kórisméje. — **Arnold A.:** Kezelés áramló forró szénsavval. — **Speckmann K.:** Intraventricularis ingervezetési zavarokban szenvedő szívbetegségek élete és hivatáslehetőségei. — **Hassenkamp E.:** A szívérzések differenciáldiagnosisa és terapiája. — **Herkel W.:** Szívbetegségek fürdőkezelésének javallatai és ellenjavallatai újabb kísérleti eredmények alapján. — **Frank:** A betegszoba.

Wiener Klinische Wochenschrift. 12. sz. Kovarschik J.: Onémet fürdőhasználat. — **Erlsbacher O.:** Idült ízületi gyulladások kezelése rubrophennel. — **Ensbrenner G.:** Gleichenberg gyógyfürdő gyógytényezői és javallatai. — **Gerke O.:** Újabb kutatási eredmények Gastein-ről. — **Glaser E. és Ranftl F.:** A Bad-Hall-i Tassilo-forrás méregtelenítő hatása. — **Heiner M.:** Izületi bajok kezelése. St. Joachimsthal radiumfürdőben. — **Löwenstein W.:** A hő hatása a gyomor-elválasztásra. — **Maliwa E. és Holy F.:** Fermenthatások katalytikus gyorsítása badeni thermalvízzel. — **Mayer M.:** Deviatiók chronikus ízületi bajokban. — **Sandner R.:** A franzensbadi vas- ásványiszap és gyógyhatása. — **Schindler W.:** Természetes és mesterséges gyógytényezők a primaer-chronicus polyarthritissal kezelésében. — **Smital W.:** Tatzmannsdorf; a szív és női betegségek fürdője. — **Zimmermann O.:** A valódi köszvény klinikája, étrendi és fürdőkezelése. — **Zörhendörfer K.:** Marienbad.

NYÁRAJUNK
BÁLIONMÁDIBAN

Mind a három részt olvashatban a befizetőnek kell kitölteni.



M. kir. Postatakarékpénztár

S

Elismervény

_____ pengő _____ fillér, azaz

_____ P _____ f-ről, mely

összeget

22.968

számú

csekk számlára a mai napon befizették.

A csekk számla tulajdonosának neve és lakcíme:

Orvosi Hetilap, Budapest



A postaalkalmazott aláírása:

S

M. kir. Postatakarékpénztár

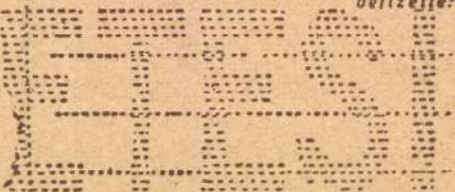
Értesítő-lap

_____ P _____ f, azaz

_____ P _____ f-ről

22.968

sz. csekk-
számlára
befizette:



Ptp. 321—1.

M. kir. Postatakarékpénztár

S

Könyvelési szelvény

_____ P _____ f-ről.

22.968

sz. csekk számlára a mai nap befizette:



BALATON ALMÁDIBÓL



LEGSZEBB
"KIRÁNDULÓ" HELY
HORTHY - KILÁTÓ

A befizető díjmentes magánközleményel:

BALATONALMÁDI

szép-olcsó-dívaros,
érdeklődés,
szobafoglalás,
villabérlet

BUDAPESTI
EXPOSITURA
IV. TÜRRI ISTVÁN

U. 4.

TELEFON: 4-883-77.

Stádium Rt., Budapest.



Medizinische Klinik. 12. sz. Hamburger F.: Oxyuris neerosis. — *Campanacci D.:* Egy emberre átvihető sertés-betegségről. — *Berger W. és Leubner H.:* A hörghurut különböző alakjai és kezelése. — *Külbs F.:* Intramuscularis ártalmak következményei. — *Kühnau W.:* Adatok a disceptal-neuritis klinikájához, keletkezéséhez és megelőzéséhez. — *Plügge H.:* A Guillain-Barré-szindróma tünetana. — *Lauda E.:* Idült enterocolitisek lázkezelése. — *Saupe E.:* Mellékpankreas által okozott gyomorpolypus. — *Rufferath W.:* A csecsemőinvaginatio operatív kezelésének kérdéséhez. — *Urbach H. és Lippross O.:* Betegszoba berendezése a magánlakásban.

La Presse Médicale. 22. és 23. sz. Binet L. és Bochet M.: Mesterséges tüdők. — *Olmer D. és J.:* Ikterogen spirochaetosis és májcirrhosis. — *Gauthier Villars P. és Marthe-Lamy:* A féregnyulvány endometriosisa. — *Ramond L.:* Juxta-scissuralis congestiv tüdőgóc. — *Raymondau:* Bányahygiene és silicosis. — *Nobécourt P. és Hagnenau J.:* Elhíjasodott gyermekek koponyájának, főleg a töröknyeregnek radiológiai jellege. — *Macquet P. és Lecoq P.:* Congenitalis ureterszűkületek. — *Remlinger P.:* A veszttség ellenes kezelés indicatója a gyakorló orvos szempontjából. — *Hoffer H.:* Néma gyermekek gyógynevelésének.

The Lancet. márc. 25. A. J. Gardham: A buccalis neoplasmák osztályozása a kezelésre és a prognózisra tekintettel. — *G. E. Blaumont és J. D. Robertson:* Anginalis tünetcsoport hyperthyreoidismus következtében. — *H. Dodd és J. T. Hunter:* Cyclopropan „alvás” percin spinalis érzékeléssel nagyobb hasmütetekben. — *B. R. Clarke és D. W. Wallace:* Tüdőtuberculosis. — *A. Caplan és W. B. Roantree:* A vékonybél szűkülete. — *F. J. Neuwahl:* Post-enkephalitikus parkinsonismus kezelése bulgár belladonnával.

British Medical Journal. márc. 25. J. H. Buin: Analeptikumok és sympathomimetikus anyagok. *W. Esmond:* Weil-betegség szénbányászokban. — *A. F. Sladden:* Weil-betegség Dél-Wales-ben. — *H. A. T. Fairbank:* A congenitalis csipő disociatio korai felismerése. — *J. H. Crawford:* Pneumococcus-pneumonia, tüdőtuberculosisist complicáló esetének kezelése. M. d. B. 693-al. — *R. U. Gillan:* A szemészeti lelet prognostikus jelentősége a magas vérnyomásos esetekben. — *R. W. Raven:* Az emlőrák klinikopathológiás osztályozása.

The Journal of the American Medical Association. márc. 4. B. Tinker és M. B. Tinker jr. stb.: A femur nyakának törése. — *R. E. Ellum és D. O. Weiner:* Intravenás táplálás. — *R. P. Mackay:* Idült, spinalis adhesiv arachnoiditis. — *H. E. Bacon:* Extrarectalis metastasok felső abdominalis és emlőrák következtében. — *B. T. King:* A bilateralis abductor köteg bénulásának functió helyreállító új műtete. — *H. A. Shecket és A. E. Price:* Végzetes granulocytopenia sulfanilamid adagolás után. — *W. E. Simpson:* Strongyloidiasis. — *A. H. Gundersen:* 75 évesnél idősebbek prostata megbetegedésének kezelése.

VEGYES HIREK

Előfizetés megújítása vagy tartozások kiegyenlítése céljából ma chequet mellékelünk minden lapszámunkhoz. Ez ne érintse és ne sértse azon kartársainkat, akiknek előfizetése rendben van, különválasztásuk sok munkával járt volna, s így nem volt indokolt. Kérjük kartársainkat tartozásaik rendezésére, illetve előfizetésük pontos beküldésére, mert egyre növekvő kintlevő követelésünk komoly zavart okozhat az Hetilapunk fenntartásában.

Személyi hírek: A kormányzó a miniszterelnök előterjesztésére *Manninger Vilmos dr.* egészségügyi főtanácsos, egyet. rk. tanárnak a közegészségügy terén kifejtett értékes működéséért a magyar érdemrend középkeresztjét adományozta. A kormányzó megengedte, hogy *Telbisz Albert dr. m. kir. horvád ezredorvosnak* legmagasabb elismerését tudtulatadják. *Johan Béla dr.* belügyi államtitkárt Nagymágocs község díszpolgárává választotta.

A Népszövetség egészségügyi osztályának tevékenysége. (League of Nations. Chronicle of the Health Organisation. 1939. I. 4. sz.)

1. Az Egészségügyi Osztály igazgatója *L. W. Rajchman dr.*, aki az egészségügyi osztály megalakulása, azaz 1920 óta fáradhatatlan energiával és hozzáértéssel vezette az osztály ügyeit, megvált állásától. Helyét ideiglenesen *R. Gautier dr.* tölti be.

2. A Bogotá-ban tartott Pán-amerikai Egészségügyi Conferentia kérésére a *biológiai standardokat* a délamerikai államok részére ezentúl Buenos-Aires Bakteriológiai Intézete fogja szétosztani.

3. Az európai Falu Egészségügyi Conferentián közreműködésüket megígérték: a) az Orvosok Nemzetközi Egyesülete, amely a *falusi orvosi gyakorlat* több kérdését fogja tárgyalni; b) a nemzetközi Vörös Kereszt Egyeslet, amely az *Iffjúsági Vörös Kereszt falusi nevelő munkájáról* fog beszámolni.

4. A Nemzetközi Halálloki Nomenklatura revisióját végző bizottság megbizta a legközelebbi, 1948. évi revisiót előkészítő albizottságot, hogy a halálloki nomenklaturán kívül készítsen *nomenklaturát a betegségek osztályozására* is, amelyet kórházak, betegségi biztosító intézetek, katonaság, stb. használhatnak és amely lehetővé tegye a betegségek előfordulásának nemzetközi összehasonlítását.

5. Az 1939. évi *New-York-i világhiállítás*on a Népszövetség is részt vesz és az öt kiállítási terem egyikét az egészségügyi munka bemutatására tartják fenn.

6. Az egyiptomi hatóságok kérésére egy szűkebb bizottság foglalkozott a *bilharziasis elleni védekezés* kérdésével. A bizottság véleménye szerint a jelenlegi tudományos felkészültségünk mind az epidemiológiai, mind a kezelés és megelőzés terén alkalmas arra, hogy a bilharziasis ellen sikerrel védekezzünk, de nagy nehézséget okoz az a körülmény, hogy a betegség epidemiológiája a különböző területeken a népesség életkörülményeinek változatossága szerint más- és más, a kezelés hosszadalmas, fájdalmas és nehezen vihető keresztül, a megelőzés pedig igen költséges. Ezért szükségesnek látszik elsősorban a hatósági orvosok kellő oktatása, amelyet erre a célra készült monographia szétosztásával kell megindítani, amely felöleli a betegségről és a köztigazdaként szereplő csigafajról szóló ismereteinket. A bilharziasis megelőzése nem választható el a falusi hygienés viszonyok általános javításától és ezért az erre vonatkozó kutató és felvilágosító munka legyenek a további lépések.

7. Nyomás alatt van *E. J. Bigwood* prof.-nak a *néptáplálkozásról* szóló könyve. (Guiding Principles for Studies on the Nutrition of Populations). A könyv irányadó a néptáplálkozási adatfelvételek és azok analízisa terén és ezekre vonatkozó javaslatokat is tartalmaz.

8. A legutóbb megjelent „Bulletin” (1938. 6. sz.) főként a *Falu Egészségügyi Conferentia* kérdéseivel foglalkozik. A Conferentia, amelyet 1939 őszén tartanak meg, főként a közegészségüggyel, táplálkozással, demographiával, földművelésügyi, építkezési és nevelésügyi kérdésekkel, valamint a falusi orvosi gyógyítás és megelőzés kérdéseivel foglalkozik. A Bulletin közli ezenkívül a *de Barros Barreto*-nak a *falusi orvosi gyakorlatról* szóló cikkét, a legújabb *Nemzetközi Halálloki Nomenklaturát*, valamint *L. W. Hackett*-nek és társainak a *malaria elleni védekezés természetes eszközeiről* szóló, főként falusi vonatkozású közleményét.

Petrilla Aladár dr.

Iskolaorvos és egészségügyi tanfolyam. A Pázmány Péter Tudományegyetem Közegészségügyi Intézetében hirdett „iskolaorvosi és egészségügyi tanfolyamra” kellő számú jelentkezés történt, ezért a hirdetett időben, *április 17-én* megkezdődik. Kérvényeket az ezidei orvoskari dékán (*Belák Sándor* prof.) úrnak címezve, a Közegészségügyi Intézetben, VIII., Esterházy u. 9. kell benyújtani, illetve elküldeni *április 15-ig*. A tanfolyamra személyesen *április 17-én d. u. 1/25 órakor* kell jelentkezni.

A falu orvosának problémái. A Magyar Országos Orvosok Népszövetség közösi és körorvosi szakosztálya a közegészségügyi intézetben március 25-én ankétot rendezett, amelyen a magyar falu egészségügyét és a falusi orvosok helyzetét vitatta meg. Az értekezleten a belügyminisztériumot dr. *Szemerjay-Kovács Dénes* miniszteri tanácsos képviselte, a budapesti egyetem részéről *Belák Sándor dr.* orvoskari dékán jelent meg, ott voltak még *Burger Károly* szülészprof., *Tomcsik József*, az Országos Közegészségügyi Intézet igazgatója, *Keller Lajos*, az Stefánia Szövetség igazgatója, *Huzella Lajos* és *Szaller Miklós* tisztifőorvosok, *Berzsenyi Zoltán* közkórházi igazgató főorvos, *Keleti József*, a MABI. főorvos igazgatója és még sokan mások. *Mutschenbacher Tivadar* professor elnöki megnyitója után *Kerbolt László* a falu orvosának socialis és gazdasági helyzetéről értekezett, vázolta a nehéz helyzetben lévő falusi orvosok küzdelmét a falusi nép korszerű egészségügyi ellátása érdekében. *Szaller Miklós* tisztifőorvos hozzászólásában hangsúlyozta, hogy a körorvosok adminisztrációs munkájának egy részét átvehetik a községi jegyzők, majd *Albusz Frigyes* „Az orvosképzés és továbbképzés a falu orvosának szempontjából” címmel tartott előadást, rámutatva arra, hogy a nehéz körülmények között dolgozó falusi orvos modern segédeszközök hiányában kizárólag saját magára van utalva s ezért sokoldalú

FAGIFOR „Cito“ lag. orig.

Calcium sókat tart. jóízű mentholos kreosot syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

„CITO“ gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV.

ismeretre, nagy önállóságra és elhatározóképessegre van szüksége. *Burger Károly* professor hangsúlyozta, hogy az egyetemen is szem előtt tartják a gyakorlati kiképzés fontosságát, de emellett az elméleti oktatás színvonalát is magasban kell tartani. *Belák Sándor* orvoskari dékán szerint az egyetem főfeladata az, hogy természettudományos gondolkodásra felépített ismeretekre tanítsa a medikust, mert az egyes szakmában történő gyakorlati kiképzés már további munka feladata. Az egyéni rátermettség és a lelkiismeretesség fontosságát hangsúlyozta s azt tartja a legjobb falusi orvosnak, aki vidéki közkórházakban töltött hosszabb időt. *Keleti József* MABI főorvos-igazgató magaévá tette *Burger* és *Belák* professorok irányelveit, majd *Tomcsik* professor emelte ki a falusi orvos nagyértékű munkáját. Ő is elismeri a kórházi szolgálat fontosságát. *Földessy Zoltán*, *Hampel Ferenc* és *Máday István* egyetemi m. tanár felszólalása után az értekezlet véget ért.

A Magyar-Finn Társaság Orvostudományi Szakosztálya tisztikart választó közgyűlést tartott. A szakosztály tiszteletbeli elnökévé: *Darányi Gyula* professort, az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottságának elnökét, elnökévé: *Keleti József* MABI főorvos-igazgatót, alelnökévé: *Szimnyey József* közkórházi főorvost, főtitkárává: *Korbuly György* az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága titkárává, a két megüresedett választmányi tagságra: *Morelli Gusztáv* egyetemi magántanárt és *Gaskó Dezső* székesfehérvári Tüdőbeteg-gondozó Intézet adjunctusát választották meg.

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik március 21—27. között. Ezen a héten ismét sok betörési front érkezett. A hét első és utolsó napján egy-egy erős fejlettségű front vonult át. Hétközben a frontok többsége csak gyenge fejlettségű volt, de halmozott fellépésük mégis jelentékeny reakciókat válthatott ki a betörési frontok iránt érzékeny egyénekben. Ezzel szemben a felsiklási frontok iránt érzékenyek reakciói csak a három utolsó napon jelentkezhettek, amidőn a déli meleg légtömegek a magas rétegekben megjelennek és egyenletes felsikló mozgásukkal langyos tavaszi esőt hoztak létre. A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatók.*

Atvonulás ideje Budapestben			A front lajtája	Fejlettsége	Kisérő eseményei*
hó	nap	óra			
Március	21	12	betörési	gyenge	Egy szélökés, 8 m/mp.
	22	3	..	mérsék.	Pros frontalis szélrohamok, 10 m/mp.
	22	9	..	gyenge	Szélélénkülés.
	22	12	..	erős	Postfrontalis szélvihar 20 m/mp.
	23	6	..	gyenge	Uj szélrohamok.
	23	8	..	mérsék.	Szélökések, max. seb. 11 m/n.p
	24	8	..	gyenge	Kis szélrohamok egész délelőtt.
	24	19	..	mérsék.	Uj szélrohamok, 10 m/mp.
	25	2	..	gyenge	Kis szélrohamok, 6 m/mp.
	25	4	..	gyenge	Uj szélrohamok, 9 m/mp.
	25	7	..	gyenge	Kis szélrohamok.
	25	9	..	mérsék.	Szélrohamok, max. seb. 13 m/mp.
	25	16	..	mérsék.	Erősebb szélroham, 15 m/mp.
	25	18	felsiklási	gyenge	Praefrontalis eső 0.3 mm.
	24	19	..	gyenge	Praefrontalis eső 0.1 mm.
	26	13	..	gyenge	Praefrontalis eső 11 ó-tól, 0.4 mm.
26	22	betörési	gyenge	Szélugrás E-ről DK-re, szélökések.	
27	0	..	mérsék.	Záporosó 2, 5 mm, szélrohamok 10 m/mp.	
27	2	..	erős	Záporosó 9 mm, szélrohamok 12 m/mp.	
27	10	felsiklási	mérsék.	Praefront. szélgyenülés, 1 mm eső	
27	15	betörési	gyenge	Szélrohamok 8 m/mp.	
27	24	felsiklási	gyenge	Kevés praefrontalis eső 21 óratól	

A bukaresti és kolozsvári Pasteur intézetben évente 25.000 megmart egyént kezelnek. Tervbe vették a kóbor kutyák kiirtását.

A beaforti (Quebec) elmegyógyintézet egyik része leégett. Az ápolószemélyzet önfeláldozó munkájának volt köszönhető, hogy 100 elmebeteg megmentettek.

Indiában a gyermekhalálozás aránylag igen nagy. A statistika szerint a halálozási arányszám 1000:24.5. Az indiai egészségügyi biztos sürgős intézkedéseket kér ennek megakadályozására.

HETIREND

Április 3-án este 7/17 órakor: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Gergely Jenő:* A tüdőgümőkór kórjósolata.

Április 5-én d. u. 6 órakor: az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága előadássorozata. (Szemészeti klinika) *Minder Gyula:* Az urológia haladása az utolsó évtizedben.

Április 5-én d. u. 6 órakor: a Közkórházi Orvostársulat ülése (Szent Rókus kórház) Bemutatás: *Botár Géza:* Megasygma eset. Előadás: *Mihálkovics Elemér:* A csontizületi rendszer és a női nemű betegek megbetegedéseinek vonatkozásai. Felkért hozzászólók: *Fischer Ernő, Horváth Boldizsár.*

Flamamelon
ung. és supp.
haemorrhoidalis
bántalmaknál
MADAUS & CO. Budapest II. Erőd u. 11

3192—1939. K. sz.

Szabolcs vármegye alispánja.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Szabolcs vármegyei Kisvárdai Közkórházban betöltésre kerülő *kisegítő orvosi állásra* pályázatot hirdetnek. A kisegítő orvos javadalmazása havi 80 pengő, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás és elsőosztályú ételmezés, melyért megtérítést nem kell fizetni. Az alkalmazás ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető, így végleges alkalmazásra jogalapot nem szolgáltathat s az alkalmazás mindig csak egy évre szólhat. Orvosi magánygyakorlat nincs megengedve. Pályázati kérvények szabályszerűen felszerelve, Szabolcs vármegye főispánjához címzett s az alispáni hivatal iktatójában (emelet 4. sz.) 1939. évi április hó 25.-ének délelőtt 12 órájáig adandók be. Hiányosan felszerelt kérvényeket figyelembe nem vehetnek. A kérvényhez csatolni kell: 1. Születési anyakönyvi kivonatot; 2. Hatósági erkölcsi bizonyítványt; 3. Magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt; 4. Az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; 5. Egyetemi lecekekönyvet; 6. Szigorlati bizonyítványokat; 7. Közzolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt.

Nyiregyháza, 1939. évi március hó 18-án.

Borbély Sándor dr. s. k.
alispán.

Elektrokardiographiás kurzus. Elméleti és gyakorlati kitanítás orvosok részére az elektrokardiographiáról és az elektroterápiáról. Jelentkezni lehet: *Dr. Jakab-szanatórium*, VI., Szondy utca 102. Telefon: 110—444.

Svábhegyi Szanatórium

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

Lahmanszerű kúrák

Bircher—Benner-féle nyers-diéta

VIPERIN

a nátha legújabb gyógyszere

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

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

Magyarországon 1939 március 12 től március 18-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb.) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Ce- rebrasp. e.		Pollomyelitis ac. ant.		Anthrax		Morbilli.	Varicella		Pertussis	influenza compli-		Malaria	Typhus exanth	
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt		Mb	Mt		Mb	Mt		Mb	Mt	Mb	Mt
1. Abaúj-Torna	157.551	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	115.387	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	2	—	—	—	—	
3. Baranya	251.803	—	—	—	—	—	—	3	—	12	—	—	—	—	—	—	—	2	2	2	6	—	—	—	—	
4. Bars és Hont	145.389	1	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	
5. Bereg és Ugocsa	162.173	1	2	—	—	1	—	1	—	—	—	1	3	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	
6. Békés	339.708	—	—	—	—	1	—	5	—	—	1	—	—	—	—	—	—	31	1	8	—	—	—	—	—	
7. Bihar	183.857	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	37	1	—	1	—	—	—	—	
8. Borsod	298.610	—	—	—	—	—	—	5	1	5	—	—	—	—	—	—	—	—	3	4	6	—	—	—	—	
9. Csanád-Arad-Torontál	174.715	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	18	7	1	6	1	—	—	—	
10. Csongrád	147.834	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	
11. Esztergom	101.932	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	
12. Fejér	230.967	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	
13. Gömör és Kishont	104.459	1	—	—	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	
14. Győr-Moson	157.476	1	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	5	9	—	—	—	—	
15. Hajdú	183.748	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	32	5	6	—	—	—	—	—	
16. Heves	324.836	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	4	—	1	—	—	—	
17. Jász-Nagykun-Szolnok	426.074	2	—	—	—	1	—	7	1	1	—	—	—	—	—	—	—	5	5	1	2	—	—	—	—	
18. Komárom	287.234	1	—	—	—	—	—	4	—	5	—	1	—	—	—	—	—	22	2	7	—	—	—	—	—	
19. Nógrád	256.727	3	—	—	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	56	4	—	—	—	—	—	—	
20. Nyitra és Pozsony	190.811	1	—	—	—	—	—	5	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
21. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.503.136	—	—	—	—	2	—	13	1	36	—	1	—	—	—	—	—	2	34	26	3	1	—	—	—	
22. Somogy	391.883	—	—	—	—	1	—	4	1	2	—	—	—	—	—	—	—	10	1	2	7	1	—	—	—	
23. Sopron	141.863	—	—	—	—	1	—	2	—	2	1	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	
24. Szabolcs	429.614	1	—	—	—	—	—	3	—	3	1	—	—	—	—	—	—	31	6	12	1	12	—	—	—	
25. Szatmár	137.494	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	47	—	—	—	2	—	—	—	
26. Tolna	264.410	—	—	—	—	—	—	4	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	1	9	—	—	—	—	—	
27. Ung	73.269	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	
28. Vas	271.102	2	1	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	89	2	—	—	—	—	—	—	
29. Veszprém	249.509	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	32	3	1	1	—	—	—	—	
30. Zala	370.132	1	1	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2	4	4	—	—	—	
31. Zemplén	198.943	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	9	—	—	—	
I. Baja	31.644	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	
II. Budapest	1.067.124	2	1	—	—	4	—	21	—	69	—	1	1	—	—	—	—	30	28	15	11	—	—	—	—	
III. Debrecen	127.817	—	—	—	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	75	6	1	—	—	—	—	—	
IV. Győr	51.115	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	23	—	—	—	—	—	—	—	
V. Hódmezővásárhely	59.076	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	
VI. Kassa	58.082	2	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	1	—	—	—	—	—	
VII. Kecskemét	83.559	1	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
VIII. Miskolc	67.373	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	
IX. Pécs	73.204	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	2	—	—	—	—	
X. Sopron	35.974	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
XI. Szeged	140.671	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	106	7	1	2	—	—	—	—	
XII. Székesfehérvár	42.253	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	
Összesen:	10.110.543	23	6	—	—	12	—	125	7	185	3	6	4	1	—	—	—	691	126	126	66	38	—	—	—	

ORIZA

Krompecher, Budapest, V., Nádor-u. 15

a rizs tápanyagait változatlan mennyiségben tartalmazó
száritott rizsnyák

csecsemőgyógyászatban tejhígítására és gyógytáplálékul
használatos rizsnyákok gyors elkészítésére.
KÖZGYÓGSZERELLÁTÁS TERHÉRE RENDELHETŐ.

Sedyletta tabl. 30x0'015
 általános hatású psychikus megnyugtató
 különö spasmolitikum.
 SZABADON RENDELHETŐ. OTI. MABI. MAV. SzFöv. Segítő Alap. s. b. TERHERE
PODMANICZKY GYÖGYSZERTÁR, BUDAPEST, VI. PODMANICZKY U. 69.

Sedyl tabl. 10x0'10
 MEGBIZHATÓ Sedalivum.
 Hypnotikum
 Antiepileptikum.

129—1939. sz.

Zalaegerszeg megyei város közkórháza.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésém alatt álló közkórházban kinevezés folytán megüresedett egy *segédorvosi* állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítással és 50%-os térítmény ellenében I. osztályú élelmezés. A kinevezés kettő évre szól, mely további 2—2 évre javaslatomra meghosszabbítható. Csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak, sebészeti gyakorlattal bírók előnyben részesülnek, a kinevezett orvosdoktor állását köteles azonnal elfoglalni.

A szabályszerűen felszerelt kérvények méltóságos *dr. Brand Sándor* Zala vármegye főispánjához címezve, a kórház igazgatójához nyújtandók be. A beküldés határideje: 1939. évi április hó 15-ének déli 12 órája.

A pályázati kérvényhez csatolni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot, 2. erkölcsi bizonyítványt, 3. magyar állampolgárságot igazoló okmányt, 4. magyar orvosi diplomát, 5. curriculum vitae-t, 6. testi és szellemi alkalmasságot igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt, 7. az eddigi működést igazoló bizonyítványokat, 8. Orvos Kamarai tagság igazolását és végül 9. katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat.

Elkészve érkezett, vagy nem kellően felszerelt kérvények figyelembe nem vétetnek. Közszolgálatban állók pályázati kérvényüket szolgálati főnökük útján nyujtják be.

Zalaegerszeg, 1939. február 4.

Jancsó Benedek dr.
 kórházigazgató főorvos.

6800—1939. K. sz.

Szabolcs vármegye alispánja.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Szabolcs vármegyei Erzsébet közkórházban elhalálózás folytán megüresedett egy *alorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az alorvos kezdő javadalmazása a XI. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, továbbá a kórházban egy szobából álló lakás és I. oszt. élelmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeket 1939. évi április hó 25. napjának déli 12 órájáig Szabolcs vármegye főispánjához címzett és az alispáni hivatal iktatójában (Vármegyeháza emelet 4. sz.) kell beadni. Elkészve érkezett, vagy jelen hirdetményben foglalt feltételeknek meg nem felelően felszerelt kérvényeket figyelembe nem veszek. Műtősebészeti képzéssel bíró orvosdoktorok előnyben részesülnek. A kérvényhez csatolni kell: 1. Születési bizonyítványt; 2. Hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítványt; 3. Magyar honosságot igazoló iratot; 4. Az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; 5. Egyetemi leckeönyvet és kórházi szolgálati könyvet; 6. Életleírást (Curriculum vitae); 7. Közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt.

Nyíregyháza, 1939. évi március hó 18-án.

Borbély Sándor dr. s. k.
 alispán.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Influenza és meghűléses megbetegedések esetén nélkülözhetetlen

PANAFLU-CHINOIN

tabletta és kúp

Meggyorsítja a lefolyást és meggátolja a szövődményeket!

10 és 20 tabl. dobozban
 5 drb. supposit. dobozban

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatják:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, MISKOLCZY DEZSŐ, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR,
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDAKOVITS KAMILLÓ, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Tóth László: Az orvosi műhibaperek. (329—336. oldal.)

Fátyol Csongor: Synthetikus oestrogen anyaggal végzett kísérletek. (336—339. oldal.)

Mezei Béla: Közös tényező a shock-kezelésében. (339—341. oldal.)

Kulcsár István: Pellagrás delirium esete. (341—342. oldal.)

Külley László: Gyógymasszázs és mechanoterápia. (342—345. oldal.)

Orsós Ferenc: A tüdőútóterek szűkülése a tüdőkapu palás kergesedése miatt. (345—347. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdésef. (57—60. oldal.)

Irodalmi szemle: (347—350. oldal.)

Könyvismertetés: (350—351. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (351—352. oldal.)

Korbuly György: Heti krónika. (352—354. oldal.)

Dajbukát Jenő: Megjegyzés „A schizophrénia görcskezeléséhez.” (354. oldal.)

Lapszemle. Vegyes hírek és hetirend: (354—356. oldal és a borítólappal III. és IV. oldalán.)

Az orvosi műhibaperek.

Az Országos Bírói és Ügyészi Egyesület előadássorozatán 1939 február 8-án előadta:

Dr. Tóth László kir. törvényszéki bíró.

I.

Az utolsó 10—20 évben az orvosok tagadhatatlanul divatba jöttek, bár nem olyan értelemben, hogy ebben az időben sokkal többet kerestek volna, mint azelőtt. Ilyen fellendülésről ugyanis nincs tudomásom. Ellenben kétségtelen, hogy az orvosi működésnek az a része, amely korábban csukott könyv volt a nagyközönség előtt, az utóbbi évtizedekben itt-ott kinyílt és a közönség az irodalom és a színpad, valamint a film sokszor torzító lencséjén keresztül néha már azokra a területekre is belát, ahová eddig profán tekintetek be nem hatoltak. Az egyik budapesti színház színpadán százszáz szériát ért el az orvos *orvosi* életével foglalkozó egyik darab, ugyanez a téma a filmen is jelentkezett és egész kis könyvtárt tesz ki azoknak a regényeknek a sorozata, amelyek az orvos tevékenységével, az orvos mesterségbeli problémáival, az orvosi rend orvosi célkitűzéseivel és feladataival foglalkoznak. Szinte azt lehet megállapítani, hogy a szerzők kitűzték maguk elé a célt: az orvosi működésről elveszik azt a leplet, ami ősidőktől fogva mindmáig takarta*)

A primitív emberiségénél, sőt a primitív népeknél az orvosi működés ma is misztikus köntöst kap; orvos, varázsló, főpap szinte azonos értelmű szavak. A mögöttük álló egyének jellegzetessége, hogy olyat tudnak, ami a nép zöme előtt ismeretlen. Tudásukat igyekeznek misztikus ködbe burkolni azzal a célzattal, hogy növekedjék ezzel is tekintélyük s öregbítse azt a hitet, hogy természetfeletti erővel is rendelkeznek.

A modern kor orvosa is egészen a legutóbbi évtizedekig azt tartotta, hogy hivatásának *belső oldala* nem tartozik a nagyközönségre s ezzel laboratóriumába, dolgozószobájába, kórházába és rendelőjébe vonult vissza. Ez a magatartás eredményezte aztán azt is, hogy jó darabig a közönséget csak azok az orvosi problémák érdekelték, amiket kívülről tekintve ilyeneknek ismert

fel. Szabad-e az orvosnak ölni; mi van akkor, ha az orvosban összeütközik hivatásának fanatikusa a szerelmes emberrel, a szerető apával; kell-e lelket tartani a betegben akkor, amikor már tárgyilag véve nincs remény, stb. Az orvosi működés lényege, amint már említettem: *belső oldala egészen az utolsó évtizedig ha nem is volt éppen ködbe burkolva, de a háttér homályában maradt, nem adván éles képet a nagyközönség firkésző, kíváncsi tekintete számára.*

Nem tekintette ugyan varázsolónak a 10—20 év előtti modern ember sem az orvost, de valami misztikum mégis tapadt a személyéhez. Legalább annyi, mint a papéhoz. Az ismeretlennel, a megmagyarázhatatlannal szemben fellépő, szorongáshoz közelálló érzés a háború utáni modern emberben inkább akkor lépett fel, ha a hivatásában működő orvossal, mint ha bármilyen más, dolgát végző emberrel került szembe.

Ez azonban megváltozóban van.

Az a homályba burkolt háttér, amiről az imént szóltam, reflektorfényt kap egy-egy Cronin, Kingsley stb. könyv vagy szindarab révén. A misztikum mindjobban foszlik s a nagyközönség megszeppent kíváncsi pislogása mindinkább kiritikus, vizsgálódó tekintetté változik át. Ma már — hála e ködfoszlató irodalmi, művészi munkáknak — a művelt beteg az orvosi diagnoszt és terapiát nem fogadja azzal az áhitatos beállítottsággal, hogy efelett pedig kritikának, vitának vagy kételkedésnek helye nincs, — hanem épen ellenkezőleg, azt az ellenvetést hordja állandóan magában, vajjon a bajmegállapítás és a gyógyeljárás nem helytelen és káros-e? Úgy, hogy az orvosnak ma már kettős feladatot kell legyőznie: 1., felismerni a betegséget s megtalálni a helyes gyógymódot, 2., meggyőzni a beteget és környezetét, hogy a felismerés helyes és a gyógyeljárás célravezető.

Itt hallanom kell az ellenvetést: ez az irodalmi irányzat bármilyen népszerű is ma s bármilyen hatalmas tömeget tesz ki az olvasótábor, ez az irodalmi, mű-

*) Hogy a közönség fokozott érdeklődése hívta-e napvilágra ezeket a műveket, vagy éppen ezek a munkák voltak azok, amelyek a közönség érdeklődését felfokozták, nem itt eldöntendő kérdés.

vészi productio nem ad természettudományos műveltséget, nem nyújt olyan ismereteket, amelyek elkerülhetetlenül szükségesek ahhoz, hogy az orvos működése felülbíráltassék. Ez kétségtelenül igaz. Csakhogy nem lényeges.

A lényeg ugyanis az: a közönség azt hiszi, hogy az orvos felülbírálásához szükséges tudása meg van. Hogy most már ezen meggyőződés mögött tényleg ott van-e a tudás, az ismerethalmaz, mint tárgyi háttér vagy sem: az teljesen elszintelenedik, mert a bizalmatlansági tényezőt éppúgy vagy talán még jobban hozza magával a téves meggyőződés, mint az alapos tudás.

II.

Ez a bizalmatlansági tényező kétségtelenül a leg-erősebb mozgatója az orvosok elleni fellépésnek. Azonban kétségtelenül inkább azokban a rétegekben lép fel, ahol a fentebb már érintett irodalmi, művészeti irány talajhoz jut: azaz a kulturáltabb, a szellemi műveltség tekintetében magasabb rétegnél. Nem szabad azonban azt hinni, hogy az alacsonyabb rétegben ez a bizalmatlansági tényező ne lenne meg, sőt ne lenne meg fokozott mértékben.

Itt természetesen az okok főleg másutt keresendők.

Egy korábbi cikkemben *) erre az okra már kimerítőbben rámutattam a következő gondolatmenettel. Kétségtelen, hogy a gazdasági helyzet általános leromlása, a kereseti források elapadása, a munkanélküliség megnövekedése okul szolgálhat arra, hogy olyan területeken is anyagi előnyöket igyekezzenek maguknak kiharcolni a gazdaságilag különösen sújtott rétegek, amelyek azelőtt nem voltak csataterek. Ez a megállapítás arra engedne következtetést, hogy a támadás minden elképzelhető területen szükségszerűen fellép. Már pedig ez általában nem áll. Ha tény is, hogy manapság az eljáró tisztviselő, mérnök, vállalkozó vagy egyéb szabadpályán működő egyén ellen könnyebben is léphetnek fel kártérítési kísérletekkel, mégis az a helyzet, hogy ezeknek a kártérítési kísérleteknek — bár szaporodó a számuk, — az orvosok ellen intézett támadások szaporodásának ütemét meg sem közelítik. Az általános gazdasági helyzet ezek szerint egyedül nem adja magyarázatát az orvosi műhibaperek számbeli duzzadásának.

A további okot keresve az ügyvédi működés körében előforduló műhibákra és az ezekből származó kártérítési perekre vagy kártérítést célzó eljárásokra kell egy összehasonlító tekintetet vetni. Szembeötlök, hogy az ügyvédi működés ellen kifogások rendszerint akkor hangzanak el, amikor az ügyvéd kirendelése folytán látja el tisztét. És mert ezzel az ügyvédi társadalom is tisztában van, a szegényjogos ügy ellátása körül az ügyvédi kar tagjai fokozott gondossággal járnak el, éppen azért, mert tudatában vannak a képviselt fél azon hajlamának, hogy az általa remélt eredmény el nem érése esetén könnyen nyúl a feljelentés vagy egyenesen a kártérítési per fegyveréhez. Tehát a fokozott gonddal történő ellátás dacára a regresszusok száma nagyobb, mint akkor, ha a fél és az ügyvéd nem hatósági intézkedés, hanem egyébkénti ráतालálás folytán kerültek egymással kapcsolatba.

Világos tehát az a következtetés, hogy a teljesítmény értékelésében igen hatalmas tényező itt is a bizalom. Ha a fél spontán keresi fel az ügyvédet, magával visz az összeköttetésbe egy bizonyos mennyiségű bizalmat s ez a magával hozott bizalomkontingens elégséges arra, hogy ha a kívánt eredmény mégsem következik

be, a hátrányos eredmény okát ne a megbízott hibás, téves, okatlan eljárásának, hanem más tényezőnek tudja be s a regresszustól eltekintsen.

Ha már most a szóbanforgó kategóriájú műhiba pereket tekintjük, lényegben itt is hasonló jelenségeket kell észlelnünk.

Korábbi berendezkedésünk általában a szabad orvosválasztás jegyében állott. Aránylag csekély kivételtől eltekintve mindenki ahhoz az orvoshoz fordulhatott, akihez bizalma irányította. Ma azonban a helyzet megváltozott és az arányok megfordultak. A társadalomnak igen kis rétege az, amely ma általában szabadon választja meg orvosát, a nagy tömegek ahhoz az orvoshoz kell hogy forduljanak, akihez az adott berendezkedés mellett utalva vannak. Nem hoznak tehát az orvossal való összeköttetéshez bizalmat, nem azért fordulnak segítségért éppen az illetőhöz, mert benne látják a segítségre alkalmas egyént, hanem azért, mert máshoz fordulni módjuk, lehetőségük nincs.

Nem szeretném, ha kijelentéseim férleértésre adnának okot. Nem kritikát akarok mondani a szabad orvosválasztás és az ezzel szembenálló utaltság tekintetében, nem akarok állástfoglalni egyik vagy másik irányban, erre nem vagyok hivatott, megállapításaimnak egyedüli oka az, hogy az adott helyzettel, mint háttérrel nekem is szükségszerűen számolnom kell. Azonos lelkiség mellett az orvossal kapcsolatban tehát ugyanaz a helyzet áll elő, mint amit fentebb az ügyvéddel való összeköttetésben vázoltam. Azaz: ha a kívánt eredmény nem következik be, nagy a hajlandóság a hátrányos eredmény okának az orvosban való keresésére.

Öregbíti a bizalmatlanságot még az a tény is, hogy a munkával alaposan ellátott pénztári orvosok deje szükre szabott és ezért nem áll módjukban a hozzájuk forduló, segélyt keresőkkel szemben azt az elbánást tanúsítani, amelyet tanúsít az az orvos, aki a hozzá fordulóban nem csak a gyógyulásra váró beteget látja, hanem egyszersmint megélhetésének forrását is, akivel ehhez mérten kell bánnia. Tehát nem csak hogy meg kell gyógyítania, hanem akként kell vele érintkeznie, hogy a paciens kellemesen emlékezzék rá vissza, szükség esetén újból igénybe vegye, sőt — s ez talán a legfontosabb — mozgó reklámként járjon ismeretsége körében. Ez a tényező, — amint említettem — a pénztári orvosnál nem játszik szerepet. Kénytelen csak a lényegre irányítottan dolgozni, arra szorítkozni, hogy gyógyítson, mert ezen túl mennie a mai berendezkedés mellett nincs módjában.

Önmagával szemben mindenki elfogult és az itt szóbanforgó, jórészt alacsonyabb kulturájú és műveltségű tömegnek nincsen meg a kellő gondolkodásbeli iskolázottsága ahhoz, hogy a gyors elintézésben, a vizsgálat rövidreszabottságában, a fecsegés elhárításában az orvos kategórikus nyilatkozataiban az adottságok kényszerítő mivoltát ismerje fel, hanem mindezt hajlandó részvétlenségnek, nemtörődömségnek, felületességnek vagy egyenesen rosszindulatnak minősíteni, különösen akkor, ha módjában volt más — magánorvosi — elbánást ezzel egybevetni.

Tehát bizalmat nem hoz a paciens. Ilyet benne élesíteni a pénztári orvos nem tud, érthető tehát, hogy a remélt eredmény el nem érése esetében az okot a nem kellő ellátásban, a hiányos kezelésben véli megtalálni, miközben támaszkodik arra a — sajnos erősen elterjedt — meggyőződésre, hogy az ugynevezett pénztári kezelés nem kell, hogy elérje az egyéb orvosi munkák színvonalát.

És itt kell reámutatnom arra, hogy ez a felfogás bizonyos alakban még birói toll pártfogását is élvezzi. A

*) Jogállam: 1937. évf. 1—2. szám.

m. kir. Kúria egyik legutóbbi és egyszerűsített legbölcsebb határozatában a következőket mondotta ki: „ A diagnózisban való tévedés magában véve nem tekintendő orvosi műhibának, mert az egyszerűen a tudomány véges voltának folyománya. A beteg szem váladéka mikroszkópi vizsgálatának mellőzése: orvosi műhiba.” *)

Ezzel a döntéssel kapcsolatban egyik kiváló hitel-jogásunk annak a meggyőződésének adott kifejezést, hogy a döntéssel szemben „ sokkal meggyőzőbb és a gyakorlati életnek megfelelőbb az Igazságügyi Orvosi Tanácsnak az eddig mindig is követett véleménye, hogy mikroszkópi vizsgálatot nyilvános rendelkezés csak akkor szoktak végezni, ha külső megtekintésre a diagnosis bizonytalannak látszik.” *)

Szerintem ez a kritikai állásfoglalás okkal támadható.

Elsősorban is nem találok jogalapot arra, hogy az ugynevezett nyilvános rendelkezés a vizsgálat másként folytattassék le, mint az egyéb, mondjuk privát rendelkezéseken. Nincs semmiféle tételes szabály arra vonatkozóan, hogy a nyilvános rendelkezéseken kevesebb alapos-sággal, futólagosabban és felületesebben végeztessék el a beteg vizsgálata, mint egyébként. Szerény véleményem szerint nem másodrendű beteg az, aki adott körülmények között kénytelen nyilvános rendelést igénybe venni és nincs módja hozzá, hogy privát betegként jelentkezzék valahol. Ilyen bifurkáció létesítése a jogalap hiányától eltekintve is merőben antiszociális gondolat.

Hiszen elég baj a nyilvános rendelkezésre szoruló betegnél az, hogy gyógyulási lehetősége már gazdasági elhelyezkedettsége következtében is csökkentnek minőségül. Bizonyos drága speciális gyógyszereket nem kaphat, nincs megfelelő táplálkozása, lakása, üdülése, fürdője, kikapcsolódási lehetősége stb. ezt az embert még azzal is sújtani, hogy bajának megállapítása tekintetében neki csak másodrendű elbánás jár, antiszociális volta mellett a joggal, a méltányossággal és a logikával is szembekerül.

A pusztán orvosi szolgáltatás önmagában véve elvileg csak kétféle lehet. Jó, vagy rossz. **) A jó szolgáltatást köteles az orvos orvosi eszköze alapján nyújtani minden betegnek tekintet nélkül arra, hogy pénztári utalás folytán keresi-e fel vagy mint privát beteg kerül a rendelőjébe. Minden olyan megkülönböztetés tehát, amely a pénztári betegek hátrányára a kezelés ellátása tekintetében az orvosi munkát illetőleg különbségeket tesz: az orvosi etikába ütközik és ezt az etikába ütközést a bíróságok még tudomásvétellel sem támogatják.

A fentebb idézett kritikának hátterét azonban nyilván a tényleges állapot adja meg. — A tényleges állapot ugyanis tagadhatatlanul az, hogy a pénztári orvoshoz utalt betegek részére a rendelés ideje szűken van megszabva, miért is ezeken a rendelkezéseken tényleg tömegrendelés folyik. Hiszen az Igazságügyi Orvosi Tanács véleménye éppen az adott esetben nyomatékmal mutatott reá, hogy egy-egy beteg szemorvosi első megvizsgálására kb. egy negyedórnyi idő szükséges. Ezzel szemben a valóságban egy-egy beteg megvizsgálására ennek az időtartamnak csak elenyésző töredéke juthatott.

*) Kúria P. VII. 1860—1938.

**) Dr. Schuster Rudolf a m. kir. szabadalmi felsőbíróság ny. elnöke Magyar Jogi Szemle melléklapja: Hitejog Tára 1938. november, 9. szám 127. számú eset.

**) Igy minősít az Igazságügyi Orvosi Tanács is, amikor kimondja véleményében, hogy az orvosi műhiba megállapítható vagy meg nem állapítható.

Itt azonban ugyancsak súllyal kell reámutatnom arra, hogy a bírósági gyakorlat eddig sohasem volt annyira rövidlátó, hogy bármilyen magatartást a háttértől elvonatkoztatva értékelt volna és ha úgy találta, hogy ebben a háttérben is hiba van vagy hogy a hiba egyenesen csak ott van, akkor bíráló, sőt elítélő szavát szókimondóan hangoztatta is. Így például kimondotta, hogy: „ valamely szakmunka végzésénél kifejlődött szokásra mint mentőkörülményre sikerrel csak akkor lehet hivatkozni, ha a szokással a kellő gondosság is jár.” *)

Ugyanilyen szellemben nyilatkozott a bírói gyakorlat szigorúan orvosi téren a következőkben: „ helyesen állapította meg az elsőfokú bíróság a vádlott gondatlanságát már abban is, hogy elmulasztotta a gyógyszer súlyjelzését betűvel is kiírni (igen erős méregről volt szó) az a körülmény, hogy a vádlott orvos, de esetleg más orvosok is ezt nem szokták kiírni, egyáltalán nem menti a mulasztást.”

A szokatlan kritikával illetett kúriai ítéletnek éppen egyik főérdeme az, hogy nem halad el közömbösen a tömegrendelés ténye mellett. De nem helyezkedik arra a kényelmes álláspontra, hogy hiszen a tömegrendelésen ez így szokás, a mai berendezések mellett talán nem is igen lehet másként, tehát meg kell adni a történetekhez a bírói imprimáturt is. Kétségtelen, hogy ez volna a kényelmesebb álláspont, de hogy etikailag és főleg szociális elgondolás szempontjából csak a tényleg elfoglalt álláspont a helytálló: az biztos. Az ilyen és ehhez hasonló kúriai ítéletek alkalmasak lesznek arra, hogy az itt-ott fellépő anomáliákat veszélyessé tegyék, ami természetesen megszüntetésükhöz vezethet. A közömbös tudomásulvétel ezzel szemben a helytelen, az antiszociális és az etikai alap nélküli berendezkedések meggyökerezéséhez szolgáltatathatna segítséget.

Visszatérve azonban a támadott döntésre, pusztán a logika síkján is arra az eredményre kell jutni, hogy az helyes. — A tipikusan jelentkező hasonló természetű megbetegedésekben a mikroszkópi vizsgálat csak arra való, hogy az orvost a klinikai egyéb tünetekből már megállapított diagnózisban megerősítse. Az Igazságügyi Orvosi Tanács véleményéből kitűnik ugyanis, hogy a tipikus esetekben a baj külső megnyilvánulása alapján már a helyes diagnózis mikroszkópi vizsgálat nélkül is felállítható. Tehát éppen azokban az esetekben elsőrendűen fontos a mikroszkópi vizsgálat, amely esetek a tipusostól eltérő megjelenési formát mutatnak, vagy más megbetegedés külső alakjában jelentkeznek. Mert itt egyedül a mikroszkópi vizsgálat alkalmas arra, hogy a betegség mibenlétét minden kétséget kizáróan megmutassa. Az a körülmény, hogy a nem tipikus megbetegedésekben igen sok mikroszkópi vizsgálat negatív eredményt ad majd, mellőzésre nem lehet ok.

A bajmegállapításnál az orvos rendszerint sorozatosan végez olyan vizsgálatokat, amelyeknek hogy úgy mondjam kirekesztő céljuk van csak. Ezekben az esetekben a vizsgálatok csak azt szolgálják, hogy bizonyos területek a megbetegedés okának köréből eleve kizárasanak és a további, esetleg behatóbb vizsgálatok csak abban a körben foganatosíttassanak, amelyet a fentebb említett kirekesztő vizsgálatok megszüntettek. Tehát a vizsgálatnak sok esetben negatív volta és ennek előre látása sem a logika, sem az orvosi tudomány síkján a mellőzésre okul nem szolgálhat.

Egyébként reá kell még mutatnom arra is, hogy a most szóbanforgó döntés érdemben nem is új. Már korábban kimondotta a Kúria, hogy „ a pontos diag-

*) Kúria B, 6514—1910.

nozishoz szükséges segédeszközök igénybevételének indokolatlan elmulasztása orvosi műhiba.”*)

III.

Nem elnézésből történt, hogy előadásomat nem az orvosi műhiba szabatos meghatározásával kezdettem meg. Etekintetben ugyanis úgy megadni a fogalmat, mint ahogy a tudomány és a tételes jog a büntett, a vétés, a vétel, illetve az ajándékozás stb. ismerveit szabatosan megadja, talán nem is lehet, de semmiesetre sem célirányos.

Bé kell azonban számolnom arról, hogy a fogalom meghatározására irodalmi kísérlet már történt. Nevezetesen az orvos felelősségéről szóló értékes munkában Dr. Kassai Béla és Dr. Szőke Sándor ügyvédek evvel megpróbálkoztak úgy, hogy a műhibát kettéhasították, felismerni vélvén egy pozitív és egy negatív orvosi műhibát. A pozitív orvosi műhiba fő jellemvonása meghatározásuk szerint a tudományellenesség, tehát az orvosi tevékenységnek tényleges kifejtése annak felismerése nélkül, hogy ez a kifejtett tevékenység az orvosi tudomány akkori állásával ellenkezik. A negatív orvosi műhiba viszont szerintük akkor jelentkezik, amikor az orvos egyáltalán nem fejt ki tevékenységet, holott ez a tudományos elvek szerint köteleességében állana.

Szerintem ezek a meghatározások arra kétségkívül jók, hogy gondolkozásra készítsenek és hogy a kritikát kiváltsák, azonban bírói szempontból tekintve előnyösnek nem jelentkeznek. A gyakorlati életben előforduló esetek igen sokrétűek és minden meghatározás, amely az általános körvonalaknál beljebbfekvő, szűkebb kört kíván megszabni, azzal a veszéllyel jár, hogy az esetek egy része az így határolt területen nem fér el. Amint például tudatosan elhárítja magától a tételes jog és a gyakorlat is azt a törekvést, hogy a fondorlat vagy a házastársi köteleességek súlyos megsértése tekintetében szabatos, szűkkörű meghatározásokat adjon, úgy itt is helyesebbnek mutatkozik egy olyan meghatározást találni, amely ugyan általánosabb az előbb idézetnél, de nem jár azzal az előre látható veszéllyel, hogy az élet által produkált valamelyik variáns nem fér el benne.

Ezért a magam részéről megfelelőnek találom a bírói gyakorlatban jelentkező ismételt meghatározást, amely lényegben a következőképpen szól: „Bírói gyakorlatunk orvosi műhibát lát ott, ahol az orvos nem fejtette ki azt a szakavatott és körültekintő gondosságot, amelyet a kezelés idejének megfelelő általános orvosi ismeretek mellett az élet felfogása szerint az eset körülményei között rendes orvostól el lehet várni.”*)

Cronin regényének hőse az egyik munkásnak az omló bányában leszakadt sziklák közé szorult jobb karját mosakodás, fertőtlenítés és altatás nélkül amputálja és a seb ellátását nem végzi el lege artis.

Ha az előbb idézett irodalmi meghatározást tartom szem előtt, ez az eljárás tökéletesen beleillik a pozitív orvosi műhiba kategóriájába, pedig nem lehet kétséges, hogy a szóbanforgó esetben orvosi önfeláldozásról, köteleességtudásról, hősiességről lehet szó, de műhiba elkövetése szóba sem kerülhet.

IV.

Részletes és kimerítő casuisticát adni nem szándékozom. Egyrészt a rendelkezéseimre álló idő sem alkalmas arra, hogy erről kimerítően beszámoljak, másrészt az esetek felsorolása és egymás mellé helyezése még

bizonyos csoportosító szempontok mellett is túlságosan egyhangú, főként azonban azért nem, mert ez a casuistica minden érdeklődő számára hozzáférhető, tehát előadni felesleges. Ha tehát itt-ott esetekre térek át, ezt csak azért teszem, hogy igénytelen elmélkedéssel alán-dóan a praktikumnál maradjak és a gyakorlati élethez kapcsolódjam**)

Ki kell emelnem, hogy ellentétben a többi perekkel, az orvosi műhiba pereknek első bírója az ügyvéd nem lehet és nagyon nehezen lesz bírója az ítélőbíró is.

Az egyéb kártérítési keresetnél akár ügyvédi műhibáról, akár más alapról van szó, a kiszemelt ügyvéd az egész anyagot átlátja és felkészültsége révén bizonyos feltételezések mellett önmagában el is dönti történt-e hiba és amennyiben arra a meggyőződésre jut, hogy ilyen hibáról szó sem lehet, véleményét nyilván közli is megbízójával. Tehát már itt ezen a bíróságon kívüli fokon egy csomó embrionális kereset elutasításra talál.

Nem így áll azonban a helyzet az orvosi műhibák esetében. Az ügyvéd csak a jelenlegi státust látja, tehát azt, hogy a nála jelentkező kliens, a volt paciens sánta, béna vagy az egyik karja hiányzik stb. Hogy mi volt a kezelés előtti státus, arranézve pontos adatok nincsenek, az ügyvéd csak a fél bemondására van utalva. Hogy tényleg az volt-e a baja a paciensnek, mint amit a kliens állít, azt ugyancsak nem tudja ellenőrizni. Hogy milyen kezelésben részesült, milyen beavatkozást alkalmaztak nála, pontosan meg nem ismerheti, mert a gyógykezelésre vonatkozó iratok, — ha ugyan egyáltalán vannak ilyenek, — a kórházak feljegyzései, a műtéti napló stb. nem állanak rendelkezésre vagy ha részben, — röntgenképek leletek, beutalások stb. — kezébe is kerülnek: számára semmitmondók. Így tehát homályban tapogatózik csak s minthogy a maga részéről kerülni óhajtja a műhibát, a pert a kliens kontrolálhatatlan bemondásából kapott tényállással megindítja. Innen van az is, hogy ezekben a perekben a kilátástalan perlés címén a szegénységi jogot nem lehet megtagadni és hogy elég gyakori az előfokú ítéletnek jogerőre emelkedése. Az elsőbíró előtt ugyanis a már előbb említett adatok kilépnek a homályból és így a bírón kívül az ügyvéd is abba a helyzetbe kerül, hogy az igény alaptalanságát felismerheti.

V.

Minden olyan perben, amelyben a szakismeret döntő jelentőségű, a szaktudás nélküli bíró a szakértőre van ráutalva és többé-kevésbé a szakértőnek van kiszolgáltatva. Ezekben a szóbanforgó perekben ez a kiszolgáltatottság kisebb mértékű, mert az 1890. XI. t. c. 2. §-ának b) portja értelmében maga az Igazságügyi Orvosi Tanács ad rendszerint első és egyetlen fokon szakvéleményt. Nincs ugyan kizárva, hogy a bíróság szakértőt alkalmazzon az Igazságügyi Orvosi Tanács meghallgatását megelőzően. Ha azonban e szakértőnek alkalmazását a halaszthatatlanság, vagy egyéb nyomós ok nem támasztja alá, ez a meghallgatás általában indokoltnak nem mutatkozik, mert az esetek nagy többségében ilyen szakértői vélemény beszerzése után sem lesz mellőzhető az Igazságügyi Orvosi Tanács véleményének meghallgatása.

De természetes, hogy ugyanarra a kérdésre a meghallgatás sorrednje csak ez lehet: elsőnek a szakértő,

*) Budapesti Tábla P. XV. 7570—1937.

**) Amikor ezt a gyakorlati életet tekintem, ezt nem nézhetem tisztára orvosi szemszögből, hanem figyelemre kell méltatnom azoknak az érdekkörét is, akik a most szóbanforgó vonatkozásokban az orvosokkal szembe kerülnek.

*) Kúria P. VII. 1610—1933.

utána az Igazságügyi Orvosi Tanács. Ezt az egyébként értelemszerűen egyedül így megoldható tételt a Kúria ekként fogalmazza meg: „... a fellebbezési bíróság az Igazságügyi Orvosi Tanács véleményét... szabályszerűen vehette irányadónak. Az Igazságügyi Orvosi Tanácsnak mint az orvosi műhibák kérdésében törvényileg hivatott szakértői testületnek e véleménye további szakértői felülvéleményezés alá nem eshetik.*)

Természetes, hogy minden perbeli előadás még ezekben a műhibára alapított perekben sem alkalmas az Igazságügyi Orvosi Tanács meghallgatására. Legalább is olyan tényelőadás kell, amely ráutalhat az orvosi műhibára. Ezt a felfogást a gyakorlat így szövegezi: „... a felperes nem bizonyított, sőt még elő sem adott olyan tényeket, amelyekből valóságuk esetén az orvosi műhiba fennforgására okszerű következtetést lehetne vonni. Éppen ezért teljesen céltalannak mutatkozik az Igazságügyi Orvosi Tanács véleményének hivatalból leendő beszerzése.”**)

VI.

Nem lehet vítés, hogy az Igazságügyi Orvosi Tanács véleménye sem egyéb, mint szakvélemény, amelyhez a bíró kötve nincs. Ez az elmélet. Gyakorlatilag azonban a dolog természetéből folyóan mégis az a helyzet, hogy a döntés jórészt átsiklik az Igazságügyi Orvosi Tanács kezébe.

A bíró azért fordul a szakértőhöz, illetve a szakértő testülethez, mert szakismereteinek hiányossága a felvett kérdés eldöntésénél gátlásként szerepel. Ezt a gátlást kell legyűrnie azzal a felvilágosítással, amit a szakvéleményből kap. Tehát nyilvánvaló, hogy a szakvéleményt olyan hibák révén teheti félre, amelyeknek felismeréséhez maga is kellő tudással és ismerettel rendelkezik.

Hol jelentkezi ez a lehetőség?

A szigorúan szakterületekről eltekintve ott, ahol a szakértő kilép a szigorúan vett szakmából és olyan területre lép át, amely már ezen túl esik. Ez az egyik eset. De egy másik esetben jelentkezhetik ez a felismerés akkor is, ha a szakértő vagy a szakértő testület akár a szigorúan vett szakmai területen, akár ezen a területen kívüleső területen logikai tévedésbe esik.

A most elmondottak bemutatására ismét az előadásom elején említett esetre kell visszatérnem. A helyzet az itélkezéskor az volt, hogy az Igazságügyi Orvosi Tanács véleménye szerint nem követett el orvosi műhibát az az orvos, aki az atipikusan jelentkező súlyos szemfertőzés esetében nyilvános rendelkezés nem tartotta szükségesnek a mikroszkópi vizsgálatot.

Itt mindkét kategória megvalósul, mert a vélemény átnyúl olyan területre, amely már nem orvosi szakkérdés, helyesen nem orvosi tudományos kérdés és következtetéseiben sem jutott el az egyedül helyes eredményre.

Az a vélemény ugyanis, hogy a pénztári rendelkezéseken alacsonyabb értékű orvosi szolgáltatás nyújtandó vagy nyújtható, egyrészt nem szigorúan vett orvosi szakkérdés, másrészt a már előbb elmondottak alapján tarthatatlan. Az a vélemény pedig, hogy az atipikus esetekben illetve a más köntös alatt jelentkező betegségben a szabatos diagnózist adó mikroszkópi vizsgálat mellőzhető, amint már fentebb ugyancsak kimutattam: logikailag téves.

VII.

Előadásom elején reámutattam már arra, hogy az intelligens laikus szívesen helyezkedik arra az álláspontra, hogy az orvos munkáját felülbíráhatja, azt kritizálhatja, sőt abba bele is szólhat. Ez a laikus megnyilvánulás orvosi szakszempontból nézve nyilván nem lesz hibamentes. Ez a nyilván nem hibamentesség azonban akkor is jelentkezik, ha orvosok csúsznak át jogi tere.

Egy ügyben az egyik fél a kir. ítélőtáblánál azt a kérelmet terjesztette elő, — miután már elrendeltetett az Igazságügyi Orvosi Tanács újabb meghallgatása — hogy a bíróság megkeresésében aziránt is intézkedjék: az Igazságügyi Orvosi Tanácsnak megnevezett egy tagja ennek az ügynek az elbírálásánál a tanács munkájában ne vegyen részt. Meg is indokolta előterjesztését azzal, hogy az általa panaszolt eset egy olyan osztályon történt, amelynek vezetője az az orvostekintély, akinek az együttműködését ebben az esetben nem tartja kívánatosnak.

A kir. ítélőtábla ennek az előterjesztésnek nem adott helyet, — ez az eljárása kétségtelenül helyes és törvényszerű volt, hiszen a perrendtartásnak a szakértőkre vonatkozó szakaszai, illetve az előbb már említett Országügyi Orvosi Tanácsi törvény ilyen kérelem teljesítésére módot nem ad,* — azt azonban megtette, hogy a szóbanforgó kérelmet megkeresésével együtt áttette, megjegyezvén, hogy a fél ezt a kérelmet előadta.

Erre a következő neheztelőhangú válasz érkezett: „... Megjegyzi végül a tanács, hogy a tanács minden tagja esküt tett arra, hogy véleményét legjobb lelkiismerete szerint, tehát minden más körülménytől függetlenül teljes objektivitással adja meg. Ezért a felülvéleményezésben való részvételtől elfogultsági kifogás alapján egyetlen tanácsstag sem tiltható el s ilyen jellegű kifogás a tanács életében először emeltetett. Különben is a tanács tagjai egyetemi tanárok, vagy főorvosok és előfordulhatnak az az eset is, hogy indokolatlan elfogultlansági kifogások miatt a tanács felülvéleményt egyáltalában nem is adhatna.

Adott esetben a tanács a bíróság kívánságát a fentiek ellenére teljesítette abban a meggyőződésben, hogy ez nem fog precedensül szolgálni.*)

Hiszen a bírói is esküt tett és elfogultsági kifogás alapján — természetesen csak ha az helyálló, — mégis kizárható, akármilyen magas is az a bírói méltóság amelyet egyébként betölt. Hiszen az Igazságügyi Orvosi Tanács bármely tagját perelhetik, sőt bármely tag hozzátartozójának is lehet pere, amikor is az érdekelt tag közreműködése a törvényes rendelkezések hiányában nem lenne kizárva. Nem kell e bizarr példákat folytatni, ennek az előadásnak a hallgatósága e példák nélkül is tisztában van a véleményben kifejtett álláspont jogi tarthatatlanságával.

Miről van itt tulajdonképpen szó?

Az Igazságügyi Orvosi Tanács megalkotásakor a törvényhozó feltevésem szerint nyilván a perrendi új

*) A szakértőkre vonatkozó perrendi szabályok az Igazságügyi Orvosi Tanács tagjaira a 9000—1918 sz. rendelet 4. §-a szerint csak akkor alkalmazhatók, amikor a tanács tagjai külön kirendelés alapján közvetlenül teljesítenek a bíróság előtt vizsgálatot (1890:XI. t. c. 2. §. második bek. e. pont) de akkor is csak bizonyos vonatkozásban: „egyebekben ilyen esetekben a kiküldött eljárására, véleményének beterjesztésére szakértői díjaira, viselésére, megállapítására, behajtására és utalványozására a szakértők tekintetében fennálló általános szabályok irányadók.” Tehát a kizárára vonatkozó szabályok nem lévén a felsorolásban, nem nyerhetnek alkalmazást.

***) Budapesti Törvénytörvény 4. P. 39993—1930.

*) Kúria P. VI. 5462—1937.

***) Budapesti Tábla P. XV. 7765—1937.

törvénnyel kívánta rendezni a kérdést és ezért magában az Igazságügyi Orvosi Tanácsról szóló törvényben ennek a kérdésnek rendezése elmaradt. Később a perrendi törvény előkészületi munkáinál ez a kérdés a nyilvántartásból valahogyan kieshetett és így a törvényes szabályozásra sem került sor. Ez a körülmény *gyakorlatilag* természetesen nem jelent semmilyen veszélyt. A szóbanforgó tanács etikailag olyan magasan álló testület, hogy ha a törvényben ténylegesen fennálló hiányosság módot is adna inkompatibilis eljárásra, ennek veszélye *egyenesen kizártnak tekinthető*.

VIII.

Általában érvényesül az a jogelv, hogy a kereset ténybeli alapját tagadás esetén a felperes bizonyítani tartozik. Ha ez a bizonyítás nem sikerül, a keresetet el kell utasítani. Ezt az elvet ezekre a perekre átvételve, azt kell mondani, hogy a felperes pernyertes akkor lesz, ha bizonyítja, hogy az alperes az orvosi műhibát elkövette és ennek az orvosi műhibának a következményeként állott be az hátrányos és kártokozó körülmény, ami miatt a felperes fellép.

Hogy példával szolgáljak: a felperes azt mondja, hogy műtét közben az alperes egy kendőt hagyott a hasüregben, ennek folytán a részletesen leírt egészségháborítások merültek fel és a felszámított kár keletkezett. A bizonyítás során bebizonyult a kendő benthagyása, megállapítást nyert az is, hogy az egészségháborítások és kiadások ennek következtében jelentkeztek, továbbá, hogy ez a benthagyás orvosi műhibának minősül. Így tehát az alperesre kellett hárítani a bebizonyult kárt.

Vannak azonban olyan esetek, amikor a felperes hasonló kereseti előadására a műhiba kérdésében nem érkezik ilyen határozott válasz. Nevezetesen a szakvélemény arra az eredményre jut, — vagy helyesebben a szakvéleményből arra az eredményre lehet jutni, hogy a követett eljárás tényleg műhiba volt. A továbbiakban azonban egy zökkenő jelentkezik. Nevezetesen a szakvéleményből az is kitűnik, hogy bár a beállott hátrányos eredmény következménye lehet a műhibás eljárásnak, de következménye lehet más tényezőnek is.

Errenézve is példát hozok fel. Valaki elesik, elájul, injectiót kap, de rosszul. Egyik végtagja éspedig az, amelyiket esés közben erős ütés ért és amelyikbe helytelenül kapta az injectiót, részben megbénul. A szakértői vélemény oda konkludál, hogy a bénulás előállhatott a helytelen injectiótól, de előállhatott ettől függetlenül magától az ütéstől is. A valószínűsítő adatokat percentualisan is kifejezi, ez a meghatározás azonban a vitának elvi eldöntésében segítséget nem ad.

Ebben az esetben arról lehet szó, hogy a felperesnek az a kereseti előadása: az alperes műhibát követett el, helytállónak mutatkozik. Helytállónak mutatkozik elvileg az a további megállapítása is, hogy ennek a műhibának a következménye a bekövetkezett egészségháborítás, jelen esetben a bénulás. Mert hiszen a szakvélemény szerint is a hibás beavatkozás által előállott bénulásnak egy bizonyos százalék valószínűsége megvan.

Előterbe lép az az elgondolás, hogy az a körülmény, hogy a szakvéleményben utalás történik más lehetőségre is, csupán azt a lehetőséget biztosíthatja a műhibás, tehát jogellenes magatartású alperesnek: bizonyítsa —, ha tudja —, hogy a felperesi egészségháborítás nem az ő hibás kezelésére, hanem egyéb körülményekre vezethető okszerűen vissza. Nyilvánvaló, hogy az ilyen bizonyítási lehetőség az esetek legtöbbszörében kevés pozitív eredménnyel járhat.

Meg kell jegyezni, hogy ez a kérdés ugyan már több ízben felmerült, kielezett felsőbbirósági döntés azonban ezen az alapon — tudtommal — még nem jött létre. Az ilyen tényállású perek ugyanis elsősorban alkalmasak arra, hogy egyezségi befejezésre jussanak.

IX.

A fenntartót tekintve az összes fővárosi gyógyintézetek — kórházak, sanatoriumok, üdülők, — három kategóriába oszthatók: a) olyanok, amelyeket magánosok tartanak fenn; b) olyanok, amelyeket az állam tart fenn és végül c) olyanok, amelyek fenntartójaként a székesfőváros jelentkezik.

Az első kategóriájú intézetekben alkalmazott orvosok hivatali titoktartásáról szó sem lehet, minthogy ezek az orvosok nem közalkalmazottak; A második kategóriába tartozó intézeti orvosok kétségtelenül tisztviselők, azonban műhibás perekben ezek az orvosok a hivatali titoktartásra, mint vallomástételt gátló okra nem hivatkoznak. A harmadik kategóriába eső kórházak és intézmények orvosai a műhibára alapított perekben időnként hivatkoznak arra, hogy őket a hivatali titoktartás köti és a vallomástételt megtagadják.

Ezt a magatartásukat a bpesti kir. Itélőtábla is helyesnek minősítette, amennyiben kimondotta, hogy „... a közszolgálatban álló kórházi orvos hivatásszerű feladatát a közegészségügynek, mint közigazgatási célnak elérése céljából a kórházba felvett beteg bajának megállapítása és gyógykezelése képezi. Az a kérdés tehát, hogy egy a kifejtettek szerint közszolgálatban álló kórházi orvos valamely beteget hogyan kezelte, az illető orvosnak hivatali hatáskörére és hivatali működésére vonatkozik, melyre nézve az illető orvos a Pp. 298. §. 1. bek. 2. pontja szerint csak akkor hallgatható ki, ha a hivatali titoktartás kötelezettsége alól az illetékes fellebbvaló hatósága felmentette”*)

Szerény véleményem szerint a közszolgálatban álló orvost két titoktartás is kötheti. Egyik a hivatási, a másik a hivatali. Magával a beteggel szemben a betegségre, gyógykezelésre vonatkozóan a hivatási titoktartás lép előtérbe. Azaz a beteg rendelkezhetik abban a tekintetben az orvossal, hogy saját gyógykezelésére vonatkozóan orvosi hivatása folytán megtudottakat továbbíthatja-e, vagy sem. Ez a beteg személyiségi jogából észszerűen következtethető szabály.

Más vonatkozásban természetesen a hivatali titoktartás érvényesül még a betegre vonatkoztatottan is. Így például abban a tekintetben, hogy az illető beteg kezelésével kapcsolatban a kórházi kezelőorvost a főorvosa hogyan minősítette, a kapcsolatos felügyeleti intézkedés miként történt meg: kétségtelenül a hivatali titoktartás lép előtérbe.

Vegyünk egy gyakorlati esetet. Az alperes a székesfőváros egyik szülőintézetének az orvosa. A felperes a keresetben azt állítja, hogy a szülés levezetésekor a nevezett műhibát követett el.

Ha a fent ismertetett táblai álláspont következtésen szemelött tartandó, akkor már az alperes védekezése is attól volna függő teendő, vajjon a hivatali titoktartás alól hivatali felsőbbbsége felmentette-e, mert enélkül perbeli előadást a szóbanforgó esetre nem is tehetne a műhiba egyszerű tagadásán kívül.

De azt is meg kell állapítani az előbb idézett döntés síkján hogy a lényegben elbírálás így a bíróság kezéből kicsúszik és a közigazgatási hatóság kezébe kerül. Ugyanis a döntés — éspedig a felperesi kereset

*) Bpesti Itélőtábla, P. XV. 1229—1938. sz.

előadását érdemben elbíráló döntés helyzetébe csak úgy kerül a bíróság, ha a felperes által indítványozott, a kereseti tényelőadásra vonatkozó bizonyítást felveheti. Ez a bizonyítás pedig nem egyéb az illető intézet orvosi személyzetének a betegsége, a gyógykezelésre vonatkozó tanuvalomásánál. Ha erre a tanuvalomás nem vehető ki azért, mert az orvosi személyzet a titoktartás alól a felmentést meg nem kapta, a kereset már eleve elutasításra van ítélve. Tehát nem a bíróság lesz az, amely az egész bizonyítási anyag birtokában és annak ismeretében dönt, hanem a közigazgatási hatóság kerül abba a helyzetbe: eleve elzárhatja a jogait kereső felet attól, hogy igazát bizonyíthassa.

És különösen suta a helyzet akkor, ha tudjuk, hogy a felmentés megadására illetékes annak a székesfővárosnak a polgármestere, amely székesfőváros másodlagosan felel abban az esetben, ha a műhiba megállapítást nyert, az orvos marasztaltatott s rajta a marasztalási összeg behajtható nem volt.

És suta a helyzet más vonatkozásban is. Ha a beteg magánorvoshoz, magánintézethez, vagy állami orvoshoz, állami intézethez fordul, abban a megnyugtató tudatban teheti ezt, hogy amennyiben kezelése körül bármilyen mulasztás történne is, a legteljesebb bizonyítási anyag áll majd rendelkezésére.

Megnyugtató tudatot említettem, holott a műhibából eredő regressus érvényesíthetése talán nem a legmegnyugtatóbb biztosíték egy beteg részére. Mégis így van. Ha a beteg tudja: hiba esetén mindenki a rendelkezésére áll, ebből okszerűen arra a következtetésre jut, hogy ellátása hanyagságmentes lesz, hiszen bizonyítékszolgáltatási kötelezettség terheli egész környezetét. Ez pedig már megnyugtató tudat.

Műhibának elvileg mindenütt ki van téve a beteg. Ha magánorvoshoz, vagy állami intézményhez fordul, ezt a műhibát minden további nélkül bizonyíthatja is. Ha azonban székesfővárosi intézménnyel kerül szembe, a műhibát csak a közigazgatási hatóság kedvező állásfoglalása esetében van módja bizonyítani.

X.

Igen sok keresetnek az a téves elgondolás az alapja és háttere, hogy a kezelésbevétellel az orvos mintegy vállalkozóként az egészségszállításra van kötelezve, s ha ez be nem következik, nyilvánvaló az orvosi hiba s az orvos így természetesen kártérítéssel tartozik. Különösen áll ez akkor, ha az orvos feladata a műtéti beavatkozás volt.

Ez az elgondolás természetesen tarthatatlan, amit a gyakorlat így fejez ki: „... az orvosi tudomány mai állása mellett minden műtéti beavatkozás jár némi kockázattal még akkor is, ha műtét közben a műtősebész és segédsemmélyzete a kívánt eredmény elérése érdekében a tudomány mai állásának megfelelően mindent meg is tesz. Ezt a kockázatot szükségszerűen a beteg viseli. Ennek a kockázatnak automatikus áthárítása jogszabály hiányában nem lehetséges.”**)

De természetesen nem lehet szó ilyen áthárításról akkor sem, ha nem műtéti beavatkozásról, hanem egyéb kezeléssel van szó.

Elég gyakran történik, hogy a köztudatban veszélytelennek ismert bajok tragikus véghez vezetnek. Egy mandulagyulladás pl. sírbavisz valakit, vagy egy veszélytelennek mutakozó meghülés tesz pontot az élet végére. Ilyenkor a hátramaradottak — néha lelkiismeretlen, vagy könnyelmű tanácsadók befolyásolása nyomán —

nem képesek elfogadni, hogy az aránylag könnyű betegség, csekély baj orvosi hiba nélkül vezethetett a tragikus véghez.

Pedighát az orvos szolgáltatásának jellege épen az, hogy *nem eredményt nyújt*. Egy bizonyos eredményre törekszik ugyan: a beteg meggyógyítására, azonban ha ez a kívánt cél el nem érhető, ezért őt —, ha egyébként jól dolgozott — felelőssé tenni nem lehet. Ezért általában az *eredmény* közömbössé szintelenedik el.

De bármennyire messzire áll is *általában* a vállalkozói szerződéstől az a viszony, amelyben az orvos a páciensével van, néha az orvosi működés is a vállalkozási szerződés kereteibe kívánkozik. Az biztos, hogy amikor az orvos az egészség helyreállítása, vagy az az élet megmentése érdekében lép közbe s jó munkát ad, az eredmény közömbös. Tehát fogalmilag mutatkozik kizártnak *itt* a vállalkozói szerződés.

Ha azonban a közbelépés sem az egészség, sem az élet érdekében nem indokolt, hanem csupán esztétikai szempont s főleg a patiens akaratelhatározása az orvosi cselekmény háttere, kérdés, vajjon nem munkaeredményt tartozik-e szolgáltatni az orvos is. A kozmetikus orvostól a szőke hölgy hajfestést rendel, mert barna akar lenni. Az orvos fest is, azonban a festés zöldre sikerül. Kétlem, hogy eredményesen védekezhetnék azzal, hogy mindent lege artis végzett el. A kozmetikai műtétek esetében —, amelyek egyébként egész komoly beavatkozások lehetnek — ez az elgondolás ugyancsak megfontolást igényel.

XI.

Érdekes, hogy e területen is akad közlési kötelezettség. Nem arra gondolok, vajjon tartozik-e közölni az orvos betegével annak állapotát akkor, ha orvosilag már menthetetlennek kell tartania. Egy olasz forrásból veit állítólagos, de ellenőrizhetetlen bécsi döntés szerint az ilyen közlés nem kívánatos s az orvos az esetleges hátrányos következményekért anyagilag is felel.

Arra esetre sem gondolok, amikor a hasonlóan pessimistikus közlés tévesnek bizonyult. Egy ugyancsak ellenőrizhetetlen beszámoló szerint egy amerikai bankemberre kimondhatták orvosai, hogy legfeljebb három évig élhet. Beletörődve sorsába vagyont úgy osztotta be, hogy a harmadik év végére fogyjon el. A vagyon el is fogyott, a bankár ellenben meggyógyult. Most kártérítést perli az orvosokat. A közelebbi megokolásról, a per kimeneteléről adatok hiányában be nem számolhatok. Tulajdonképpen nem ezekről a közlésekről van szó.

Az injectió s tű vékony hegye gyártási hiba, vagy az izmok hirtelen, váratlan összehúzódása folytán betörnek a sebbe. Ez adott esetben nem orvosi műhiba. A patiens a beletörést esetleg észre sem vette s lehet, hogy a betört darab nem is okoz semmi bajt. A közlési kötelezettség azonban az orvos részéről ilyenkor is fennáll és a közlés elmulasztása az erre visszavezethető kiadások megtérítésének kötelezettségét vonja maga után.

Az utóbbi időben történt hasonló eset volt az, amikor a szülés utáni gátvarráskor a Bassini-tű jó darabja betört. Ez sem műhiba, mindenkivel előfordulhat. Nem hiba az sem, hogy az orvos akkor rögtön nem kezdte keresgélni a tűt, hanem az egyébként is legyengült beteget nyugton hagyta. De ott már mulasztott, hogy a tű beletörését a kórtörténeti iratokban fel nem jegyezte s különösen mulasztott akkor, amikor a felépült s a kórházból távozó vidéki asszonnyal sem közölte a dolgot.

Mert mi lett a következmény? Bizonyos panaszok felmerülésével az asszony egyik orvostól a másikhoz

***) Bp. Tszék. 4 P. 34.951—1936. Bp. T. P. XV. 7571—1937. Kúria P. VII. 1594—1938.

vándorolt, míg végre a harmadik vagy negyedik általános vizsgálatot végezve röntgenátvilágítást is végzett, ami persze azonnal megmutatta a baj eredetét. A felismert *közlési kötelezettség* megsértése miatt bizony a többletköltségekért a mulasztó orvost felelőssé tette a bíróság.

XII.

Tehát nem egészen veszélytelen pálya az orvosi. Vigasztalódjunk: régen sem volt sokkal jobban.

Egyik kiváló írónk beszámol az egykori nyugati hatalmak követeinek jelentéseiről, amelyeket az akkor előretörő törökök fényes portájáról küldözgettek haza. Halljuk, mit mond az orvosokról: „...: A gyermeki módon együgyű európai jövevény nép semmiféle iskolázottsághoz nem kötötte az orvosi gyakorlatot fatalizmusánál fogva. Kismet! Alapjában véve nem is nagyon hitte, hogy az ember a lét dolgaira befolyást gyakorolhasson. De ha mégis doktort hívatott valamelyik különösen kedvelt betegéhez, akkor elvárta, hogy az feleljen a beteg gyógyulásáért. Ha a páciens nem elég gyors ütemben javult — Isten őrizz, talán meg is halt! — akkor „rossz” volt az orvosság és a gyógyszer család nyugodtan konkok koncára hányhatta a „bünös” orvost. Legtöbbször meg is tette, anélkül, hogy bárkinek eszébe jutott volna ezért felelősségre vonni, annál kevésbé megbüntetni.”*

Hát nálunk nem koncolják fel az orvost, ha gyógyítása nem sikerül.

De valóban nem koncolják-e fel?

Bizony a szegényjogon folytatott hajsza nagyon gyakran hasonlít egy koncolási kísérlethez. Így nem is csoda, hogy néhány orvosunk még lovat is ad a támadók alá és fizet, egyik szellemes angol újságíróval tartva, aki azt mondja: „Ha valaki kér tőlem 20 sterlinget: elküldöm a pokolba; — ha azzal próbálkozik, hogy erőszakkal szedje el tőlem: ellenállok; — de ha azt közli, hogy pert indít ellenem: nem habozok, hanem ész nélkül fizetek.”**

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Szintetikus oestrogen anyaggal végzett kísérletek.

Irta: Fátyol Csongor dr. tanársegéd.

A kémiai hormonkutatás eddig elért legnagyobb eredményének kétségkívül a szexuálhormonok kémiai szerkezetének felderítése tekinthető. Röviddel azután, hogy sikerült a szexuálhormonok hatásainak kimutatására egyszerű és könnyű minőségi s mennyiségi vizsgálati eljárásokat találni s ezek segítségével az egyes szexuálhormonokat a megfelelő biológiai kiindulási anyagokból kellő mennyiségben előállítani, siker koronázta ezen szexuálhormonok pontos kémiai szerkezetének megállapítására irányuló fáradozásokat is.

Ezek alapján tudjuk ma, hogy a természetben előforduló szexuálhormonok, úgy a női, mint a him szexuálhormon, ill. a sárgatest hormonja kémiai szerkezetük tekintetében messzemenő rokonságot mutatnak. További érdekes megállapítás volt, hogy olyan hatásokat, mint

a női és him szexuálhormon, nemcsak egy bizonyos kémiai vegyület tud előidézni, hanem több más, egymással rokon vegyület is, melyek részben a szervezetben kimutathatók, részben még csak mint a kémiai laboratórium produktumai ismeretesek.

Igy pl. quantitative ugyan különböző, qualitative azonban egymásnak megfelelő hatást mutat a szervezetben előforduló, két egymással rokon vegyület, az *oestron* (a tulajdonképeni folliculin) és az *oestriol* (folliculin-hydrat). A szervezetben előforduló további rokonvegyületek (*equilin*, *equilin*, stb.) hatása szintén hasonló, habár igen gyenge. Az igen erős hatású oestradiolt először szintetikusán állították elő, később azonban *Doisy* és munkatársai az ovariumban is megtalálták. *Cook* nagyszámú rokonvegyületet állított elő szintetikusán, melyeket eddig a szervezetben megtalálni nem sikerült és amelyek többé-kevésbé erős folliculinhatást mutatnak. (*Phenanthrensármazékok*, *dibenzanthracensármazékok*). Hasonló a helyzet a him szexuálhormonnál is. A szervezetben több egymással kémiailag rokon anyag található, melyek qualitative hasonló, quantitative azonban bizonyos mértékben eltérő him szexuálhormon hatásokat mutatnak. Ezek közül legfontosabbak az *androsteron*, a *testosteron*, valamint a *trans-dehydroandrosteron*. Ismerünk itt is olyan anyagokat, melyeket szintetikusán állítottak elő és amelyeket eddig a szervezetben megtalálni nem sikerült. Ezek száma igen nagy.

A szexuálhormonok kémiai szerkezetének megállapítása után gyors tempóban sikerült eljutni a haladás további fázisához is, mely az egyes szexuálhormonok szintetikus előállításában állott. Ma azt mondhatjuk, hogy sikerült mind a három szexuálhormont szintetikusán előállítani, azonban gyakorlati jelentősége a szintetikus eljárásoknak csak a him szexuálhormon és corpus luteum előállítására vonatkozólag van. A női szexuálhormont is sikerült ugyan elvben szintetikusán előállítani, azonban az eddig ismeretes eljárások gyakorlati értékkel még nem bírtak, mivel a kitermelés csak igen minimalis.

Igen nagy meglepetést keltett azonban *Dodds* és *Lawson* angol kutatók azon megállapítása, hogy a női szexuálhormonhatás kifejtésére olyan anyagok is képesek, melyek a természetes női szexuálhormonnal kémiai rokonságot nem mutatnak. Ezen kutatóknak sikerült ugyanis előállítani kémiailag teljesen más természetű anyagokat, melyek mégis állatokban női szexuálhormon kimutatására szokásos elváltozásokat idéztek elő. Ezen hatás az első időben előállított anyagoknál quantitative még nem érte el a természetes női szexuálhormon hatásának erősségét. Az angol kutatók további vizsgálatai azonban újabb meglepetéseket is hoztak még. Az első lépés ezen meglepetések felé azon megállapítás volt, hogy az *anol* nevű vegyület polymerjei, melyek a természetes női szexuálhormonok kémiai szerkezetével szintén semminemű rokonságot nem mutatnak, olyan erős szexuálhormonhatást fejtenek ki, mely a természetesét már megközelíti. A második lépést az úgynevezett *stilben* vegyületek előállítása és vizsgálata hozta meg. Rövidesen sikerült *Dodds*, *Goldberger*, *Lawson* és *Robinson* angol kutatóknak ezek közül egy olyan anyagot előállítani, mely a természetes női szexuálhormonnak, az *oestron*nak eddig ismert összes hatásait állatkísérletekben létrehozni képes, mely azonban ezen természetes női szexuálhormon hatását quantitative nemcsak, hogy megközelíti, hanem bizonyos tekintetben felül is múlja. Ez az anyag 4.4'-dyhydroxy-alfa, betadiethylstilben, vagy röviden *stilboestron*.

*) *Gulácsy Irén*: Ázsiai áliapotok.

***) *Jerome K. Jerome*.

A felfedezés igen nagy jelentőségű. Sikertült ugyanis mesterségesen, kémiai laboratóriumban egy olyan anyagot előállítani, mely egy természetes hormonnak összes ismert biológikusan vizsgálható hatásait előidézni képes, amellelt azonban kémiaiilag teljesen más természetű anyag, mint az illető hormon.

Ezen nagyjelentőségű megállapítás indított arra, hogy ezen anyagot, melyet a Richter-gyár rendelkezésemre bocsátott állatkísérletekben megvizsgáljam.

Az első vizsgálatok, melyeket végeztünk, ezen szintetikus anyag oestrogen hatásaira vonatkoztak. Érdekes ugyanis, hogy a természetes női sexualhormon különböző alakjai a castrált egéren és a patkányon különböző dosisokban idézik elő az oestrust. Ez az úgynevezett patkány-egér relatio a sexualhormon különböző alakjaira bizonyos mértékig jellemző. Így pl. az oestronalak patkányegysége 8—10-szer akkora, mint az egéregység, ezzel szemben pl. az oestradiol alak patkányegysége alig nagyobb, mint az egéregység.

A kísérleteket a következő módon végeztük:

10—10 castrált nőtény egérnek egy nap lefolyása alatt 2 részletben összesen 0.25 ccm-t fecskendeztünk bőre alá, egy olyan oldatból, mely ezen anyagból 1/250, 1/500, 1/1000, 1/2000, 1/5000, ill. 1/10.000 mg-ot tartalmazott 50%-os vizes propylenglykolban. Másnap, harmadnap és negyednap váladékot vettünk az állatok hüvelyéből és azt oestrusrögökre megvizsgáltuk. A vizsgálat eredménye az volt, hogy 1/250, ill. 1/500 mg-os adagokra az állatok oestrussal reagáltak, kisebb dosisok azonban hatástalanok voltak. Ezek szerint 1/500 mg, azaz 2 γ a legkisebb dosis, mely egéren még hatásos (egéregység).

Hasonló módon vizsgáltuk a készítmény hatásosságát castrált nőtény patkányon is. Itt azt találtuk, hogy már 1/3000 mg., azaz 0.33 γ hatásos.

A kísérletek tehát azt mutatták, hogy a patkány legkisebb hatásos adagja a mi kísérleti feltételeink között 0.33 γ volt. Az egéregység, meglepő módon ennél jóval nagyobb, t. i. 2 γ . A készítmény tehát patkányokon az eddig ismert összes női sexualhormonszármazék hatását sokszorosán felülmúlja. Ismeretes, hogy az oestronból 1.0—1.5 γ szükséges ahhoz, hogy castrált patkányon oestrushatást érzünk el. Az egéren viszont az oestron hatásosabb, mint a szintetikus anyag. Ezen eredmények is azt mutatják, amit már a természetes hormonnal (oestron, oestradiol) végzett vizsgálatokból is tudunk, t. i., hogy az egyes állategységekben kifejezett erősség egy és ugyanazon hormonneménységnek mérésére ugyan alkalmas, de semmi esetre sem alkalmas arra, hogy ebből következtetést vonjunk az illető hormonnak emberi therapiás hatásáról. Ezt az utóbbit csak klinikai kísérletek képesek megállapítani.

Meglepő volt azonban e kísérletekben az a körülmény, hogy a szintetikus oestrogen anyag hatása hamarabb zajlik le, mint a természetes hormoné. A szintetikus hormon hatása ugyanis már 24 óra múlva jelentkezett, de 48 óra alatt már le is zajlott.

Fontos feladatának látszott ezután a szintetikus oestrogen anyag estereinek vizsgálata. Tudjuk, hogy a természetes női sexualhormonok bizonyos organikus savakkal képezett esterei a hatás beállta és tartóssága tekintetében bizonyos eltéréseket mutatnak a nem ester formájú hormonnal szemben. A női sexualhormon esterei, melyek közül a gyakorlatban leginkább a benzoat használatos, lassabban, viszont tartósabban hatnak, mint a szabad sexualhormon. E körülmény oka valószínűleg abban keresendő, hogy az esterforma maga nem szívódik fel, ellenben a szervezetben lassan eredeti componentseire hasad. A női sexualhormon ilyen módon lassan, de folyamatosan szívódik fel és így lassan beálló tartós hatást hoz létre.

Amennyiben a szintetikus oestrogen anyag esterei hasonló tulajdonságokat mutatnának, annak annyival nagyobb volna a jelentősége amennyiben a szabad stilboestron hatása gyorsabban jön létre és gyorsabban zajlik le, ugyanúgy, mint az oestron hatása. Az esterek közül rendelkezésünkre állott a *benzoat és dipropionat**) Ezekkel az esterekkel a következő biológiai kísérleteket végeztük.

10 castrált patkánynak 50%-os vizes propylenglykolban oldott 0.5 γ stilboestront adtunk a fent leírt módon (I. csoport) további 10—10 castrált patkánynak pedig 0.5 γ stilboestryldipropionatot adunk olajban (II. csoport), ill. 50%-os vizes propylenglykolban oldva (III. csoport) és végül 10 castrált patkánynak 0.5 γ stilboestrylbenzoatot adunk 50%-os vizes propylenglykolban oldva. (IV. csoport.)

A kísérletek eredménye a következő volt:

Azok az állatok, amelyek szabad stilboestront kaptak, (I. csoport) 24 órával már egy injectio után positiv eredményt mutattak ugyan, azonban 48 óra múlva a hatás már megszűnt. Azok az állatok, melyek stilboestryl dipropionatot kaptak, még 48 óra után is positiv eredményt mutattak. A hatás kifejezettebb volt propylenglykokolos oldatok adagolása után, (III. csoport), míg az olajos oldatok bizonytalan eredményhez vezettek (II. csoport). A benzoat (IV. csoport) meglepő módon teljesen hatástalan volt, ezért az utóbbi 5 γ stilboestrylbenzoat adagolásával megismételtük, azonban ezen mennyiség is hatástalan volt.

Kísérleteink tehát azon meglepő eredményhez vezettek, hogy a szintetikus oestrogen anyag benzoat-estere teljesen hatástalan. Ez annál meglepőbb, mivel a természetes oestronnak és oestradiolnak benzoat esterei a hatás szempontjából éppen a legmegfelelőbbek. Ezzel szemben teljesen kielégítőnek mutatkozott a dipropionat ester. Lehetséges, hogy az emberi therapia céljára ugyancsak a stilboestron dipropionat estere lesz a legmegfelelőbb.

Ezután megkíséreltük a stilboestron dipropionatját tájékozódás céljából peroralisan és percutan adagolni. Ezen kísérletek arra az eredményre vezettek, hogy castrált patkányon 1 γ stilboestryldipropionat szondán át peroralisan történő adagolása oestrust minden esetben előidézni képes. Ugyanezen mennyiség vazelinben felvéve, a borotvált bőrre kenve, szintén hatásosnak bizonyult.

Hogy a szintetikus oestrogen anyag hatásmechanismusa tényleg megfelel-e a női sexualhormon mechanizmusának, arra vonatkozólag különböző kísérleteket végeztünk. Az eddigi kísérletek ugyanis csak a vaginalis oestrusjelenségekre vonatkoztak. Tudvalevő azonban, hogy a női sexualhormonnak még egyéb specifikus hatásai is vannak, melyek közül megemlítenők a női nemiszervek specifikus szövettani elváltozásai, a corpus luteum hormonjával szemben gyakorolt antagonistikus hatása és a fiatal állatok növekedésének meggátlása.

Mindezen hatásokat beható vizsgálat tárgyává tettük. A női genitáliákra gyakorolt hatás vizsgálatát következő módon végeztük:

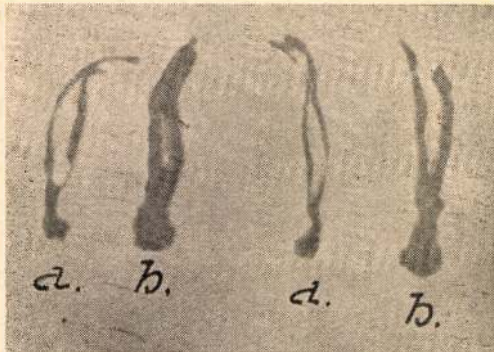
6 castrált, 140—160 gr. súlyú nőtény patkánynak 6 napon át napi 100 γ stilboestryldipropionatot injiciáltunk.

Ezután az állatokat leöltük és mindenekelőtt megmértük az uterus és a vagina súlyát. Ez átlagban 40 mg.-ot tett ki. Ezzel szemben 6 kezeletlen, ugyanolyan súlyú állat uterus-vagina-súlya átlagban 27 mg. volt (l. 1. ábra).

Ezután a patkány-méhet szövettani vizsgálatnak vetettük alá. A szövettani vizsgálat eredménye az volt, hogy a szintetikus oestrogen-hatás által előidézett morfológiai elváltozások minden tekintetben megfelelnek a természetes női sexualhormon által előidézett elváltozásoknak (proliferációs phásis), amennyiben az uterus izomfala erősen megvastagodott és több nyalábsorból álló simaizom elemekből

*) A két estert, melyek közül az utóbbi *Synlestin* néven van forgalomban, a Richter vegyészeti gyár bocsátotta rendelkezésemre.

áll. A nyálkahártya stromáját laza kötőszövet alkotja, melyben feltűnően sok az eosinophil-sejt. Ezen stromában mérsékeltén megszaporodott a mirigyállomány és néhány mirigycső erősen tágult. A mirigyhám magas hengeres, a mag hólyagszerű. A világos hólyagú magvak főleg a sejtek basalis rétege közelében foglalnak helyet, néhány mitotikus sejtoszlást is látunk. A nyálkahártyának a méh ürege felé eső hámborítékát magas, nagyon sok helyen többrétegben egymás felett ülő hengerhámsejtréteg képezi, e hámrétegben kifejezett vacuolus degenerációval. A hám sok papillát képez és bocsájt az uterus lumenébe. A papillák nagy részét kötőszövetes tengely kíséri (l. 2. ábra, mikrophotogramm).



1. ábra. Az a-val jelzett uterusok kontroll-állatokból, a b-vel jelzett uterusok a stilboestryldipropionattal (Syntestrin Richter) kezelt állatokból származnak.

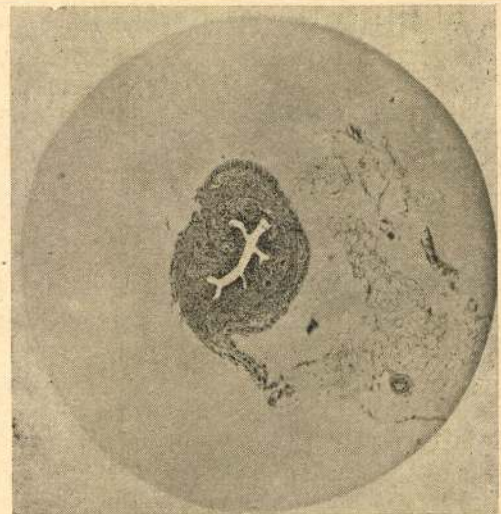
Ismeretes, hogy a női sexualhormon és a corpus luteum hormon (progesteron) egyidejű adagolása mellett egymásnak az uterusra gyakorolt hatását megakadályozzák. Ezen körülmény már régebben ismeretes volt és corpus luteum hormonjának előállítására is csak akkor lett kellő mértékben eredményes, amikor sikerült a corpus luteum kivonatából a folliculint teljes mértékben eltávolítani. A női sexualhormon és a progesteron közötti antagonizmust egyébként Szarka fel is használta a corpus luteum hormonjának standardizálására. Annak megállapítására, hogy a szintetikus oestrogen anyag uterus-növelő hatását a corpus luteum hormonia ugyanúgy gátolja-e, mint a természetes női sexualhormonét, a következő kísérleteket végeztük:

4—4 infantilis patkánynak 2 ízben összesen 30 γ stilboestryldipropionatot injiciáltunk 0.1 ccm. mennyiségben. Ezután az egyik 4-es csoportnak 1 egység corpus luteum hormont (glandocorpin Richter) adtunk, 48 óra múlva leöltük az állatokat és megállapítottuk, hogy azon állatok uterusai, amelyek csak szintetikus oestrogen anyagot kaptak, megvastagodott, míg azoké, amelyek a szintetikus oestrogen anyagon kívül glanducorpin-t is kaptak, ilyen megvastagodást nem mutattak. Tehát a progesteron a szintetikus oestrogen anyag hatását is meg képes akadályozni.

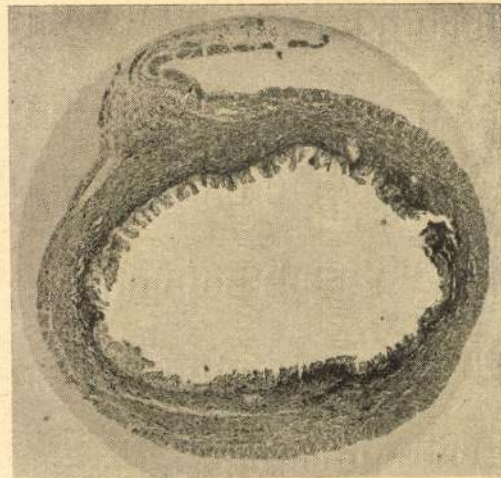
A női sexualhormon azon különös és érdekes tulajdonságára, hogy infantilis állatok növekedését megállítja, először Zondek hívta fel a figyelmet. Zondek infantilis egéren nagymennyiségű női sexualhormon adagolásával a növekedés teljes megállását érte el, amit úgy magyarázott, hogy a női sexualhormon csökkenti a hypophysis elülső lebenyének működését és így a növekedési hormon termelését is.

Nagy jelentőségűnek látszott előttünk az a kérdés, hogy a szintetikus oestrogen anyag is képes-e ilyen hatásokat létrehozni. Kísérleteinket a következő módon végeztük:

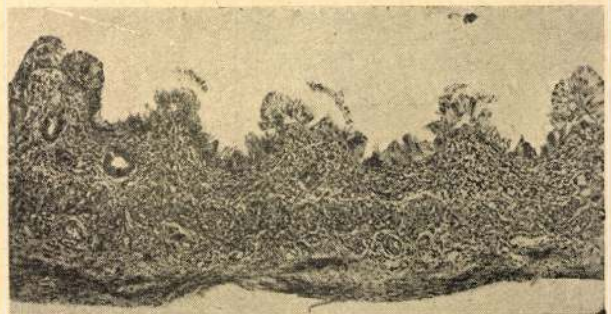
8 darab, egy anyától származó egeret vettünk. 4-nek hetenként kétszer 1—1 mg. stilboestryldipropionatot adagoltunk subcutan injectio formájában. A növekedésről súlyméréssel győződöttünk meg. A szintetikus oestrogen anyaggal kezelt egerek növekedésükben erősen visszamaradtak, mint ahogy a 3. ábrán lévő görbéken is látható (l. 3. ábra). Ezzel szemben a kontroll-állatok, melyek csak oldószert (propylenglycol) kaptak, normális növekedést mutattak. (Lásd ábra.)



a)



b)



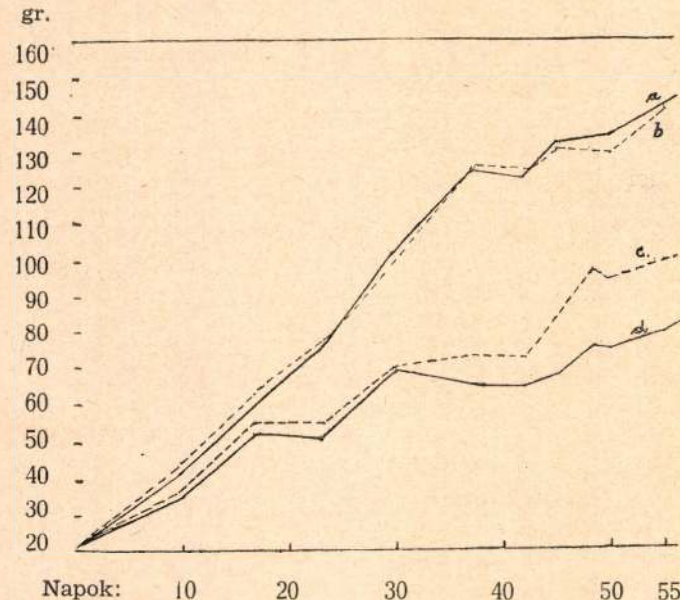
c)

2. ábra. Mikrophotogramm. a) a kontroll-állat méhének keresztmetszete, b) stilboestryldipropionattal (Syntestrin) kezelt castrált nőstény patkány méhének keresztmetszete és c) hosszmetzete.

Megjegyzendő, hogy az ily módon kezelt állatok uterusai a kísérlet végén zsákszerűen kitágultak. A szintetikus oestrogen anyag ezen a téren is megfelelő hatást mutatott.

Hátra van még egy gyakorlatilag is nagyjelentőségű kérdés tárgyalása; t. i. azok a vizsgálatok, amelyek a női sexualhormon szerkezetének felderítése után különböző oestrogen anyagok előállítására vezettek, egyben más hatású anyagok felfedezését is eredményezték, ezek között olyanokét, amelyek állatokon rákképző hatásúak voltak. Ezen rákképző anyagok a sexualhormonokhoz bizonyos fokban hasonló kémiai szerkezetet

mutattak. Találtak olyan rákképző anyagokat is, amelyek ugyan rák okozó hatásúak, de oestrogen-hatást nem mutatnak, s végül olyan anyagokat is, mint pl. a természetes női sexualhormon, amelyeknek csak oestrogen hatásuk van, de rákot nem okoznak.



3. ábra. 2 kontroll-állat (a, b) és 2 stilboestryldipropionattal kezelt állat (c, d) súlygörbéje.

A stilboestron kémiai szerkezete jóllehet ezen rák okozó anyagokétól nagyfokú eltérést mutat, mindazonáltal feltétlenül szükséges a stilboestront, esetleges rák okozó hatás szempontjából is a legtűzetesebb vizsgálatnak alávetni. Kísérleteink, melyeket ebben az irányban végeztünk, a következők voltak:

10 darab nőtény egérnek 4 héten át napi 4 γ , majd további 4 héten át napi 10 γ stilboestryldipropionatot injiciáltunk. Ezután a külső és belső genitáliákat szövettanilag megvizsgáltuk. Ezen vizsgálatok azonban csak a várható erős vérbőséget, proliferációt és az uterus zsákszerű felduzzadását, valamint nyálkahártyájának specifikus elváltozásait mutatták. Neoplasmára utaló elváltozásokat sem a makroszkopos-, sem a mikroszkopos vizsgálat nem állapított meg. Látjuk tehát, hogy a *synthetikus oestrogen anyag rák okozó hatást nem mutatott.*

A stilboestron nevű *synthetikus oestrogen-hatású* anyaggal végzett állatkísérleteink eredményei tehát abban foglalhatók össze, hogy ezen anyag a természetes női sexualhormon eddig ismert specifikus hatásait létrehozni képes. Ugyanúgy, mint a természetes női sexualhormon, a *synthetikus oestrogen anyag* is előidézi a castrált nőtény rágcsálókön az oestrus jelenségeit, valamint a belső genitáliák specifikus szövettani elváltozásait. A *synthetikus oestrogen anyagnak* az uterusra gyakorolt hatását a corpus luteum hormonja ugyanúgy ellensúlyozza, mint a természetes női sexualhormonét. A *synthetikus oestrogen anyag* képes az infantilis állatok növekedését megakadályozni. Amennyiben az oestruskeltő hatást vesszük alapul, úgy azt mondhatunk, hogy a *synthetikus oestrogen anyag* patkányokon jóval hatásosabb, mint a természetes női sexualhormon, ezzel szemben egészen a természetes női sexualhormon hatásosabb. Megállapítást nyert az is, hogy a *synthetikus oestrogen anyag* ester formában lassabban beáll, de protrahált hatást mutat, ugyanúgy, mint természetes női sexualhormon esterei. A különbség azonban az, hogy a *synthetikus oestrogen anyag* benzoat-estere, szemben a természetes női sexualhormon benzoat-esterével, hatástalan. Ezzel szemben a dipropionat-ester teljes mértékben hatásos. Eddigi kísérleteink

amellett szólnak, hogy a *synthetikus oestrogen anyag* rák okozó hatása úgylátszik nincs. Mindezek alapján érdemesnek véljük az említett anyagot nagyobb állatanyagon is vizsgálni és ezen vizsgálatokra más kutatók figyelmét is felhívni.

A gyulai M. Kir. Allami Kórház ideg-elmegyógyászati osztályának közleménye. (Főorvos: Szórády István.)

Közös tényező a shok-kezelésekben.

Irta: Mezei Béla dr., alorvos.

Ma a schizoprenia gyógykezelésére a legtöbb intézetben a Meduna-féle görcs- és az ú. n. Sakel-féle insulinkezelést alkalmazzák. Szándékosan jeleztem úgynevezettnek, mert az insulin-shok kezelés feltalálója nem Sakel, hanem Schuster, aki Sakel-t csaknem hét évvel előzte meg felfedezésével. Eredményeiről magyar és német nyelven is beszámolt s kísérleteit olyan életvegytani tényekkel támasztotta alá, amelyek ma is megállják helyüket. Gyógymódjának indokolását azóta még szélesebbre terjesztette, míg Sakel munkaelméletét *Angyal* csakhamar megcáfolta. Sakelnek kétségtelen érdeme, hogy az insulin-shok kezelést a mai alakjában rendszeresítette s törhetetlen bizalmával és bátorságával a kételkedők sokaságát rábírta a „borzalmas”-nak látszó gyógymód alkalmazására.

Schuster szerint az insulin-shok kezelés a „phosphatid, zsír, cukor, glikogen-anyagcsere áttörésén keresztül” fejt ki gyógyító hatását. Elgondolása hosszú időre feledésbe merült, de ismét felszínre hozta az életvegytani gondolkodás, mint az insulin-shok kezelés hatásmódjának egyetlen megközelítő magyarázatát. A szerzők közül még *Angyal* elmélete érdemel említést, amely szerint a cukoréhségre következő cukorbőség jelent az elfajuló sejt számára kedvező anyagcserelökést. Elméletében az anyagcserelökés mibenléte, a cukorból való lecithin képződés nincs magyarázva, *Angyal* azonban ezt az életvegytani lehetőséget sem zárja ki.

Schuster legutóbbi munkájában részletesen ismerteti az insulin-shok alatt végbemenő életvegytani folyamatokat, s hangsúlyozza a cukor hasznosításának szerepét a schizopreniás folyamat által megbetegedett sejtek egyensúlyának helyreállításában. Megemlíti az összes lipoidokat, cholesterint, phosphatidákat, cerebrosidákat, sulfatidákat, protagonokat s ezek közül kiemeli a phosphatidák, főleg pedig a lecithin jelentőségét az agysejtszerkezetek felépítésében. Véleményét megerősítik *Scaffidi* vizsgálatai, amelyek szerint a kp. idegrendszerben végbemenő elfajulásos folyamatokban elsősorban a lecithinek és protagonok csökkennek. *Singer* közleményében a phosphatidák megfogyatkozásáról számol be. *Lehmann—Faci*us a schizopreniára specifikus lipidról tesz említést, sőt ezen az alapon a schizopreniára körjelző liquor reactiót is készített, de sem a specifikus lipoid pontos mibenlétét sem a részletes reactiót nem ismertette.

A lipidoknak lényeges szerepük van az agysejtek felépítésében, kolloid állapotuk állandóságában, összekötő képességükben s áteresztőképességüknél fogva a táplálkozásban is, de mindez csak egy része az idegszövet életműködésének, amelyben rajtuk kívül a fehérjéknek, tehát az oldható nucleoproteideknek, neuroglobulin α és β -nak, valamint az oldhatatlan neurokeratinnak is szerepe van, csakúgy, mint a sóknak, extractív anyagoknak, enzimeknek, katalizátoroknak, hormonoknak és vitaminoknak.

Nem hagyhatjuk szónélkül *Schaefer, Gordon, Magenau*nak a vegetatív áthangolásról szóló véleményét sem. Nézetünk szerint az insulin a köztiagy vegetatív központokra serkentő hatással van, a cukorközpont tonusát emeli. Befolyásolja még a fehérje és hőközpontokat is. Ez utóbbinak bizonyítékául felhozzuk, hogy insulin-shok kezeléseken folyamán 32 betegen észleltünk néhány esetben többször is megismétlődő olyan hőemelkedést, illetve lázakat, amelyeknek az idegrendszeren kívül álló okát nem találtuk.

A Meduna-féle görcskezelés hatásdjával, az anyagcsere gyakorolt befolyásával kevesebben foglalkoztak, aminek oka egyrészt abban van, hogy az insulin-shok kezelésnél hatástalanabbnak találták, másrészt pedig sokáig elfogadták az élettani ellentét tetszetős elvét. Az életvegytani magyarázat kezdeményezője *Stief* volt, aki a beteg sejt számára az áramlás csökkenése utáni élénkületet tartotta fontosnak.

Di Salvatore és *Schuster* dolgozataikban rámutattak arra, hogy a görcs- és az insulinshok-kezelésnek azonos a hatásdjája. *Di Salvatore* schizophreniásokon cardiazolos görcsroham alatt a vércukor csökkenését észlelte éppen úgy, mint hypoglykaemiás komában. *Schuster* életvegytani összefüggésekkel bizonyítja, hogy a görcsrohamok folytán az izmokban elraktározott glikogen mozgósítása következik be s az használódik fel lecitin képződésre, bár nem teljesen azon az úton, mint az insulinshok kezelésben a cukor, hanem a zsírokon, foszfor és „muskeleny”-savon keresztül. Tehát szerinte mind az insulin shok, mind pedig a görcskezelésben a lecithinképződés a lényeges.

A vércukor mennyiségének az epilepsiás görcsrohamok alatti viselkedéséről eltérők a vélemények.

Haury, Victor, Hirschfeld spontán epilepsiás görcsrohamok alatt a vércukor szaporodását észlelték, míg *Pigott* és mások szerint csökken a vércukor mennyisége.

Di Salvatore eredményeit magunk is ellenőriztük 44 schizophreniáson.*) 26 esetben a vércukor roham alatti csökkenését, 15 esetben emelkedését találtuk, míg 3 esetben nem változott a mennyisége. — A vércukor értékét nemcsak a görcsroham előtt és alatt, hanem közvetlenül a görcsroham után, majd 1 óra múlva is meghatároztuk s arra az eredményre jutottunk, hogy a görcsroham lezajlása után minden esetben emelkedett a vércukor s a kezeléseken napján a napi ingadozás magasabb értéket mutatott, mint a pihenő napok alatt. A vércukor a görcsroham alatt 1—55 mg%-kal süllyedt. A középértéket 22 mg%-nak találtuk. Három esetben az is előfordult, hogy ugyanannak a betegnek a vércukra gr. alatt egyszer csökkent, máskor emelkedett, de ez az ingadozás jelentéktelen volt a görcsroham előtti vércukorértékhez képest. Vizsgáltuk az összefüggést a tetracor mennyisége és a vércukorérték változása között is, de az eredmények szerint a kettő között nincs összefüggés. Nagyobb adagokra sem a vércukorszint csökkenésének fokozódását, sem a görcsroham idejének meghosszabbodását nem észleltük. 1.2 gr-on felüli tetracor mennyiséggel nem kísérleteztünk. A vércukor ingadozás nagyságából prognostikai következtetéseket nem lehet vonni.

Mivel az ú. n. psychés rohamok alkalmával is megfigyeltünk jelentős ingadozásokat, felmerült az a kérdés is, hogy ezek egyenértékűek-e az epilepsiás görcsrohamokkal. Erre csak nemmel válaszolhatunk, mert a psychés rohamok olyan kellemetlen tünetekkel járnak,

amelyek a beteg gyógyulását feltétlenül hátráltatják. Másrészt feltételezzük az epilepsiás görcsrohamnak (ammonia felszaporodás az agyban?) vagy tetracornak olyan ismeretlen hatását, amely a schizophrenia kórokat befolyásolja. Vércukormeghatározásainkat epilepsiás betegekre is kiterjesztettük s tetracorral kísérletezve a schizophreniásokon kapott eredményekkel egyezőnek találtuk.

Vizsgálatainkból azt emelem ki, hogy az esetek nagyobb részében görcsroham alatt csökken a vércukor. De fontosnak tartjuk azt is, hogy görcsroham után emelkedik, majd kissé csökken a vércukor, de még így is magasabb, mint a görcsroham előtti érték. A vércukor ingadozásából megállapítható, hogy a görcsroham következtében a cukoranyagcsere megélénkül. Ez a megélénkülés szerintem nemcsak az izomgörcsök által felszabadult tartalékcukrok mozgósításából származik, hanem fontos szerepe van ebben a köztiagy cukorközpontnak is. Ezt az is bizonyítja, hogy jóllehet minden görcsroham alatt mozgósítatik az izomzat tartalékcukra a vércukorértékekben mégis különbségek vannak. Feltételezem a cukorközpontnak az egyén érdekében bizonyos célok szempontjából történő beavatkozását, vagy diszfunkcióját. Ez utóbbira lehetőség is van, mert a schizophreniások köztiagy centrumaiban találtak másodlagos kórszöveti elváltozásokat. A cukorközpontnak abban is van bizonyára szerepe, hogy gondoskodik a görcsök által igénybevett izmok glikogénjének pótlásáról, egyéb glikogen raktárakból.

A tetracornak az insulinhoz hasonlóan a köztiagy vegetatív centrumokra gyakorolt hatását bizonyítja 42 észlelésünk mikor is olyan 37—39 C°-ig terjedő lázakat figyeltünk meg, amelyek magyarázata csak az idegrendszerben található. Ezek legkésőbb két nappal a görcsroham után ismét meg is szüntek. Mivel ugyanazokon a betegeken több ízben megismétlődtek, feltételezzük egyesek hőközpontjának a tetracor iránti érzékenységét és ehhez hasonlóan a cukorközpontnak is. *Angyal* felfogása szerint sok esetben összefüggés mutatható ki nemcsak az insulin, hanem a cardiazol-shok jellemző tünetcsoportja, a beteg praemorbid személyiség típusa és a psychosisban feltalálható neuropsychiatriai tünetegyüttes között. Ezt *Kastein* az insulin-shokra vonatkozóan támadja s eddigi észleléseink szerint cardiazol-shokkal kapcsolatban sem állja meg a helyét. A tetracornak ugyanazon személyiségtypusokra ugyanolyan hatása lehet, de a schizophreniás kórfolyamat az egyező személyiségtypusokban különböző kéregrészteteket támad meg s nagyon kevés lehetőség van arra, hogy hasonló személyiségtypusú egyéneknek ugyanazon kérgi területe betegedjék meg. Nem osztom *Angyal* nézetét abban sem, hogy a tetracor elsősorban is stuporosus formák áttörésére alkalmas, mert inkább a paranoidos formákban láttunk nagyobb gyógyulási százalékot.

Megfigyeléseink és vizsgálataink alapján csatlakozunk *Schuster* és *Di Salvatore* véleményéhez, mely szerint a görcs- és insulin-shok kezelés hatásdjája ugyanaz. Ezután felmerül még az a kérdés is, hogy ha mindkét kezelésnek azonos a hatásdjája, miért hatásosabb közülük az insulinshok-kezelés? Ebben több tényező szerepel. Az egyik valószínűleg az, hogy míg utóbbiban a megélénkült cukoranyagcsere következtében fokozott cukorelhasználás pótlódik, egyrészt a coma megszüntetése végett bevitt cukorral, másrészt a kezelés időtartama alatti szénhidrát-dús étellezéssel, addig a görcskezélen folyamán a sorozatos epileptiformis görcsök következtében nemcsak az izomzat, hanem az egész szervezet glikogen-készlete megcsappan. Tehát feltétlenül

*) A vércukormeghatározásokat kórházunk laboratóriumában nagyrészt *Fazekas György dr.* orvos végezte, kinek ezúton és hálás köszönetemet fejezem ki.

szükséges a cukor pótlása. Ezt egyrészt szénhidrát-dús étellel, másrészt vénás cukorbevitellel tartjuk elérhetőnek. Erre vonatkozó vizsgálataink folyamatban vannak s az eddigi eredmények igen biztatóak.

Végeredményben mindkét kezelés ugyanazt a kórfolyamatot állítja meg feltevésünk szerint ugyanolyan módon és ugyanúgy állítja helyre a reversibilis folyamatokat. Azonos hatásmódjukat látszik bizonyítani az is, hogy chronikus esetekben egyikkel sem érhető el eredmény, tehát segítségükkel az elpusztult dúcsejtek nem kelthetők életre. Aetiologiai és regeneratív hatásuk azonban kétségtelen. Nagy értékük az, hogy általuk egy lépéssel közelebb juthatunk a schizophreniás kórfolyamat ismeretéhez.

Budapest Székesfőváros Uj Szent János közkórháza elme-és idegosztályának közleménye. (Főorvos: Kluge Endre egyet. m. tanár.)

Pellagrás delirium esete.

Írta: Kulcsár István dr.

A pellagra, amely endémiásan főleg Amerikában és Ázsiában, Európában Romániában és Itáliában fordul elő, elszórt esetek formájában mind sűrűbben jelenik meg Európa egyéb országaiban is. Annak, hogy az irodalomban mind gyakrabban találkozunk pellagrás bőr-és idegrendszeri tünetek leírásával, nem annyira a betegség terjedése, hanem abortív alakjainak felismerése az oka. Egyes szerzők igyekeztek is ezeket a szörványos alakokat az eredeti, endémiás kórképtől „pseudopellagra” vagy „pellagroid tünetcsoport” néven elkülöníteni, ám Szarvas, Stief, A. Meyer és más szerzők megfigyelései, illetve vizsgálatai azonosították ez eseteket is a klasszikus kórképpel.

A pellagra jellemző bőrtünetei abban a formában, amelyről — pella agra — a nevének nyerte, nem mindig észlelhetők. Gyakran csak a naptól ért bőrfelületek gyulladással leégése észlelhető, amit hólyagképződés kísér, a lesült bőrfelület azután egyenetlen, élesszélű, chloasmaszerű pigmentációval gyógyul. Elmaradhatatlan tünete a nyálkahártyák, elsősorban a száj- és garatnyálkahártya reakciója, ami apró, piros papulák alakjában mutatkozik. A gyomorbélhuzam gyulladása étvágytalanságot, hányást, súlyos, néha véres hasmenést okoz. A pellagrás betegek 30—40%-án jellemző psychés és idegrendszeri zavarokat találunk.

Az idegrendszer bántalmazottsága a gerincvelői hátsó, sőt egyes esetekben az oldalsó kötegek elfajulásában áll, ami klinikailag legtöbbször atacticus-spasticus paraplegiákban, paraesthesiákban nyilvánul meg. Egy tabesre emlékeztető sajátos tünetegyüttest *Asatiari* „pseudotabes pellagrosa nonleutica” néven írt le.

A psychés tünetek kezdetben neurasthenia, hypochondriás panaszok képében jelentkeznek (*Flinker*), majd deliriumok lépnek fel, tömeges érzécsalódással, állatlátásokkal. A pellagrás deliriumokra *Flinker* szerint az a jellemző, hogy a deliriosus phasisokat rövidebb-hosszabb lucidus közök szakítják meg.

A belső elválasztásos rendszer kórbonctanilag ellenőrizhető elfajulása, a mellékvesekéreg és az ivarmirigyek elfajulása, klinikailag legtöbbször a menstruatio kimaradásában, férfiaknál potenciazavarok képében nyilatkozik meg (*Marinescu, Thanhauser*).

Alább leírt esetünket nem csupán jellemző idegrendszeri és psychés zavarai miatt tartjuk ismertetésre érdemesnek, hanem mert a nála alkalmazott gyógymód

sikeréből — ha ex juvantibus is — következtetéseket vonhatunk le a pellagrás idegrendszeri tünetek még nem teljesen tisztázott kóroktanára.

Egy 36 éves tanítónő 5 év előtt soványító-kúra céljából huzamos ideig hiányosan táplálkozott: kizárólag théát, kétszersültet, kevés száraz húst fogyasztott. 73 kg-ról 54 kg-ra fogott. Következő nyáron — holott annakelőtte jól le tudott barnulni — rövid napozás után bőre leégett, hólyagok keletkeztek rajta, száj- és garatnyálkahártyáján urticaria-szerű kiütések keletkeztek, nyelöcsövében, gyomrában égést érzett, hasmenései voltak. Utána 6 hétig csak folyadékkal tudott táplálkozni. Bőre erős pigmentációval gyógyult. Ez a folyamat — noha óvakodott a naptól, — azóta háromszor megismétlődött, utoljára 3 hónap előtt, noha csak arcát és kezfejét érte a nap 1 óra hosszat. Ezt követően 6 hétig csak vizes kakaót és kétszersültet fogyasztott.

Első leégésekor sevenalil cseppeket kapott fájdalom ellen, ezt azóta is szedi. Az utolsó év folyamán sokszor volt rosszkedvű, félnék, amit külső okokkal magyarázott. Ilyenkor is szedett sevenalilt. Átlag 20 cseppet fogyasztott napjában, maximálisan 40-et.

4 héttel ezelőtt végtagjaiban szűrő, bizsergő fájdalmak keletkeztek, törzse körül szorító abroncs-érzése támadt, járása bizonytalanná vált, úgy érezte, mintha levegőben járna, mintha lebegne. Kórházunk belosztályára szállították, ahonnan hirtelen támadt deliriumai miatt vettük át.

Menstruatiója minden leégése után hónapokra kimaradt. A legutolsó alkalom után 6 hónappal még nem tért vissza, annak ellenére, hogy 150.000 E. glandubolinnal lökést kíséreltünk meg nála.

Felvételkor kezefején és arcán chloasmaszerű pigmentatio, szájnyálkahártyáján néhány aphta. Bőre fakó. Idegrendszerileg: térdreflexek csökkentek, járása rogyadozó, ataxiás, nagyfokú izomgyengeség és fáradékonyság. A kezujjak elsápadását és kivörösödését objectíven is észleljük. Érzési kör nem vizsgálható.

Vizelet: Alb. halv. op. Geny +; urobilin, urobilinogen +.

Vérkép: Vvs. 3.340.000, fvs. 9.500, Hgl. 89%, Fest. ind. 1.04; Basophil, eosinophil, fiatal: 0, pálcika: 12, karélyos 84, lymphocyt 2, monocyt 2.

Psychésen felvételkor rendezett és tájékozott, de 2 nap múlva jellemző deliriuma támad tömeges érzécsalódással, állatlátásokkal, majd foglalkozási delirium lép fel, drótokat szedeget. Látási érzécsalódásai suggestióval befolyásolhatók. 8 nap alatt négy, világos közöktől megszakított deliriuma volt.

Amint a vázlatos kórrajzból is kiviláglik, a kórkép (hiányos táplálkozás után keletkezett fényérzékenység, jellemző bőr- és nyálkahártya tünetek, emésztési zavarok, amenorrhoea, depressio, pseudotabes, világos tudatállapotoktól megszakított deliriumok) teljesen megfelel a pellagra tünetegyüttesének és lefolyásának. A beteg, aki egyébként is hiányosan táplálkozott (salátákat egyáltalán nem, gyümölcsöt és főzeléket alig fogyasztott), soványító kúrája, főként első leégése óta latens pellagrás állapotban volt, amit a legelső napbesugárzás aktivált.

Gyógyításul szénhidrátban és vitaminokban gazdag étrendet, C-vitamint (proscorbin) és perhepart adtunk injectiókban, azonfelül a feltételezett hiányos májdetoxicatio támogatására *Lajtaváriveral* közös, más helyen ismertető eljárásunkat alkalmaztuk,* amelytől alkoholos deliriumok eseteiben kitűnő eredményeket láttunk. Ez az eljárás abban áll, hogy szokatlan nagy mennyiségű insulint fecskendezünk venába 40%-os dextroséval. Négy ízben adtunk 120 ccm. dextrosét 80 E. insulinnal. A deliriumok megszűnése miatt ezt a kezelést 5 nap múlva elhagytuk és az előbbiekhöz B₁ vitamint adtunk (biamin forte). 3 nap múlva a deliriumok kiújultak. Ekkor megismételtük a dextrose-insulin lökést 120 ccm. dextrose + 80 E. insulinnal, amellyel együtt 1 amp. biamin fortét + 2 amp. proscorbint ad-

*) Előadta a Közkórházi Orvostársulat 1939. évi I. tudományos ülésén.

tunk venába. 9 órával a befecskendezés után aluszékonyság, periodusos légzés képében hypoglykaemiás reactio jelentkezett, ami újabb 40 ccm. dextrose i. v. adására megszűnt. A beteg, aki 2 hét óta egy éjszakán sem aludt 2—4 óránál többet, mély, 12 óráig tartó álomba merült. A vizeletben urobilin negatívvá vált. Ettől kezdve deliriumai egyszeriben megszűntek, sokat aludt, jól táplálkozott, ereje visszatért, ataxiája fokozatosan megszűnt, 1 hónappal felvétele után kislefokú végtagparaesthesiáján kívül más tünete nem maradt. Vérképe normálissá vált.

A gyógyulás folyamatában szembeszökő fordulatot jelentett a tartós hypoglykaemia, amit az insulinon kívül a B₁ és C-vitamin is elősegített (Mosonyi-Aszódi). Erre utal a reactio késői fellépte és huzamos tartama. A pellagra kóroktanában a tengeriártalom túlhaladott álláspontja után különböző parazitáknak, baktériumoknak, dioxyphenyl-alanin mérgezésnek (Sabry), újabban a B₂-vitamin pp. tényezője hiányának tulajdonítanak szerepet, amely valószínűleg a nikotinsavval azonos. Flinker és Reiter utóbbi feltevés ellen azzal érvelnek, hogy kétségtelenül elegendő vitaminnal ellátott egyéneken is észleltek pellagrát. Ők a pellagra keletkezését a gyomor-bél-csatorna működési zavarai, rendellenes bomlási folyamataival magyarázzák. Ezzel magyarázza Slotopolsky és A. Meyer az idült iszásokosok és kachexiás betegek pellagrás tüneteit és homályos eredetű myelosisait.

A gyomor-bél-csatorna eredetű elmélet nem mond ellent a B₂-avitaminosisnak, mert feltételezhető, hogy hiányos emésztésű s rendellenesen bomló tartalmú emésztési tractusban a vitaminok elbomlanak. A mi megfigyelésünk ezzel kapcsolatban a máj szerepére utal az idegrendszeri jelenségek keletkezésében. Kräpelin a deliriumok egységességéről beszél, akár alkohol, barbitursav, vagy más mérgező ideganyagok is elő azokat. A tünetek szerinte metatoxikus keletkeznek, „aetiologiai láncszemek” közbeiktatásával (Bonhoefer). A máj szerepe az alkoholos deliriumok keletkezésében meglehetősen tisztázott. Megfigyelésünk arra utal, hogy a pellagra tüneteinek keletkezésében szerepe lehet a májműködés zavarának is. Ez természetesen csak az idegrendszeri tüneteket magyarázza, a jellemző bőr- és nyálkahártyaelváltozásokra nézve nem ad felvilágosítást. (Reiter feltételezi, hogy a hiányos máj-méregtelenítés következtében a közép- és köztiagyi vitális központok szenvednek kárt és ezeknek bántalmazottsága okozza az utóbbi tüneteket.)

Teljesség kedvéért nem hagyhatjuk figyelmen kívül a barbitursav szerepét sem. Mint azt sok szerző (többek közt Panse, Campbell, Allison) leírta, a huzamos barbitursav-visszaelés is idézhet elő pseudotabeszes idegrendszeri tüneteket és deliriumot. E mellett szólna betegünk vérképe is, amely egyáltalán nem jellemző a pellagrásokéra, ellenben pontosan megfelel az idült iszásokosokénak. Ezzel szemben áll, hogy az irodalomban közölt esetek huzamos időn át naponta 2—6 gr. barbitursavat fogyasztottak, míg a miénk csak átlag napi 0.10 gr-ot, kivételesen 0.15-öt. Ez a mennyiség semmiképpen sem lehet alkalmas hasonló tünetek kiváltására, ám szóba jöhet, mint együttható oki tényező a közös támadási pont: a máj bántalmazásában. E feltevés mellett szólnak Németországban 1932-ben az altscherbeni elmeorvosi intézetben tett megfigyelések, ahol 6 ápolott betegedett meg pellagrán, akik rendszeres táplálkozás mellett huzamosan trional-kúrában részesültek.

Gyógymasszázs és mechanoterápia.

† Dalmady Zoltán dr. kéziratának átdolgozásával írták: Benderek István dr. és Külley László dr.

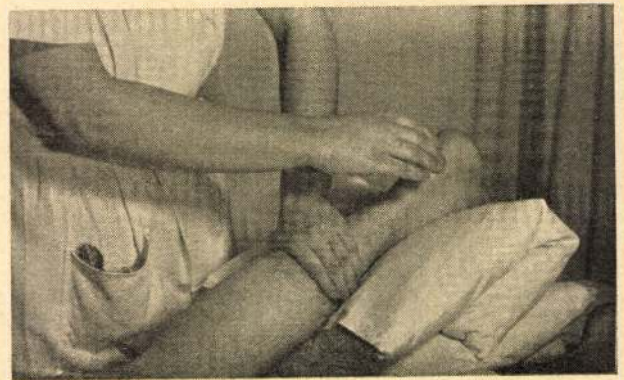
A gyógymasszázs technikája.

Írta: Külley László dr.

2. Simítás (effleurage).

Kétféle fajtáját különböztetjük meg: a felületes és mély simítást.

A felületes simításnak célja legtöbbször az előkészítés, a betegnek kezünk érintéséhez való hozzá szoktatása. — Nagy felületre kiterjedő, széles mozdulatokkal, általános simítással, amely alig legyen több, mint „simogatás”, a beteget hozzá szoktatjuk kezünk érintéséhez, kiegyenlítjük a kezünk és a beteg bőre közötti hőmérsékletkülönbségeket, legyőzzük a betegnek a masszázstól esetleges idegenkedését, fájdalomtól való féltelmét, megnyugtatjuk, megnyerjük a bizalmát és rábírjuk arra, hogy izomzatát teljesen ellazítva engedje át magát a masszázsnak.



2. ábra.

A masszázs eredményessége attól függ, hogy mennyire sikerül a beteget izomzata ellazítására rábírni. A tehetségtelen masször már ennél a mozzanatnál elvesztheti a csatát!

Nagy számmal vannak olyan betegek, akik a masszázstól állandóan „ugrára kész”, védekezésre beállított izomzattal figyelik minden mozdulatunkat, hogy fájdalom esetén azonnal működésbe tudják hozni izomzatukat. Az ilyen beteggel sokszor bizony nem könnyű a dolgunk, a masszörnek alaposan próbára teszi a türelmét. Mindent el kell azonban követnünk, hogy a beteget erről a „feszítésről” leszoktassuk.

Az egyenletes, ritmusos, enyhe simítások (2. kép.) reflex úton, a bőrdegek útján hatnak s hatásuk elsősorban izomspasmusok oldásában nyilvánul. Ha sikerült a beteget rábírni, hogy álljon el izomzatának akarattalagos megfeszítésétől, akkor a még fennmaradó spasmusokat enyhe simításokkal már sokkal könnyebben oldhatjuk.

Legfőbb gondunk a beteg bizalmának megnyerése legyen, amit néhány egyenletes és biztos mozdulattal, kellemes, megnyugtató simítással sokkal könnyebben elérünk, mint rábeszéléssel és betanult szóaradattal! Különösen feszítésre hajlamos beteg kezelésénél kell igen óvatosnak lennünk. Első kezeléseinknek igen enyhének kell lenni, hogy a masszázstól való idegenkedést megszüntessük. Óvakodnunk kell a meglepetésszerű, hirtelen mozdulatoktól. Fájdalmas végtagot olyan óvatosan kell kézbe vennünk és állapotáról meggyőződnünk, hogy a beteg bizalmát már a kezdet kezdetén megnyerhessük. Tulzott óvatosság csak a beteg bizalmát erősíti!

Az ellazítás rovására van, ha kezünk merev, hideg, különösen valamely melegkezelés utáni masszázsnál. Fázékony, hűvös, feszesbőrű betegeknél kissé hosszabban végezzük a simításokat, hogy bőrét felmelegítsük.

A simítást mindig teljesen laza ujjakkal, csuklóval és könyökkel végezzük. Nagy gondot kell fordítanunk ujjaink és kézfejük ízületeinek kellő lazítására, hajlékonyságára. Óvakodnunk kell minden olyan foglalkozástól vagy sporttól, ami kezeinket merevekké tehetné. Ezért nem szabad a masszörnek boxolást, birkózást üznie. Hogy simításunk milyen mélyre hat, az nem attól függ, hogy milyen „erővel” simítunk, hanem elsősorban attól, hogy mennyire tudtuk a beteget izomzatának ellazítására bírni. Megfeszített izmokon a simításunk hatástalan lesz. Ellazított izmokon a hatás minden erőlködés nélkül mélyreterjed. Tulerős már csak azért sem szabad, hogy legyen a simítás, mert ezzel már az artériás keringés elé állíthatunk akadályokat.

Mint már említettük a simításnak, akár felületes, akár mély simítás, mindig teljesen ellazított kézizületekkel kell történni. El kell sajátítanunk, kellő gyakorlással, hogy simítás alatt a kezünk úgyszólván „magától” alkalmazkodjon a kezelt terület felületéhez, mintegy felvegye annak alakját s kezünk a simítás minden mozanatánál egyformán, egyenletesen simuljon a test felületéhez. Simító kezünknek nem szabad a felülettől elemelkedve „hidat” képezni. Ha két kézzel simítjuk, a kezek munkájának egyenletesnek, egyforma erősségűnek és ritmusúnak kell lenni. Nem szabad, hogy a beteg különbséget érezzen jobb és bal kezünk munkájában. Különösen áll ez a reflexhatásokkal dolgozó felületes simításra.

A simítás célja az ellazítás megkönnyítése és a bőr felmelegítése mellett, a vér és nyirokáramlás elősegítése. Vénákban és nyirokerekben a nyomás alacsony, a vénákban a keringési sebesség kicsiny és még kisebb a nyirok áramlási sebessége. Ebből az következik, hogy vénák és nyirokerek kiürítéséhez enyhe nyomás is elegendő, másrészt ennek a simításnak nem kell gyorsan lefolyni. — Lassú, egyenletes, azonos ritmusú simítások a legmegfelelőbbek, a vénás keringés és nyirokkeringés elősegítésére.



3. ábra.

A simítás a bőrben lévő idegvégződészek ingerlékenységét csökkenti, tehát nyugtat és fájdalmat csillapít. Az elhalt, felületes bőrrészletek eltávolítását, szaru-réteg koptatását s így a bőr regenerációját fokozza.

Ha felületes simításokkal a kellő fokú ellazítást már elértük, akkor térünk rá a mélyebb simításokra. (3. kép.) Az átmenetnek, különösen érzékeny és feszítő betegnél, úgyszólván észrevétlennek kell lenni.

A mély simítást Hoffa, mint helyi vagy „Bonctaniilag alkalmazott” simítást ajánlotta. Azon megfontolás-

ból indul ki, hogy a legfontosabb vivőerek és nyirokutak az izmok közötti bemélyedésekben, árkokban futnak. Ha ezeknek a kiürítését akarjuk mechanikus úton elősegíteni, arra kell törekednünk, hogy kezünk nyomása éppen ezeket az árkokat, bemélyedéseket érje. A helyi simítás fogásai tehát az izomzat bonctani viszonyaihoz alkalmazkodnak. Általános elv az, hogy egy izomcsoport kisimításánál hüvelyk ujjunk az izom mellett levő egyik barázdában, többi ujjunk a másik barázdában fusson, miközben kisujjpárnánk és tenyerünk a kissé kiemelt izom felületéhez simulva halad felfelé.

A Hoffa féle bonctanilag alkalmazott simítás már átmenetet képez a simítás és a gyúrás között.

3. Gyúrás (petrissage).

A gyúrás a legfontosabb, de egyben a legnehezebben elsajátítható masszázsfogás. Legyenek bármilyen tökéletesek és aprólékosak egy masszázskönyv ábrái, abból a gyúrás megtanulni nem lehet. A gyúrás elsajátítása sok gyakorlatot és türelmet igényel, próbára teszi a masszázst tanuló rátermettségét és tehetségét. Sok olyan masször van, aki képtelen a helyes gyúrás megtanulni. Ha egy masszört vizsgáztatni akarunk, meg akarjuk ítélni, hogy milyen színvonalú a munkája, nem kell egyebet tennünk, mint felszólítanunk, hogy végezzen néhány gyúrás az alkarunkon. Azonnal megítélhetjük, hogy mit ér a munkája s mit várhatunk tőle.

A helyesen végzett gyúrás kellemes, frissítő érzést hagy maga után, fokozott izomerő és munkaképesség emelkedése követi. Helytelen technikával végzett vagy helytelenül adagolt gyúrás után a beteg még fáradtabb és összetörtebb, mint a kezelés előtt, izmaiban „izomláz” szerű fájdalomokról panaszkodik, olyan érzése van, mintha „kerékbetörték” volna, s hogy az ilyen beteg nem fog lelkesedni a masszázserő, az igazán érthető. De nem lelkesedik majd a beteg orvosa sem, aki a „frissítő masszázsról” átadott beteget összetörtebben kapja vissza, mint ahogy a masszörhöz küldte!

A gyúrásnak sokféle fajtáját ismerjük. Aszerint, hogy milyen nagy felületű vagy milyen tömegű izmokat kezelünk, megkülönböztetünk: egykezes gyúrás, kétkezes gyúrás, hosszanti gyúrás, párhuzamos gyúrás, félkörös gyúrás, „mángorlást” stb. Kis felületű környezetből ki nem emelhető, vagy lapos izmokat ujjainkkal gyúrunk, ami már a dörzsölésekhez áll közelebb.

A gyúrás mindig izmokon végezzük, mégpedig az izomnak teljesen ellazított állapotában. Az ellazítás fontosságát már a simítás ismertetésénél hangsúlyoztuk, de még fontosabb a teljes ellazítás a gyúrás kivételénél. Gyúrásunk sikerét már a beteg elhelyezésénél kell biztosítanunk. Egy izomcsoportot csak akkor gyúrhatunk eredményesen, ha környezetéből könnyedén és jól ki tudjuk emelni, ujjainkkal jól át tudjuk fogni. Ezt csak úgy tudjuk elérni, ha teljesen ellazított izmokon dolgozunk. A kezelendő végtag elhelyezésénél arra kell ügyelnünk, hogy kényelmesen és biztosan feküdjön, különösen ha fájdalmas részek kezeléséről van szó. Mindenképpen arra kell törekednünk, hogy a beteg a fájdalmas tagját biztonságban érezze s ne legyenek már az előkészület alatt fájdalmai, mert akkor végig feszíteni fog!

Az ízületeket legjobb u. n. középpállásban elhelyezni, amikor úgy a feszítő, mint a hajlító-csoport egyformán ellazul. Ha egy a környezetébe letapadt inat vagy izmot kell felszabadítanunk, akkor a hajlítás szögét még fokozhatjuk, a középpálláson túl is. Ha például a combhajlítót kell kiemelni, akkor a térdet 45 fokon túl is hajlíthatjuk. Viszont ha a comb-feszítőket kell alaposan átgyúrunk, akkor a térdet teljesen nyújtott hely-

zetbe hozzuk. Egy izomcsoportot tehát úgy tudunk legjobban ellazítani, ha eredési és tapadási pontjait egymáshoz közelítjük.

A különböző gyúrás-fajtákat aszerint alkalmazzuk, hogy milyen nagy testfelületen, mekkora tömegű izmon dolgozunk. Egy kézzel csak kistömegű izmokat gyúrunk, pl. az alkar feszítő vagy hajlító csoportját. Legtöbbször azonban mindkét kezünk résztvesz a munkában. Nagyobb testfelületen: hát, has, mellkas, vagy nagyobb tömegű izmoknál: combizomzat, csipő-táj izomzata, mindkét kezünk foglalkoztatva van.

Egykezes gyúrás kivitele a következőképpen történik: Hüvelykünk az izomcsoport egyik oldalán, többi négy ujjunk a másik oldalán helyezkedik el. Az izmot jól átfogva, a csonttól mintegy felemelve, kigyózó mozgással haladunk a központ felé, miközben igyekszünk az izom tartalmát minél tökéletesebben, de minél gyengédebben is kipréselni. Ujjaink munkáját az izomhoz hozzásimuló kisujj-párnánk igyekszik tökéletesebbé tenni, gyúró ujjainkat követve az izmot átsimítani. Az izomnak a környezetéből való kiemelése nemcsak azért fontos, mert így jobban át tudjuk fogni, hanem azért is, mert a kiemeléssel az izmot körülvevő kötőszövet rugalmasságát és táplálását is befolyásolni tudjuk. A kiemelt izom kigyózó mozgásával enyhe szivattyúzó hatást érünk el, mint *Eppinger* kísérleteinek leírásánál láttuk, az izomban új kapillárisokat nyitunk meg.

A kapillarizáció jelentősége elsősorban az, hogy az izomrostok vérellátását lényegesen javítani tudja. Lehetővé teszi az izom működése közben keletkezett fáradtságtermékeknek magában az izomban történő elégetését, az u. n. glikogén-resynthesis.

Mint már mondtuk, atrófiás izmot egyedül gyúrásal, direkt uton megerősíteni nem lehet. Csakis összehúzódások, tehát csakis munka-végzés az, ami az izmot hipertrófiára bírja. Az izom gyúrásával azonban fokozzuk a munkaképességet, jobb vérellátásról gondoskodva kitartóbbá tesszük. S a masszázshoz csatlakozó torna után, a fáradtságot szüntető, frissítő gyúrásokkal újabb munkára, újabb összehúzódásokra tesszük képessé.



4. ábra.

Az u. n. *párhuzamos-gyúrásokat* nagy testfelületen, háton, hason, mellkason alkalmazzuk. A párhuzamos-gyúrásokat úgy végezzük, hogy a masször a beteg oldala mellett állva, mindkét kezét erősen távolított hüvelykujjal úgy teszi fel a kezelendő testrésze, hogy egyik keze a beteg jobb oldalán, másik keze a beteg bal oldalán foglal helyet, ugyan abban a magasságban. A kezek alatt levő képletekre (bőr, bőr alatti kötőszövet, izmok), nyomást gyakorolva, kezeit egymással párhuzamosan, a testrésze harántirányban mozgatja el, úgy, hogy a kezek egymással helyet cserélnek. Ilyen harántirányú, egymással párhuzamosan haladó gyúrásokkal haladunk végig pl. a háton, az ágyéktájtól kezdve a tarkóig.

Képünk a hason mutatja be a párhuzamos gyúrás (4. kép.), annál a mozzanatnál, amikor a két kéz egymás mellett elhaladva, tart az ellenkező oldal felé.

A *félkörös-gyúrás* nem terjed ki a testrészt egész felületére, hanem csak egyik oldalán marad. Legtöbbször a törzsen, főleg a háton végezzük, mégpedig az oldalsó felszíneken. Mindkét kezünket, erősen távolított hüvelykujjal úgy helyezük fel a kezelendő részre, hogy mutató ujjunk és hüvelyk ujjunk között kb. 2 cm távolság legyen. Kezeinket egymásnak szembe forduló, félköröket leíró mozgásokkal visszük végig a kezelendő területen, miközben erőteljes nyomással igyekszünk a kezünk alatt lévő bőrt, bőr alatti kötőszövetet, és izmokat ráncba emelni. (5. kép.). Két kezünknek egyszerre kell dolgozni, anélkül azonban, hogy két kezünk ujjai egymást érintenék vagy akadályoznák. Helyes kivitele sok gyakorlatot igényel, egyszerű leírásból megtanulni nem lehet.



5. ábra.

Kétkezes gyúrásokat a nagyobb tömegű végtag-izmokon, pl. combizmokon végezzük. Az izomcsoportot két kezünkbe fogva kiemeljük s kigyózó mozgással haladunk végig rajta (6. kép.). Laza könyökkel és vállizülettel, puhán dolgozunk. Különösen fáradt izmokon kell a gyúrásokat enyhén végeznünk, mert különben fájdalmakat, tehát izomvédekezést válthatunk ki!



6. ábra.

Az izmok u. n. *mángorlását* legtöbbször a felkar és a comb izomzatán végezzük. Ez úgy történik, hogy kifejlesztett tenyereink közé fogva az izomzatot, kezeinket gyors ütemben egymással szemben mozgatjuk, sodró, mángorló mozdulatokkal az izomzatot mintegy felrúzzuk.

Nemcsak a fáradtságot szüntető masszázsnál van a gyúrásoknak fontos szerepe, hanem akkor is, ha környezetébe letapadt izmot kell összenövésekből felszabadítanunk vagy zsugorodott, megrövidült izmokat kell megnyújtanunk. A gyúrásokkal fellazított szövetek már könnyebben tágulnak és engednek a különböző lazító

manipulációk alkalmával, lehetővé teszik a passzív nyújtások kivitelét.

4. Dörzsölés (frictión).

A dörzsölések csoportjába igen sok és változatos masszázsfogás sorolható.

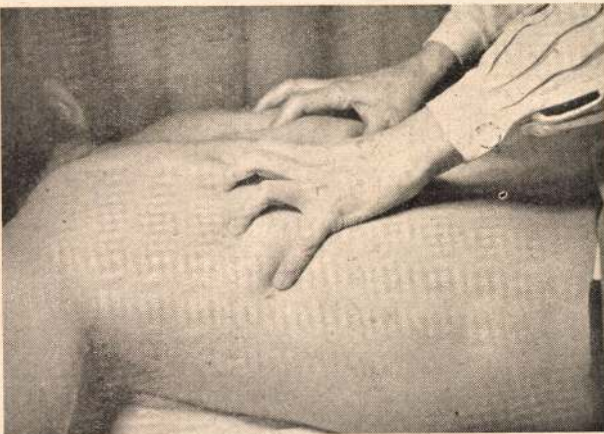
Aszerint, hogy ezeknek a fogásoknak mi a célja, két nagy csoportot különböztetünk meg.

Az egyik csoportba azok tartoznak, amelyeknek célja elsősorban csak a bőrre, annak legfelsőbb rétegére hatni. A másik csoportba tartozókkal a bőr alatti kötőszövetet, izmok, ízületek körüli lenövéseket, hegeket akarunk felszabadítani, vagy krónikus gyulladással terheltek felszívódását akarjuk elősegíteni. Eszerint különböztetünk meg felületet és mélyreható dörzsöléseket.

A felületet dörzsölések célja lehet a bőr elhalt szarurétegének eltávolítása, ami tisztasági fürdőkkel kapcsolatban vagy a kozmetikában jöhet szóba. Egy másik célja a felületet dörzsöléseknek, hogy a bőrben vérbőséget idézzünk elő. Az e célból végzett általános ledörzsölések főleg a különböző fürdő-procedurákkal (félfürdő, dussmasszázs) kapcsolatosan alkalmazva igen fontos és értékes beavatkozások, részletesebb ismertetésük azonban nem ide tartozik.

A mi szempontunkból fontosabbak a dörzsöléseknek azok a fajtái, melyekkel nemcsak a bőr felületére, hanem mélyebb rétegekre, elsősorban a bőr alatti-kötőszövetre, bonyókra, izmokra akarunk hatni.

Sportmasszázs foglalkozók (Kirchberg, Thomsen) hangsúlyozzák, hogy az egészséges és nagy teljesítményekre képes sportoló bőre a test legnagyobb részén könnyen és fájdalom nélkül elemelhető. Nem sportoló, kényelmes életmódot folytató, hízásra hajlamos egyének bőre viszont mintegy le van rögzítve, fájdalom nélkül nem mozdítható, nem tolható el. Ilyen egyének bőr alatti-kötőszövetében úgy a vérkeringés, mint a nyirokkeringés akadályozott s ez lenne az oka az ilyen esetekben gyakran feltűnő fáradékonyságnak. Ezeknek a bőr lenövéseknek, lerögzítettségeknek a kezelésére ajánlja Kirchberg a különböző bőreltolásokat s az elemelt bőrnek ujjaink között való enyhe görgetését. A bőr felemelését egészséges bőrterületen kezdjük s úgy haladunk át különböző irányban a nehezebben felemelhető bőrterületen. Kisebb körben mozgó, helyi dörzsölések ezeknek a kezelésére nem alkalmasak, mert csak kis mértékben mozdítják el a bőrt és nem használják ki a kötőszövetes elemek teljes nyújthatóságát.



7. ábra.

A dörzsölések kivitele legtöbbször karomállásba hozott ujjakkal történik. Ujjaink hegyével a bőrrel együttmozgó körözeseket végzünk, ügyelve arra, hogy ujjainkat gyakran válogassuk. Ez egyrészt azért fontos, mert

ujjaink így nem fáradnak ki olyan hamar, másrészt nem időzvének sokáig egy-egy területen, nem okozunk sérüléseket vagy fájdalmakat. Nagyobb felületeken kisujj-párnánkkal vagy tenyerünkkel végezzük a dörzsöléseket. Ha egy-egy területet dörzsölésekkel már átdolgoztunk, iktassunk közbe néhány simító mozdulatot, hogy a dörzsöléssel felszabadított anyagokat a vérkeringésbe továbbíthassuk, vagy a keletkezett fájdalmasságot megszüntessük.

Fontos szerep jut a dörzsöléseknek körülírt mylgiás csomó kezelésénél, hegek, lenövések, összenövészek felszabadításánál krónikus gyulladással terheltek felszívadásában. A dörzsölésekkel kiváltott mechanikus ingerekkel, a kóros gyulladással terhelteknek a vérpályába juttatásával felbresztjük a szervezet regenerációs képességét s a kóros viszonyok teljes megszüntetésére ösztönözzük.

A dörzsölések csoportjába soroljuk az ú. n. ingerfogások (Reizgriff) egy részét, a bőreltolásokat és cik-cakos lehúzásokat (7. kép.) is. Ezekkel az ingerfogásokkal nagyobb testfelületre kiterjedő, erőteljes vérbőséget tudunk előidézni. Leginkább a hát-masszázsánál használjuk a szív munkájának megkönnyítése, „vérelvonás” céljából.

TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTANI KÖZLÉSEK.

A tüdőütőerek szűkülése a tüdőkapu palás kérgesedése miatt.*

Írta: Orsós Ferenc dr. egyet. ny. r. tanár.

A Törvényszéki Orvostani Intézet hirtelen-halál esetei közt többször fordultak elő olyanok, melyekben halál-okként egyedül a túltengett jobb szív elfajulása, illetve az ezt létesítő keringési zavar volt megállapítható. Ezen esetek avval vonták már boncolás alkalmával a figyelmet magukra, hogy a jobb kamra túltengése tisztázatlannak látszott, mert egyrészt billentyűhiba, szövetközi tüdőgyulladás, tüdőtágulás nem volt számbevehető fokban jelen és a tüdőütőér főágában sem mutatkozott szűkülés. A szóbanforgó egyének 60 év felettek voltak. A jobb szív túltengését és a többékevésbé kifejlődött idült viszeres pangás okát természetesen a tüdőben feltételeztem és ezt vettem részletesebb vizsgálat alá. Kitént, hogy a tüdőütőér vérkeringésének akadálya a tüdőkapuban ült, mégpedig a másodrendű tüdőütőérágak szájadékán, vagy kevéssel alább, rendszerint homokóra-alakú szűkülés formájában, mit a hilus-nyirokcsomók és környezetük palás kérgesedése idézett elő. A kérgesedés folytán a hilus köztiszövege a nyirokcsomókkal együtt merev, kemény szövetvakolatá alakult át, melybe tágíthatatlanul és eltolhatatlanul ágyazódtak be a hörgők és véredények. A kórbonctani képet röviden két esettel ismertetem közelebbről.

Az első eset 1937. II. 8-án rendőrileg boncolt 60 éves napszámosnő (K. Teréz, Rb. 204—1937.) volt. Az utcán roszszul lett, összeesett és a helyszínen meg is halt. A boncjegyzőkönyv kivonata: A szív súlya 360 g. Üreibe lazán alvadt vér. A jobb szívkamra túltengett, petyhüdt, fakón sávozott, erősen zavaros. A billentyűk és a koszorús ütőerek elég épek. A tüdők több helyen lenőttek, állományuk a széleken megritkult, hátul savósan beszűrődött és törékenyebb. A tüdőkapukban a megnagyobbodott, palaszürke, csaknem kőkeménységű és egymással összefolyt nyirokcsomók feltűnő fokban megszükitik a tüdőütőér másodrendű

*) Bemutatta a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1938. dec. 12-i ülésén.

ágainak általuk körülfogott szájadékait. Egyes másodrendű szájadékok tölcsérszerűen és olyan erősen szűkültek, hogy még a nagyobb fémkutatóval is alig járhatók át, vagyis át-mérőjük kb. ötödre kisebbedett meg. E helyeken a korommal áthatott érfal teljesen merev és tágíthatatlan. A szűkületeken túl az ütőerek ismét normálisan tágulékonyak, de megfelelő fokban összehúzódottak és faluk a szokottnál vékonyabb. A hörgők nyálkahártyáján, a lépben, a vesékben és a májban mérsékeltfokú pangásos bővérűség. A *véleményben* megállapítottuk, hogy a hirtelen halál oka vég-eredményben a kisvérkör medrének a tüdőkapukban bekövetkezett nagyfokú szűkülése volt, mégpedig a tüdőkapuk nyirokcsomóinak palás kérgesedése és egész köztiszövetének heges zsugorodása folytán.

Már szabadszemmel is feltűnt a szűkült szakaszban az érfal nagyfokú sorvadása és kormos impraegnatioja. Az érfalak közvetlen környezetébe annyira volt, hogy az edények fémkutatóval megkísérelt tágitása lehetetlennek bizonyult. Viszont a szűkületek alatt feltűnő volt az ütőérágak falának vékony, sorvadott volta. Külön feltűnt még a tüdőszövet vérszegénysége és pangásos elkeményedésének teljes hiánya, sőt inkább a cachexiás sorvadásra emlékeztető szakadékonyság volt észlelhető. E jelenségek teljes magyarázatát találnak a tüdőkapuk leletében, mert a kisvérkör medre a tüdőkapuban nagyon megkisebbedvén, a tüdőszövet elégtelen mennyiségű vért kapott a szív fokozott munkája ellenére is. Világos, hogy a tüdővenák is csak elégtelen mennyiségű vért szolgáltathattak a bal szívnek s ezzel az egész szervezetnek, ami pedig az egyén erős leromlásához vezetett. A jobb szívnek erejét feülmuló munkát kellett volna teljesítenie, hogy a tüdőkapú szorosain torlódás nélkül nyomja keresztül a vért a tüdőbe és így érhető, hogy a túlzottan dolgozó szív végre hirtelen megbénult.



1. ábra. Szűkült másodrendű tüdőütőérág harántmetszete. d = sarjszövettel kitöltött edényfal-hiány, k = meszes göbcsse kiemelése után maradt hézag. (Weigert-rugalmasrost festés.)

Mikroszkópos lelet: A szűkült érszakaszok sorozatos metszetein nagyon tanulságos, a makroszkópos képet szemléletesen magyarázó és kiegészítő leletet nyertünk. A tüdő-ütőérágak szűkült szakaszait egységes öntvényként veszi körül a heges, callosus kötőszövet, mely részint a regressív, részint az elsődleges és másodlagos progressív átalakulás változatos képét mutatja. A szoros hyalinos kötőszöveti gyűrű általában egészen az összehúzódott, sokszor hullámosan redőzött, illetve zsugorodott ütőér adventitiájáig terjed. A heges kötőszövet nagyobb területeken teljesen sejtmagmentes vagyis halott szövetből álló. Nagyobb meszes göcök és tömörült koromhalmazok, továbbá itt-ott újraerzett és sarjszövetesen átszövődő vagyis újraéledő szigetek is előfordulnak. A megsűkültektől azután különböző fokozataiban szemlelhető az ütőérfal pusztulása, t. i. elvékonyodása, majd fellazulása és koromsejtekkel beszűrődése. Helyenkint a jellegzetes érfal szerkezet úgyszólván teljesen eltűnt, a rugalmas lemezek töredeztettek, szétetek vagy akár nyomtalanul el is tűntek, úgy hogy e helyeken

koromsejtekkel dúsan áthatott, az érfalat ostromló sarjszövet képviseli már az egész edényfalat, melyet még endotelboríték nem fed.

Az 1. sz. képen tanulságos példája látható a mondotaknak. A nagyfokban szűkült érüreg körül a hullámosan zsugorodott ütőérfal változatos vastagságú és az egyik oldalon voltaképpen hiányzik is, amennyiben itt a szétszakadt érfalszélek szétzilálódva olvadnak bele a sarjszövetes jellegű alapszövetbe. Egyebütt azonban a környező köztiszövet mindenütt kérges s csaknem teljesen sejtmagnélküli. Az egyik oldalon látható hiány egy meszes göbcsse kiemelése folytán keletkezett. Nagyon jelentős az érfal belfelületén mutatkozó másodlagos intimaburjánzás, mely áthidalja az érfal hullámos zsugorodása által keletkezett völgyeket. Az érfalhiány helyén világosan látható, hogy a betörő sarjszövet tovább szűkíti a különben is már nagymértékben szűkült üreget. Ha figyelembe vesszük az eret körülfogó és azt heges zsugorodás közben mind jobban és jobban szűkítő kérges alapszövetet, akkor megértjük, hogy az ilyen „érszorosok” teljesen elvesztették a térfogatváltoztató képességüket vagyis nem szűkülhetnek, nem tágulhatnak, ürterükkel nem alkalmazkodhatnak többé a tüdő funkciójának — másszóval a kisvérkör áramsebességének és térfogatának — ingadozásaihoz, ez pedig nagyon súlyos zavarát kell hogy létesítse a kis- és egyszersmind a nagyvérkörnek.

A második példa egy 67 éves nő (özü. Sz. Mihályné rend. bonc. 1776—1938.), aki f. év november 30-án a lakásán hirtelen meghalt. Már hosszabb idő óta szív-, tüdő- és gyomorpanaszai voltak. Az utóbbi időben nagyon gyenge volt és nagyon nehezen lélegzett. A *boncjegyzőkönyv kivonata:* az agy alapi ütőerek elkeményedettek. A szív súlya 270 g. A jobb kamra kistokban túltengett és ki is tágult. A billentyűk épek. A bal koszorus ütőér lehágó ágának jellegzetes pontján körkörös meszesedés és kisebbfokú beszűkülés látható. A tüdő vérszegények, savósan beszűrődöttek. A tüdőkapú nyirokcsomói diónagyságot is elérnek, egymással szorosan összeforrtak, kemények, metszlapjuk sötét palaszürke. A nyirokcsomók közé, illetve a palaszürke kérges szövetbe ágyazott hörgők, de kivált az ütőerek ürtere erősen megsűkültek. A tölcsér- vagy homokóraszerű szorulatokban az ütőérfal több helyen sötét palaszürke, hasonlóképpen koromtól áthatottak ugyanitt a hörgőfalak is. A jobb tüdő alsó lebenyének főágában, közvetlenül a szájadék alatt kb. 1 cm. széles palaszürke öv mutatkozik az ütőérfalban és itt az ér ürege egyszersmind tölcsérszerűen meg is szűkült. A palaszürke öv területében érfal voltaképpen már nincs, hanem itt a csupasz palaszürke kérges szövet veszi körül az ér ürterét. Szembeszökő továbbá a szűkület feletti és alatti érfalszakaszok különbsége. A szűkület felett az érfal a szokott vastagságú, ellenben a szűkület alatt szembeütően vékony, rugalmatlan és annyira gyenge, hogy az újak között szinte szétmorzsolható. A lép sorvadott. A vesék számos apró tömlőt tartalmaznak. A máj súlya csak 750 g. A gyomor nyálkahártyája duzzadt, vörhenyes.

A jobb szív izomzatának heveny zavaros elfajulása itt is a tüdőütőereknek a tüdőkapukban székelő meglepő fokú összesűkülésének tulajdonítható. A halált magyarázó egyéb kóros elváltozás nem volt található. A koszorus ütőerek mérsékeltfokú meszesedése kétségkívül hajlamosíthatta a szívet a hirtelen bénulásra. Az egész szervezetben mutatkozó szembeütő aggsági sorvadás bizonyára szintén összefüggött a tüdőütőerek szóbanforgó erős szűkületével és az ezáltal feltételezett súlyos keringési zavarral. A tüdőerek és a hörgők tüdőkapui részének a nyirokcsomók anthracosisával kapcsolatos elváltozásai rég ismertek. Jól tudjuk, hogy az érfal kimerődésain át olykor annyi korompép juthat a keringésbe, hogy az apró infarctusokat, koromáttételeket is okoz. Azonban a tüdő ütőereinek és általában ereinek a tüdőkapú palás kérgesedése folytán oly nagyfokban való szűkítése, mint azt a két vázolt eset mutatja, eddig ismeretlen volt. Hangsúlyozom azonban, hogy egy-

általában nem ritkaságról van szó, hanem egy aránylag gyakori kórképről, mely a törvényszéki orvostani intézet hirtelen halálesetei közt fordul elő.

E kórkép kórbonctani és klinikai jelentősége magától értetődik. A halál váratlan, hirtelen beálltának oka különböző szövődményekben rejlik. Rendszerint a szívizom kimerülése szerepel, egyéb előkészítő szövődményeken kívül, melyek közt a szív igénybevételének hirtelen fokozódása jöhet szóba. Nagyon valószínű, hogy maguk az érszűkületek is váratlanul fokozódhatnak, ha pl. az elhalt hegyszövet a kimaródás helyein át vérplasmával ivódik át és ennél fogva megduzzad.

Egy esetben (Sz. László 35 éves, rend. bonc. 1863—1938.) a tüdőútérágak szájadékainak kivételesen fokú beszűkülése árulta el a tüdőkapuban ülő, még fejlődése kezdetén álló elsődleges daganatot. Tapintásra a bal tüdőkapu még nem volt tömegesebb, csak tömöttebb a jobbnál.

Törvényszéki orvosi, illetve rendőrorvosi jelentősége ezen eseteknek abban rejlik, hogy a tüdőkapuk e fontos állapota a boncolásnál könnyen elkerüli a figyelmet és akkor teljesen magyarázatlan marad a jobb szív túltengése. Minthogy továbbá a tüdők viszonylag vérszegények és egyébként alig elváltoztak, a bonclelet, ha a tüdőkapuk elváltozása elkerüli a figyelmet, negatív, annak dacára, hogy a jobb szív túltengését és az idült pangás jelenségeit a hasi zsigereken, ha enyhefokban is, meg tudjuk állapítani. A hirtelen-halál ennél fogva rejtélyes maradhat és esetleg téves útra vezetheti a nyomozást. A hasi zsigerek viszonylagos visszeres bővülése és enyhefokú megkeményedése tévesen egyedül a hirtelen-halál vagy az aggsági sorvadás jeleiként volnának értelmezhetők.

IRODÁLM I S Z E M L E

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

A cukorkiválasztás mechanizmusa diabeteses kutyán. Govaerts és Müller. (Journ. Clin. Invest. 18. 1.) A Rehberg-féle kreatinin-clearance segítségével meghatározhatjuk a perccenkénti glomerulus filtratum mennyiségét. Ezt és az arteriális vér cukor-tartalmát ismerve kiszámíthatjuk a perccenkénti filtrált cukor mennyiségét. Ezután utóbbiból levonva a vizelettel tényleg kiválasztott cukor mennyiségét, megkapjuk a tubulusok által reszorbeált cukrot. Pankreas-diabeteses kutyákon végzett kísérletekben kiderült, hogy a filtrált cukor mennyisége a vércukortól függ, minél nagyobb fokú a hyperglykaemia, annál nagyobb fokú a cukorfiltratio is. Ezzel szemben a tubulusok cukorreszorbeáló képessége teljesen független (egy bizonyos határon felül) a vércukorconcentrációtól, illetőleg a filtrált cukor mennyiségétől és egy maximalis értéknél nagyobb, ugyanazon az állaton nem lehet. Nagyobb a filtrált cukor mennyisége, mint a tubulus reszorbeáló képessége, úgy a vizeletben cukor fog megjelenni és pedig annál több, minél jobban haladja túl a glomerulus cukorfiltratio a tubulus reszorbeáló képességét. — (G. 18.)

Gömöri Pál dr.

A Basedow-kór belgyógyászati kezelése. Dennig és Veiel. (Med. Klin. 1939. 8.) Összefoglaló munka, mely a szokásos therapiás eljárásokat (étrend, magaslat, sedativumok, A-vitamin, stb.) tárgyalja. Figyelemre méltó azonban, hogy a szerzők a jódot az általános gyakorlatnál eltérően nem csak az esetleges műtét vagy röntgenbesugárzás előkészítésére, hanem tartós kezelésére is ajánlják olyan esetekben is, amelyek előreláthatólag sem műtétre, sem besugárzásra nem fognak kerülni. Tekintettel azonban, hogy —, mint ismeretes —, a jódadagolás 2—3 heti folytatás után elveszti hatását, az intermittáló jódkezelést ajánlják, olyan formában, hogy minden 8—10 napos jódperiódus közé 3—6 nap szünet legyen közbeiktatva. Napi 50—150 mg jódot adnak Lugol-oldat alakjában. Thyreotoxikosis és Basedow-koma esetén ennél sokkal nagyobb adagot (400 mg-t is) ajánlanak. (G. 17.)

Gömöri Pál dr.

Ostitis fibrosa cystica esetek a parathyreoidea adenomája nélkül. Weissenbach és Lièvre. (Press. Med. 1939. 14.) Szerzők az ostitis fibrosa cystica generalisata (Recklinghausen) kórképéhez igen hasonló, de a parathyreoidea adenomájának (vagy hyperfunctiójának) tüneteit (hypercalcaemia, hypophosphataemia, hyperphosphatasaemia, stb.), nem mutató betegségeket a következőképp csoportosítják: 1. ostitis deformans Paget egyes esetei (csonttömörülések mellett ritkulások); 2. ostitis fibrocystica juvenilis (többnyire csak egy helyre localizálódik); 3. neurofibromatosis csontfelritkulásokkal járó esetei; 4. ostitis fibrosa disseminata d'Albright (pigmentatios és endokrin zavarokkal); és végül 5. az ostitis fibrosa cystica Recklinghausen összes tüneteit producáló esetek. Klinikailag ez utóbbi csoport differenciálása jár a legnagyobb nehézséggel. Az egyedüli támpont a parathyreoidea hyperfunctiójára utaló humoralis elváltozások és az adenoma teljes hiánya. A kórkép pathomechanismusa még teljesen ismeretlen és a jövőben pontos klinikai és experimentális vizsgálatok útján lesz talán csak kideríthető. (B. 8.)

László Géza dr.

Az asthma bronchiale ganglion-stellatum kiirtás általi kezelésének eredményei. Leriche és Fontanie. (Press. Med. 1939. 13.) Tizenkét minden egyéb kezeléssel ellenkező asthma bronchialeban szenvedő betegen végezték el a ganglion stellatum kiirtását. 8 esetben a baloldali, 4 esetben mindkét oldali gangliont irtották ki. A betegek sorsát évekig figyelemmel kísérték. 2 esetben a műtét teljes gyógyuláshoz vezetett (10. ill. 7.5 év.) 1 esetben 7 évi tünetmentesség után a panaszok kiújultak, 3 esetben a tünetek nem szüntek meg teljesen, de néhány éven keresztül igen enyhe formában jelentkeztek. 5 betegen a műtét eredménytelen volt. A kétoldali műtétet átesett betegek mind javultak. Összegezve: a betegek 55%-a javult.

A szerzők véleménye az, hogy olyan esetekben, amikor minden egyéb kezelés kudarcot vall és a beteg állapota súlyos, a stellectomia műtete javalt. Útbaigazításul célszerű a ganglion stell. novocainos infiltrációját, amely maga is a panaszok átmeneti enyhülését okozhatja, egyben pedig tájékozottat, — bár nem feltétlen bizottsággal —, hogy a műtétől várhatunk-e eredményt (B. 9.)

László Géza dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: Prochnow Ferenc és ifj. Verebélly Tibor.

A nyelőcső rákjának eltávolítása az áthúzásos eljárás segítségével. Bernhardt. (Zbl. f. Chir. 1939. 6.) A nyelőcső rákjainak eltávolítására három lehetőség van. A transpleuralis, az extrapleurális és az áthúzásos eljárás. Szerzőnek az utóbbival sikerült a nyelőcső közepetáján ülő daganatot eltávolítani és ezáltal a beteg életét megmenteni. Tekintve, hogy nyelőcsőrákos betegek a legtöbbször nagyon leromlott állapotban kerülnek műtétre, az eljárás legnagyobb problémája a műtėti shock elkerülése. Ebből a célból ajánlatos a műtétet helyi érzéstelenítéssel végezni és csak a mellkasi felszabadításánál átmeneti bódítást alkalmazni. A műtét lényegében abban áll, hogy a nyelőcsövet a gyomorral a kardiánál reszecálva, valamint a nyaki részletet szabaddá téve a has és a nyak felől tompán kell az oesophagust a környezetéből, a hátsó mediastinumból felszabadítani. A felszabadításnak a mellhártya beszakítása nélkül kell megtörténnie. Amikor a felszabadítás megtörtént, az egész nyelőcsövet a nyak felé kell kihúzni és a nyaki csontot a kulcs-csont felett a bőrhöz kivarni. A beteg táplálása gyomorsipoly útján történik és állapotának végleges javulása után, mellkaselejtő nyelőcsőplasztika végezhető rajta. Jobb állapotban lévő betegen az eljárás végezhető úgy, hogy az alulról mobilizált gyomrot a hátsó mediastinumba felhúzza a nyelőcső csontjával a nyakon egyesítjük. (V. 19.)

ifj. Verebélly Tibor dr.

Adat az epeutak helyreállításához. F. Spat. (Zbl. f. Chir. 1939. 5.) Sérülések, gyulladás, vagy kő által okozott szűkületek, daganatok, stb. tehetik szükségessé az epeutak plasztikai helyreállítását. Különös fontosságúak azok a műtėti sérülések, amelyek epehólyagkiirtás, vagy gyomor-duodenum resectio alkalmával érhetik az epeutakat. Egy esetet ismertem, melyben az epehólyag kiirtása a gyulladással összefüggésben kórbonctani képet annyira megzavartak, hogy a ductus cysticussal együtt a jobb hepaticus is a lekötésbe került, átvágatott úgy, hogy a metszés a másik hepaticus lumenét is feléig megnyitotta. A sérülés helyreállítása súlylyesztett gummiprothesissal, ill. T-cső révén történt. Műtét után 4 és fél hónappal teljes gyógyulás. A nagy epeuták

műtét közbeni sérülésekor szóba jöhet a defectusnak oldal- vagy körkörös varrattal történő ellátása. Gyulladásos környezetben a varrat biztosítására gummidrain alkalmazandó. Ezen eljárásnak három fő módoszata van: 1. az elvarrt sérülés alatt, vagy felett a lumenbe vezetett Nelaton katheter, amelyet egy öltés kívül rögzít; 2. a defectuson át behelyezett T-cső; 3. sülyesztett gummiprothesis. A sérülésnek ilyen módon történő azonnali ellátásával minden bonyolultabb műtéti megoldás feleslegessé válik. (V. 20.)

Rhorer László dr.

Aseptikus csontelhalás. *Kahlstrom, Burton, Phemister.* (Surgery stb. 1939. 68. 2.) Caissou betegség négy esetét közlik, amelyekben a felszabadult nitrogén-gáz hatására a hosszú csöves csontokban többszörös aseptikus elhalás jött létre. Ha az elhalásos góccok az epiphysisekben az ízület közelében foglaltak helyet, a megterhelés következtében részint összeroppantak, részben új csont foglalta el a helyüket. A közelükben lévő ízületi porcogó levált rostos porcogó foglalta el, ami által arthritis deformans keletkezett, sőt csontos-porcós izegerek is mutatkoztak. A diaphysisekben helyetfoglaló góccok nem roppantak össze, hanem részben ujonnan képzett csont, részben kötőszövet foglalta el a helyüket és elmeszesedtek. Nincs eldöntve, hogy a csontelhalást a nitrogén-gáz a csontvég arteriáinak embolia folytán eldugaszolása okozta-e, vagy pedig oly módon, hogy a csontveió zsírszövetében felszabaduló gáz direct nyomást gyakorolt a vérerekre és a többi szövetekre. Állatkísérleteik az emboliás keletkezés ellen szólnak, amennyiben kutyákon a comb ütőerébe befecskendezett nitrogén-gáz nem hozott létre a combcsontokon elhalást. (V. 21.)

Rubányi Pál dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Batizfalvy János és Horváth Kornél.*

Hypernephroid daganat a méhben. *Hochgesand.* (Ztschr. f. Geburtsh. 1938. 117.) Elszórt mellékvesecsirt a vesén kívül a ligamentum latumban, a vena spermatica mentén, plexus pampiniformisban, a herében és mellékherében a kürtökben, igen ritkán a májban, pankreasban és méhben találtak. Klinikailag szétszórt mellékvesecsírok jóindulatúak lehetnek s teljesen elkerülik a figyelmet. Másképpen áll a dolog azonban az atypusosan növe és gyakran áttételeket okozó alakokkal, mely különböző nagyságot elérve súlyos tüneteket okozhat. Az elkülönítő kórisme igen nehéz és legtöbbször csak a szövettani vizsgálat okozza a kórképet. A méhben előforduló ilyen daganatok igen ritkák, szerző az irodalomban 3 esetet talált, melyekhez negyediknek saját esete társul. 54 éves asszony 4 év óta menopausában van, jelenleg véres folyás a hüvelyből és a hasban köldökig érő daganat foglal helyet. Az asszony méhét eltávolították. A daganat mind az egyes sejtek alakja, mind szöveti szerkezete révén a mellékvesekéreg felépítéséhez hasonlít. A szövettani vizsgálat kétségtelenné tette, hogy a méhben lévő daganat hypernephroid daganat volt. Szerző a kiindulást elsőslegnek tartja és elszórt mellékvesecsírákból magyarázza. Felmerül természetesen a kérdés, hogy nem áttétel következtében fejlődött-e a daganat a méhben? A klinikai lefolyás alapján ez szerző szerint kizárható, mivel a beteg a műtét után két és fél év múlva is teljesen tünet- és panaszmentes volt. (B. 27.)

Thaisz Klámán dr.

Doerffler szerint végzett császármetszés után keletkezett heg, mint szülési akadály. *Fournier.* (Bull. Soc. Gyn. 1938. 10.) 28 éves III. P., akin 1934-ben téraryntalanság miatt császármetszést végeztek *Doerffler* szerint, félévelkor a koponyát a bal csípőtányérba kiterve találta. A magzat olyan kicsinynek látszott, hogy spontán szülést vártak. Belső vizsgálatkor két ujjnyi méhszáj mellett a bemenet üres volt, a koponya a burok megrepedése után sem illeszkedett be. Hogy ennek okát megállapítsa felhatolt a méhbe és a külső méhszájtól 7–8 cm-nyire a méh elülső falán körkörösen haladó ujjnyi vastag köteget talált. 3 óra múlva a helyzet változatlan volt, a koponya lejjebb szállását a heges szűkület annyira akadályozta, hogy még a beilleszkedés is lehetetlen volt. Ezért császármetszést végzett. A műtét alkalmával azt látta, hogy a hólyag felső szélé felett 1 cm-el harántirányú heges behúzódság haladt a méh szélei felé. A méhet hosszirányban megnyitva a heges szűkület feletti méhfal igen vastag volt, kb. háromszor olyan vastag, mint a szűkület alatti rész. A műtétet a szokott módon fejezte be, az asszony a 16. napon gyógyultan távozott.

A heges szűkület létrejöttét annak tulajdonítja, hogy *Doerffler* eljárása mellett a sebszégeket nem lehet pontosan összeilleszteni, mivel a felső sebszél a legtöbbször sokkal vastagabb, mint az alsó. (B. 28.)

Cserényi László dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Szemfurdók veszélye. *Jeandelize.* (Párisi Szemésztárs. Munk. 1937.) Az erősen hirdett szemfurdók veszélyességére hívja fel a figyelmet; a gyakorló orvos szívesen rendeli. A folyadék könnyen fertőződik, másrészt a csésze sohasem lévén sterilizálva, fertőzheti a szemet. (Esetében egyszemű ember szarufekély kapcsán közös csésze használata következtében vesztette el egyetlen szemét.) Az önkézelés veszélye ismert. Egyesek a mindennapos higiéne egyik tartozékának tartják a szemfurdót: ez elítélendő. Ezek gyakran kozmetikai jellegűek. A szemfurdó használata a szemorvos rendeletétől függjön. (G. 20.)

Grósz István dr.

Gonoreactio a szemészetben. *Dubois-Poulsen és Offret.* (Párisi Szemésztárs. Munk. 1937.) A Demonchy-féle polyvalens antigénnel (gonococcusok lysise dest. vízben, szűrés) végezték a complementkötési vizsgálatot. 5 felnőtt blenorhoea esetében a lelet pozitív (urethritis!), mely 4–5 hét múlva válik negatívvá. Viszont csecsemőben a reactio mindig negatív. Ez a harmadik évtől kezdve válik pozitívvá. A go.-s kötőhártyahurut diagnosztikájában nem bír értékkel. Sokkal fontosabb szerepe van az *iritisekben*. 84 eset közül 21%-ban találtak pozitív reactiót, míg a Wa. 10%-ban, a Nègre-Boquet 33%-ban volt pozitív. A pozitív reactio csupán activ go.-s gócot jelent, anélkül, hogy az iritis ilyen eredetét bizonyítaná. Az esetek egy részében a többi serológiai lelet is pozitív, ami megnehezíti az értékelést. 10 esetben volt pusztán a gonoreactio pozitív; ezekből 7 nem volt klinikailag kórjelezhető. Urológiai vizsgálat nem mutatott ki go.-s gócot. Egyesek ízületi fájdalmakról panaszokdottak; lehetséges, hogy az ú. n. „rheumás” iritisek egy része go.-s eredetű. Legjobban az ingertherapia vált be (tej), míg a fajlagos, nem. — Ha a reactio két hónapon belül nem válik negatívvá, a visszaesés lehetősége fennáll. (A reactióval szemészeti vonatkozásban nálunk *László* foglalkozott először. A jelzett kórformák kezelésében ma egyes sulfamid származékoknak van jelentőségük. Ref.) (G. 17.)

Grósz István dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Tetrophankezelés első eredményei postdiphtheriás bénulások esetében. *Teciliazio.* (Klin. Wschr. 1938. 6.) 84 beteg iskolásgyermekek kezelt tetrophanal. Az adagolás a következő volt: könnyű esetekben adott egy hétig napi 1–2 tablettát. Középsúlyos esetekben: 2 hétig napi 2 ccm-t s utána 1 hétig 2–3 tablettát kapott. Súlyos esetekben: minden második nap, előzetes liquorkibocsátás után endolumbalisan 1–2 ccm-t s a közbeeső napokon intramuscularisan 2–3 ccm-t, ezután még tíz napon át folytatta az intramuscularis injectiókat. 9 nyelési bénulásban már 1–2 endolumbalis injectio után elmúlt a bénulás. 22 eset közül azonban a kezelés ellenére 13 légzésbénulást észlelt. 62 garatív bénulás közül 5 esetben már egy injectióra nagyfokú javulást észlelt. Az intramuscularis, vagy peroralis adagolás is javítja a közérzetet és rövidíti a bénulás tartamát. Prophylactikus hatása nincs a tetrophanak. (K. 23.)

Czigány Flóris dr.

A leukocyták quantitativ és mindenekelőtt qualitativ viselkedése a csecsemőkorbán. *Arneth.* (Mschr. f. Khk. 1938. 73.) A thrombocytavizsgálatokkal párhuzamosan végzett leukocytákép a következőképpen alakul. Elsősorban feltűnik a felnőttek stabil értékeivel szemben a törvényszerű ingadozás quantitativ vonatkozásban. A qualitativ megoszlás tekintetében az élet első napjaiban a neutrophylek dominálnak, a 3. hónapban már elérik alacsony értékeiket. Ezzel egyidejűleg csökken a balratolódás is. Az élet második hetében kezdődik meg a csecsemőkorra jellemző lymphocytatúlsúlyra mutató törekvés s előáll a hyperlymphocytosis. A monocyták nem mutatnak lényeges különbségeket. Szerző vizsgálatainak hangsúlyát az a megállapítás adja meg, hogy quantitative a születés után néhány héttel a jobbratolódási törekvés jellemzi a fehérvérképet. (K. 22.)

Flesch István dr.

A rectalisan adott szőlőcukor értékéről. Tornak. (Klin. Wschr. 1938. 40.) Mivel a rectalisan adott cukor tápértékéről eltérők a vélemények, megpróbálta a vércukoremelkedéssel ellenőrizni a rectalisan adott szőlőcukor feiszívódását. 30 g. szőlőcukor, avagy galaktose után a vércukor semmit, vagy alig emelkedett. Ezzel szemben 2 g. szőlőcukor duodenumba vitel után a vércukor 15–20 mg%-al emelkedett. E kísérletek azt mutatják, hogy a rectalisan adott szőlőcukor legnagyobb részt elbomlik, vagy alig szívódik fel, tehát calóriabevitel szempontjából nem értékelhető. (K. 21.)

Martyn Róbert dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő:

Fügedermatitisek. Holusi Behcet, Berta Ottenstein, Kurt Lion és Frederik Dessauer. (Annal. de Derm. et de Syph. 1939. 1.) Zöld füge leggyakrabban május közepétől június végéig okoz a bőrön elváltozásokat. Ezek nagy hólyagú bőrgyulladások képeznek és barnás pigmentáció hátrahagyásával gyógyulnak. Néha a száj nyálkahártyáján is vannak elváltozások, tehát olyan helyen, amely nincs kitéve a napfénynek. Érett és száraz füge velük foglalkozó és túlérzékeny egyéneknél lichenoid ekzema képeznek jelentkező elváltozásokat okoz, melyekhez gyakran körömágygyulladás is társul. Füge fogyasztása következtében leírtak túlérzékenységi alapon létrejövő hasmenést, hányást és szédülést. Zöld füge által kiváltott bőrgyulladások létrejöttében a fény sugárzásnak mint stimuláló tényezőnek van szerepe. Allergiás bőrpróbákat elvégezték füge fájának, levelének és gyümölcsének higítatlan nedvével, vizes, alkoholos kivonattal. Legerősebb pozitív reakciót kaptak az alkoholos kivonatok alkalmazása után. A túlérzékeny egyéneknél egyéb növények chlorophylljával szemben a túlérzékenység kimutatható nem volt, tehát a kiváltó ok nem a chlorophyll. Positív reactio általában csak a napnak kitett helyeken jött létre, 4 esetben azonban a napsugárzással szemben védett oldalon is fellépett a reactio. Túlérzékeny egyénekben egy órán keresztül besugárzott cukoroldattal is sikerült a reactiót kiváltani. Ezért szerzők a fügedermatitisek létrejöttében szerepet tulajdonítanak fényhatásra cukorból keletkező erősen redukáló anyagoknak. E mellett azonban felveszik, hogy a bőrgyulladás létrejöttében a fügében jelenlevő fermenteknek is szerepük van. Vizsgálataikat ebben az irányban folytatják. (Sz. 21.)

Arokháty Vilmos dr.

Adatok a lupus erythematosus acutus kóroktanához és kórszarmazásához. Luniatschek és Kettner. (Med. Klin. 1939. 7.) Szerzők két l. e. acutus és egy l. e. chronicus cum exacerbatione acuta esetét írják le és megállapítják, hogy a Veiel gyűjtötte 1931-ből származó esetekből még jejenleg sem sikerült a kóroktan és kórszarmazásra vonatkozólag tiszta képet nyerni. Első esetük miliaris tuberculosis végső szakaszában fellépő l. e. acutus. A betegen izületi elváltozások, gyomor- és bélbetegségek is szerepeltek. Matras hangsúlyozza, hogy bélrelváltozások, izületi megbetegedések és vesebetegségek jellegzetesek az l. e. acutusra. Második esetünkben 10 év óta fennálló l. e. chronicus változott át hevennyé. A beteg pneumoniában halt el, s rajta a Matras-féle trias feltalálható volt. Harmadik esetünkben jellegzetes l. e. acutus szerepelt, mely vesegyulladással és sokizületi csúzzal járt. Szerzők kivonatossan ismertetik második és harmadik esetüknek boncolási jegyzőkönyvét. A veseelváltozások kórszarmazásába a boncolás sem engedett maradéktalan betekintést. Leginkább toxikus emboliás göcs vesegyulladás felvétele léphet előtérbe. Egyetlen egy esetünkben sem volt gümőkóros eredetről szó. (Sz. 18.)

Dóczy Gedeon dr.

A napsugár hatása a bőrre. Henschke és Schulze. (Strahlenth. 64. 1.) A nap sugarainak hatására részint pir, részint pedig elsősleges festenyződés keletkezik. A két hatást az ibolyántúli sugarak közép- és rövid- ($x < 320 \text{ m}\mu$), illetve az elsősleges festenyződést a hosszúhullámú része ($x > 320 \text{ m}\mu$) idézi elő. Mindkettő élesen elkülöníthető a másiktól, részben az időbeli fellépés különbözősége, részben pedig fényképezés útján, továbbá oly módon, hogy ha megfelelő szűrő segítségével kiiktatjuk a $320 \text{ m}\mu$ alatti sugarakat, csak festenyződés lép fel. A festenyződés létrejöttéhez szükséges sugáradag $1/5-1/2$ -e a pir-adagnak. Ugyanazon sugárviszonyok és ugyanazon érzékenység mellett nincs különbség a magaslati és alföldi sugárzás között. A nap sugarai négyszer erősebb festenyzettséget hoznak létre, mint az ibolyántúli normál-éggő. (Sz. 22.)

Dziobek László dr.

UROLOGIA

Rovatvezető: Babits Antal.

Nephroangiosclerosis műtéti kezelésének eredményei. Gaume és Lobo-Onell. (Press. Med. 1938. 99.) A kőrbontani elváltozások ismeretése után megállapítja, hogy a hatvanas évek után fellépő hypertensio jóindulatú, fiatalabb korban fellépő rosszindulatú. A kezelés általában étrendi és gyógyszeres. A kezelés eredménye nem sok, súlyosabb esetben semmi. Műtéttel igyekszik segíteni, amit két csoportra oszt. Egyik eljárás a vese érmozgató működésére hat (enervatio, decapsulatio). Másik az adrenalinelválasztás csökkentését célozza, amit egyoldali teljes vagy kétoldali részleges mellékvesekiirtással ér el (splanchniektomia). Max Bonamy az aortico-renalis gangliont is kiirtja és a gl. semilunaretől a vesekocsányhoz és mellékveséhez haladó ágakat is átmetzi. A két műtétféleségnek megfelelően a betegeket is két csoportba osztja. Rossz általános állapotban levő, csökkent veseműködésű, magas vérnyomású, bal szívféltülnegésben szenvedő betegeknél egyoldali decapsulatiót végez először és csak később metszi ki a másikkoldali mellékvesét. Eredmény nem tartós. Jobb állapotban levő betegeken combinált műtétet végez. Az eredmény jó. A vérnyomás azonban leesik, fejfájás, fülzúgás, szívdobogás enyhül. Hónapok múlva a vérnyomás emelkedik, de a kísérő tünetek elmaradnak. A vesék működésében állandó eredmény a bő vizelet-elválasztás. Csökken a vizeletben a fehérje az üledék alak-elemeinek száma és a vérben a MN. Ez a javulás az intrarenalis keringéssel van összefüggésben, amit műtét alatt már meg lehet figyelni, amikor a vese szinte pillanatok alatt élénkebb piros színű lesz. (B. 7.)

Vizkelety Gyula dr.

A transurethralis prostataresectio javallatai és eredményei. Prof. Cibert és prof. Gayet. (Press. Med. 1938. 100.) Hólyagnyak betegségében alkalmazható, mert gyakorlott egyén kezében kicsiny beavatkozás. Az eltávolítandó szövetmennyiség kevés, vérzés könnyen csillapítható. Prostatarákban megszünteti a teljes elzáródást, a betegnek a gyógyulás illuzióját jelenti még akkor is, ha meg kell ismételnie a beavatkozást. Prostatahypertrophia esetében előnyeit és hátrányait össze kell hasonlítanunk a radicalis műtéttel. Jobb az ektomia, de ha ez nem végezhető, úgy nagyobb kockázat nélkül javulást érhetünk el a resectiával is. A resectio eredményei: mortalitás általában 7%. Halálok legtöbbször urosepsis. Kiindulópontja ennek a beavatkozáshoz szükséges húgycsőtágítás, ezzel járó nyálkahártyasérülés és a vesicorenalis reflux. Ritkább halálok a vérzés, embolia. Tartós lázat okoz a resectiót követő hólyaghurut a coagulált területek lelekedése következtében. Mellékheregyulladás 6–8%-ban fordul elő. Incontinentia rendszeren múlt jellegű. Oka: az onódomb tájékának a kimetszése, illetve megsértése. Functionalis eredmények: legtöbbször kevés residuum visszamarad, ugyancsak sokszor fájdalmas a vizelet. Távolabbi eredmények: nem érik el a prostatektomia eredményeit, de ez nem ok arra, hogy elvessük, különösen ha idős egyénekről van szó. Hólyagnyak-folyamatok esetén kielégítő az eredmények. Rák esetében a gyors tovaterjedés veszélye mindig fennállhat, de még mindig jobb, mint ha a beteget állandó katheteren tartjuk, vagy cystostomiát végzünk. (B. 8.)

Vizkelety Gyula dr.

ELME- ÉS IDEGGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Horányi Béla.

A cardiazolgörcs jelentősége az epilepsia diagnosisában. A. Langelüddeke. (Nervenarzt. 1938. 11.) A cardiazolgörcs diagnostikus alkalmazását csak kevés esetben tartja indokoltnak. Tapasztalásai szerint 2.5 mg. cardiazol epilepsiasokon 66%-ban, nem epilepsiasokon 20.8%-ban vált ki epilepsias rohamot. Ezek szerint a cardiazolkísérletnek nem lehet specifikus értéket tulajdonítani. Nem tartja javalltnak a cardiazolkísérletet 15 éven aluliakon, továbbá tüdő- és szívbetegeken. Utal arra, hogy meg van a lehetősége annak, hogy a cardiazolkísérlet kapcsán latens epilepsias hajlam nyilvánvalóvá válik. (H. 5.)

Horányi Béla dr.

Dispositio és terheltség paralysis progressiva esetében. Stegmann, Alfons. (Allg. Ztschr. f. Psychiatr. 1938. 108.) Szerző 206 férfi és 64 női paralysis eset családfáit kutatta át visszamenőleg 1900-ig. Vizsgálatai alapján arra az eredményre jut, hogy örökletes terheltség nagy szerepet játszik a paralysis progressiva kórszarmazásában: férfibetegeken 88.3%-ban, nőknél 92.1%-ban talált örökletes terheltséget.

Érdekes, hogy paralytikusok szülein nagyobb számban talált érelmeszesedésből származó halálozást. A legtöbb paralytikus beteg már fiatalabb korban különböző lelki abnormitásokat mutatott. (H. 6.)

Horányi Béla dr.

Az elektroencephalogramm schizophreniásokon. MacMahon, Gary Walter. (J. Mental. Science. 1938. 84.) 30 schizophreniáson vizsgálták az elektroencephalogramm viselkedését. Szerzők utalnak arra, hogy a mások által schizophreniáson észlelt ú. n. delta-hullámok valószínűleg a szemizmok, illetőleg a musculus temporalis tonusingadozásával függenek össze. Több schizophreniás esetben sikerült szerzőknek abnormis elektroencephalogramot levezetni az agykéregről, különösen a frontal lebenyekről. (H. 7.)

Horányi Béla dr.

A lues kezelésének hatása a paralysis progressiva kifejlődésére. Glatt M.: (Confinia Neurologica. 1938. 1.) Szerző a berlini Charité-idegklinikai beteganyagán vizsgálta a kérdést. Eredménye a következő: Nem mutatható ki különbség az elsősleges fertőzés időpontjától a paralysis progressiva kitöréséig elteit időre vonatkozólag a kezelt és nem kezelt esetek között, vagyis a salvarsan-kezelés nem rövidíti meg a paralysis progressiva incubatiós idejét. A modern syphillis-kezelés szerző vizsgálatai szerint nem növeli a paralysis progressiva eshetőségét. (H. 8.)

Horányi Béla dr.

ORTHOPAEDIA

Rovatvezető: Horváth Boldizsár.

Az alsóugróizület osteochondritis dissecans. K. Schnaberth. (Zeitschr. f. Orthopaedie, 69, 2.) A kis-izületek osteochondritise ritkán fordul elő. Az alsóugróizületben létrejövő porcelváltozás legtöbbszor erőművi behatás következménye. Különösen a sí-sport közben jöhetnek olyan erős mechanikai hatások létre, amelyek a porcok körülírt elváltozását okozzák. Osteochondritis a serdülő korban azért gyakoribb, mert a fiatal izületi porc könnyebben sérül a porc- és csontállomány lazább összekötődése folytán. Ha a porcelváltozás nagyobb mértékű és az alsóugróizületben nagy hiányt okoz, akkor a levált porc eltávolítása után az ízület arthrodesise is szükségessé válik. (H. 1.)

Horváth Boldizsár dr.

A világrahozott lúdtalp kórbontana. E. Güntz. (Ztschr. f. Orthopaedie, 69, 2.) A világrahozott lúdtalp vizsgálata az izmok-elhelyeződésében és tapadásában nem mutat kóros viszonyokat. A talpi bőnye azonban majdnem teljesen hiányzik és a rövid talpi izomzat, valamint a musc. tibialis post. hiányosan fejlett. A lábfej feszítő izomzata megrövidült. Az izomegyensúly tehát jelentékenyen eltolódott. A lábhat szalagai is megrövidültek. A lábközép ízfelszínei elveszítik rendes gömbölyűségüket és az Achilles-in tapadása is az elferdülés mértékének megfelelően ferdén történik. A lágyrész-akadályok kiküszöbölése után a láb rendes formája visszaállítható ugyan, de az elváltozott ízfelszínek következtében a láb a legkisebb megterhelés közben is visszafordul kóros helyzetébe. Ez a körülmény magyarázza meg a világrahozott lúdtalp nagyfokú kiújulási hajlamosságát. (H. 2.)

Horváth Boldizsár dr.

ELEMÉLETI TUDOMÁNYOK

Rovatvezető: Simon Sándor.

Diaethylstilboestrol hatása. O. Mühlbock. (Acta brev. Neerlandica, 1939. IX. No. 1.) A diaethylstilboestrol gátolja az androsteron és testosteron okozta kakas- és kappantaráj növekedést, továbbá a tyúktollakon jellemző elszíneződést okoz és a kakasok taraját megkisebbiti. Ezek a hatások mind hasonlóak az oestron és oestradiol hatásához, mindhárom anyag hatékony adagja is kb. megegyező, csak abban van különbség, hogy a diaethylstilboestrol csupán injectioalakban hat, az oestron és oestradiol pedig kifejti hatását úgy is, ha a tarajra kenik. A diaethylstilboestrol, szemben az oestronnal és az oestradiollal, valószínűleg nem, vagy csak nehezen és szívódik fel a bőrön keresztül. (S. 6.)

Kolonits Barna dr.

Tehencolostrum D-vitamintartalma. J. van Niekerk és M. Blik. (Acta brev. Neerlandica, 1939. IX. No. 1.) A szerzők a szülés utáni első 24 órában gyűjtött tehencolostrum antirachitikus hatását összehasonlították fiatal rachitises patkányokon standard D-vitamin készítménnyel. Ugyanezt a vizsgálatot elvégezték normális tehéntejjel és azt találták, hogy a colostrum D-vitamin tartalma 6–10-szer nagyobb, mint a tejé. (S. 7.)

Kolonits Barna dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Extrapulmonalis Tuberculosis. Szerkesztette: Herepey-Csákányi Győző. Írták: Borsos László, Buday Kálmán, Herepey-Csákányi Győző, Darányi Gyula, Dollinger Béla, Frigyesi József, Horváth Béla, Illyés Géza, Karafiáth Imre, Krepuska István, Lénárt Zoltán, Lukács József, Mórincz Dénes, ifj. Nékám Lajos, Parassin József és Puky Pál. (Budapest, 1938. A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társaság kiadása. 547 oldal.) A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat mint mindig, ezuttal is egy pompás kiállítású kitűnő szakmunkával gazdagította szűkebb irodalmunkat. Szerzők a Pázmány Péter Egyetemünk professorai, rendívüli- és magántanárai, tanársegédei, akikről eddigi irodalmi munkásságuk alapján is — csak elsőrangú teljesítmény volt várható. E várakozásnak kivétel nélkül valamennyien meg is feleltek, mert kezdve Parassin Józsefnek a tuberculosisról, mint socialis bántalomról írott szép fejezetétől, s megboldogult Buday professorunknak 'a gümőkór minden részletére kiterjedő nagyszerű kórbontanától, végig jobbnál-jobban megírt fejezetekkel találkozunk. Ezekről külön-külön megemlékezni a rendelkezésünkre álló hely korlátozott volta miatt nem lehet. A könyv címének a megválasztása azonban nem a legszerencsésebben történt, sőt félreértésekre adhat okot, bár a Szerkesztő előszavában maga is megemlíti, hogy Angyán professor megírandó könyve kiegészítője lesz ennek a munkának. Az extrapulmonalis gümőkór gyűjtőfogalom alá tartozó gümős folyamatok egy része hiányzik, így pl. hogy csak néhányat említek: az emésztő szervek, a lágyrészek, a hashártya gümős megbetegedései kimaradtak, ezzel szemben a címtől eltérően a tuberculosis tanának más igen fontos fejezetei, pl. a tbc. kórbontana socialis vonatkozásai, a tüdőtuberculosis sebészeti therapiája, a csecsemőkori, gyermekkori tuberculosis is ebbe a könyvbe kerültek. Igaz, hogy ez a körülmény egy cseppet sem árt a munkának, sőt inkább hasznára van, de azért a könyv címe mégsem helyesíthető, mert egyrészt — mint említettük — zavarokra vezet, másrészt pedig a címben feltüntetett kérdéstről nem nyújt olyan egységes, összefoglaló képet, mint amit egy ilyen egyébként részleteiben kitűnően megírt munkától el kell várnunk. Az egyes fejezetek csoportosítása sem a legszerencsésebb. Részünkről helyesebbnek tartottuk volna, ha a könyv két részből állana. Az első részben az extrapulmonalis gümőkór került volna tárgyalásra, a második részben pedig a többi fejezet. Ily módon a jelenleg kissé nehézkes tájékozódás is könnyebb lehetne. Ismétlem azonban, hogy mindezek inkább szépséghibák és semmit sem vonnak le a munka letagadhatatlan értékéből. Reméljük is, hogy rövidesen nyomdába kerülő második kiadásban a szerkesztő ezeket a szépséghibákat ki fogja küszöbölni. — Elmondhatjuk, hogy a tuberculosisról ennyire részletes és ilyen jól megírt munka magyar nyelven még eddig nem jelent meg. Reméljük és hisszük, hogy az előszóban ígért folytatás méltó kiegészítője lesz az első könyvnek, amit a tuberculosis kérdései iránt érdeklődő orvosok, beleértve a szakorvosokat is, úgy az alapfogalmak megtanulására, mint ismereteik kiegészítésére mindenkor kitűnően felhasználhatnak.

Pekanovich István dr.

Studien über die Entstehung und Entwicklung der Lungentuberkulose. Malmros és Hedwall. (Tuberkulose Bibliothek. 68. sz., 224 o. 140 képpel. J. A. Barth, Leipzig, 1938. Ára: 27. RM.) A phthiseogenesisről folytatott harc még ma sem ült el. A „rég tan” hívei, főleg a pathologusok a csücs-területből kiindulást vallják az apicocadualis terjedés útjával, míg az „új tan” követői Assmann és Redeker vezetésével a kulcsalatti beszűrődés primatusa mellett tesznek hitvallást és a régi tan teljes felszámolását kívánják. Ezen egyezkedések kezdetben sikeresnek is látszott, míg azután további komoly kórbontani, röntgenpathologiai és tomographiai tanulmányok hatására az ú. n. kulcsalatti beszűrődések phthiseogenetikusan tanának épülete inogni kezdett. Assmann és Redeker ugyanis azért talált annyi kulcsalatti beszűrődést, mert csupán azokat az eseteket fényképezték le, melyek a rendszeres átvilágítás során biztos tüdőelváltozást mutattak, amikor is bizonyos, hogy a friss „initialis” góccok észrevétlenül maradtak, mégpedig azért, mert utóbbiak az erősebb árnyékot adó idősebb góccok (Simon-féle góccok) és nagyobb beszűrődések mellett az átvilágítóernyő alatt nehezen fedezhetők fel. A phthiseogenesis megválasztására viszont nemcsak sorozatos átvilágításra, hanem igenis sorozatos fényképekre van szükség és ezt a munkamethodust e tanulmány szerzői valószínűleg meg. Olyan

eredmény birtokába jutottak, mely a phthiseogenesis tanában joggal mértődkövet jelenthet. Legfontosabb megállapításuk a következők: Svédország déli részében 10.000 különböző korú lakoson végzett, 1 mg. Alttuberkulin mennyiségig emelkedő bőrpróba azt mutatja, hogy a lakosság nagy része ifjúkorban és felnőttkorban szerzi elsősleges gümös fertőzését. A lundii egyetem 3336 hallgatóján és ápolónő-tanulóján végzett rendszeres vizsgálatok 133 esetben (4%) biztosan activ gümőkört derítettek ki. Ezekről 5000 röntgenfelvétel készült. Rendszeres tuberkulinvizsgálatai felnőttekben 151 friss primaer-fertőzés mutatható ki, ebből 104 tünetmentesen folyt le. Az elsősleges fertőzéshez 14 esetben biztosan tüdőtuberculosis társult anélkül, hogy primaer infectumot vagy hilusnyirokcsomómegnagyobbodást a röntgen kimutatott volna. Különböző az esetek nagyobb része subjectív tünetek nélkül folyik le, a véresejt-süllyedés is túlnyomórészt normális marad. Az elsősleges fertőzöttek további 5 esetében tüdőtuberculosisist találtak, de itt a primaer infectio a primaer-affektus vagy erythema nodosum képében jelentkezett. Az elsősleges fertőzötték tüdőgümőkórja „subprimaer initialis góccal” kezdődik, azaz kisebb-nagyobb többszörös felhős foltozottsággal. Ezek az esetek többségben a kulcsfeletti területen vagy az I. bordaközben, illetve mindkét területen egyidejűleg foglal helyet. A kulcsalatti területek egyáltalában nincsenek előnyösebb helyzetben. A kis-foltozottság mellett egyes esetekben beszűrődés-szerű képeket is látnak, ezek azonban a foltok összeolvadása révén keletkezhetnek. 37 tuberkulin-positív esetben a normális röntgenkép után az incipiens tüdőgümőkór 28 esetben a kulcsfeletti területen felett elhelyezkedő initialis góccal és 8 esetben izolált korai beszűrődéssel kezdődött. Az initialis góccok progressiv irányzatúak és apico-caudalis tovaterjedést vagy az ellenoldali tüdőt illető áttételképzést mutatnak. A körülírt korai beszűrődések mint a kezdő tüdőgümőkór aránylag ritka alakja különböző tüdőterületen ülnek. Az incipiens tüdőgümőkór különböző megjelenési formájában lényegbeli különbség nincsen és akármelyik külsőben is jelentkezik, általánosságban subjectív tünet nélkül és gyorsult véresejt-süllyedés hijával folyik le. Mindezekből a gyakorlat szempontjából az a következtetés vonható le, hogy egyrészt a friss initialis góccok jelentőségét nem szabad aláértékelni, továbbá az átvilágítással a felső tüdőterületek a legpontosabban vizsgálandók, másrészt lehetőség szerint minél több röntgenfelvételt készíttessék. A kötet a mű jelentőségének megfelelő kitűnő kiállításban jelent meg és annak az újabb iránynak képviselője, mely a túlsok szöveg helyett röntgenképek sorozatával dokumentálja fontos mondanivalóit.

Puder Sándor dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 31-i ülése.

Bemutatók:

Mező B.: Tökéletes fitymaszűkület-műtete. A fitymaszűkület műtetei legtöbbször fogyatékos eredményt adnak. A műtét után a makk közepén szabadon van, a makk jobb és bal oldalán pedig egy kisebb-nagyobb fitymalebeny képződik. Részben a Drüner, részben a Valkányi eljárására emlékeztetően a következőképp jár el: A fityma szűkült helyét ércsipeszel megfogja és azt erősen kihúzza. A fityma külső lemezét elől és hátul hosszirányban átvágja és a két metszést a tartó ércsipeszek alatt jobb és baloldalt összeköti. Ezután a fityma külső lemezét a makk pereméig leválasztja, majd a fityma melső lemezét az előbbi metszésre derékszögben vágja át, ami által egy elülső és egy hátsó háromszög alakú fitymalebeny keletkezik. Az oldalsó háromszögek csúcsa befelé hajlítva az elülső és hátsó háromszögek közti részbe; az elülső és hátsó lemezek, háromszögek csúcsa pedig kifelé fordítva az alsó háromszögek közti részbe illik és ott rögzítendő. A sebselek összevarrása után a fityma szabályos cső alakú lesz, amely egy idő múlva a nem operáltaktól nem különböztethető meg.

Pólya J.: A bemutatott műtétet lényegileg a Drüner-féle műtéttel egyezőnek tartja. Saját eljárása functionálisan és kozmetikusan kifogástalan eredményeket ad és lényegesen egyszerűbb.

Valkányi R.: Mező eljárása nagyon hasonlít hozzájáruló 1930-ban ismertett módszeréhez. Mindkét eljárás a Morestin-féle elven alapul: nem csonkít, a fityma szűkösön rendelkezésre álló bőrmennyiséget kimetszésekkel nem csökkentik, másrészt körkörösén részarányos metszéseket alkalmaz. A saját módszerrel végzett műteteinek száma 142. Ezek közül 12-t fekvőbeteg, a többit ambulánsan végez-

te; az utóbbiak közül csak egyet kellett utóbb felvenni kisebb vérzés miatt, míg a 12 fekvőbeteg közül kettőn jelentkezett kisebb utóvérzés. Eljárása más, bőrrel határos testnyalások szűkületei esetében is (végbél, hüvely, ante-thoracalis oesophagostomia) a siker reményével kecsegtet. A műtét egyszerűsítésére 4-5 év óta gyermekeken 2-2, felnőtteken pedig a rendelkezésre álló bőrmennyiségtől függően 4-4, 3-3, esetleg szintén 2-2 lebenyt képez. A betegek közül 21 tíz éven aluli gyermek volt, 121 felnőtt. Egy kétéves gyermeket kivéve valamennyit helyi érzéstelenítésben operálta.

Sandelhausen M.: A phymosis- idesorolva a praeputium rövidsége folytán eseteket is, — nem ritka. Nemcsak aesthetikai, de elsősorban az egyén következményes érzésszerkezete miatt fontos kórforma lévén, az esetek többségében idegorvosi correctióra is szorul.

Mező B.: Pólya említette, hogy eljárása Drüneréhez hasonló. Ezt bemutatásában is hangsúlyozta. A két eljárás közt azonban lényeges különbség van, mert Drüner úgy a külső, mint a belső fitymalebenyből kettő, összesen négy, legaiább 1 cm. széles négyszög alakú lebenyt távolít el, amely a makk pereméig leterjed. Ezáltal a megmaradó fitymarészek igen kicsinyek. Előadó ezzel szemben csak egész kicsi, néhány mm. vastag és hosszú, vékony csillag alakú részletet áldoz fel. Egyébként könnyen érthető, hogy csak azok a műtétek adhatnak tökéletes bonctani eredményt, amelyek a fitymát körkörösén, nemcsak az egyik oldalon befolyásolják.

Mező B.: Hímveszűrők részleges csonkolása. Hímveszűrők esetén a harántcsonkolás a szokás. 40 éves, nemrégén nősült betegén, mivel a rákos fekély csak a fék táján filléres nagyságú volt, a kis ökölnyi lágyéki mirigyek kitakarítása után a nemi élet lehetőségének megtartása céljából a hímveszűrőt részlegesen csonkolta. A daganat mögött 1 cm-re átvágta a húgycsövet és azt hátrafelé 1 cm-re szabad-tette. — Azután e helyen a húgycső megtartása mellett a barlangos test kétharmadát átvágta és a metszést a makk feiső harmadának megtartásával előre vezette. A makk megmaradó részével a hímveszűrő sebére fedte, a húgycsövet pedig a makk alsó részén átvezette. A functio a műtét után tökéletes. A kiújulás megakadályozására a lágyék-táját és a hímveszűrőt sorozatosan besugározta.

Kasztriner I.: Az urológiai klinikán 1921-től 1934-ig 27 hímveszűrőrákos beteget észleltek. Ezen idő alatt a klinikán 402 carcinoma-műtét történt, ami a penis cc.-ra vonatkoztatva 6.7% — elége magas arányszámnak látszik. A III. sebészeti klinikán az ambulans eseteken kívül 10 került észlelésre. A klinikai esetek nagy száma azt látszik igazolni, hogy Magyarországon aránylag gyakori megbetegedés. Az öreg kor aránylag jóindulatú rákos betegedésének tekintetjük, leggyakrabban az 50-70. életév között fordul elő. Aránylag ritkán fordulnak elő foudroyans lefolyású, gyors halállal végződő esetek. A kórokok között szerepet játszik vegyi-, mechanikus-, lobos ingerek, melyeket nagyban elősegít a congenitalis vagy későbbi korban szerzett fitymaszűkület. Legbiztosabb segédeszköze a kórismének a szövettani vizsgálat. Elkülönítő kórisme szempontjából tekintetbe jönnék a lues, különösen ulcus durum, vagy gummás exulceratiók, gümőkóros gümös fekély, papilloma, condyloma accuminata. Ha a kórisme biztos, el kell végezni a penis amputatiót vagy exstirpatiót a lágyékmirigyek esetleges eltávolításával. Ha a folyamat a herezacskóra is áttérjed, úgy teljes emasculatiót végzünk. A prophylaxis érdekében helyes csecsemőkorbán a fimotomiát elvégezni. Minden esetben ajánlatos a további röntgenbesugárzás, esetleg a Curie-therapia és a sebészi beavatkozás együttesen. A III. sebészeti klinikán a Choul-féle módszerrel kezdődő és a barlangos testekre rá nem terjedt 3 esetben kiváló eredményt érték el a röntgenbesugárzással. Megemlíti még Adám prof. Paget-kór esetét, midőn a teljes praeputium kimetszés után a bőrt scrotum-lebennyel pótolta.

Előadások:

Klimkó D.: A Schubert-műtét szöveti és biológiai értéke egy év után. Schubert szerint végzett hüvelyplasztika után egy év múlva a beteg a műhüvely felett ülő tályogból kiindult diffus peritonitisben pusztult el. Felhívja a figyelmet az ilyen ú. n. késői szövődemény lehetőségére. Feldolgozta a kismencedebeli szerveket. A szöveti vizsgálatok alapján megállapítja, hogy az áthelyezett végbél, vagyis a műhüvely egy részének hámborítéka elpusztult, ez a hám a környezet felől (vestibulum) nyert pótlást. Ha a műtét ideálisan sikerül, akkor az áthelyezett végbél minden részében és szakaszában megtartja eredeti jellegét és szer-

kezetét. Schubert műhüvely öntisztulásra is alkalmas lehet, ennek azonban az a feltétele, hogy a műhüvelybe a környezet felől többrétegű, de el nem szarusodó glykogent tartalmazó laphám küsszon be. Az ideális Schubert-műhüvely öntisztulásra képtelen.

Burger K.: Az érdekes előadásban ismertetett esetet két szempontból tartja figyelemreméltónak: egyrészt gyakorlati, másrészt biológiai szempontból. Gyakorlati szempontból azért, mert az eset mutatja, hogy az egyébként kitünő Schubert-féle műtétnak az eddig ismert primaer műtéti veszélyein kívül ilyen késői halálos szövődménye is lehet. Biológiai szempontból azért, mert egy év után sem küszött be a vulva hámja tovább, mint a hüvely alsó harmadáig. A magzatburokkal végzett hüvelyképzés eseteiben, amikről hozzászóló már több helyen beszámolt, a mesterségesen képzett hüvely legfelső részében is normalis hüvelyhámnak megfelelő szövettani kép volt található 9 hónappal a műtét után. Már akkor valószínűnek tartotta, hogy a burok hámjának átalakulása következtében jön ez létre. Ezt mutatják azon esetek is, amidőn felkérésére a szemészetben synblepharon-műtét eseteiben a műtéti sebész fedésére Horváth és Róth burkot használtak fel, amely jól megtapadt. Képeken demonstrálja ezen esetek egy részét, mely közül a legutolsó azért is figyelemreméltó, mert mint a képen látható, a burok nemcsak megtapadt, hanem abba erek is kúsztak be. Ezek az esetek azt mutatják, hogy a szemén a burok átalakulása lehetséges. Az ismertetett Schubert-műtétekből származó készítményen normalis hüvelynek megfelelő hám csak a hüvely alsó harmadáig volt kimutatható. Ezért, ha a burokkal végzett műtétek eseteiben az egész hüvelyt a normális hüvelyhámnak megfelelő szövet által jött volna létre, hogy az kívülről kúszott be, úgy a bemutatott Schubert-műtét esetében is bőven lett volna erre idő. Minthogy azonban ez nem történt, ez az eset is amellett szól, hogy a burokkal végzett hüvelyképzés eseteiben maga az amnionhám alakult át.

Horn Z.: A hosszú hatástartamú insulinkészítményekről. Az újpesti gróf Károlyi-kórházban eddig 92 cukorbeteg beteg kezeltek zink-protamin-insulinnal (zpi.). 14 beteg megvizsgálták a Bayer-féle depot-insulin (surfen-insulin) hatásmechanizmusát. Eredményeik: A zpi.-ra beállított betegek, napi vércukorgörbéjük alapján három csoportba oszthatók. Az első csoportba tartoznak azok, akiken ideális protrahált insulinhataás észlelhető. E betegeken a zpi. hatása eléggé egyenletes és annyira javul a toleranciájuk, hogy az insulin mennyisége idővel lényegesen csökkenthető. A második csoportba tartoznak azok, akiken azonos étrend, életmód és a zpi. adagolás mellett a vércukorgörbében időnként nagyfokú ingadozások észlelhetők. Ezek a betegeken ilyen periódusokban néha súlyos hypo-, illetve hyperglykaemiás állapotok észlelhetők. E hatásbeli egyenlenségek csökkenthetők azáltal, hogy ha a reggeli adag nem kielégítő, este egy, a szükséghez mért adagot fecskendezünk a betegeknél. Ilyen esetekben nem törekedtek arra, hogy egyszeri befecskendezésre állítsák be a betegeket. A harmadik csoportba tartoznak azok, akiken még huzamosabb idő után sem tudtak protrahált insulinhataást észlelni. Kiváló antiketogen hatása miatt a zpi.-t jó eredménnyel adagolták közönséges insulinnal egyidejűleg a hyperglykaemiás coma kezelésében is. A zpi. alkalmazása óta a sebészeti betegséggel szövődött cukorbetegségeknél sorsa lényegesen jobb, mint azelőtt volt. Surfeninsulinnal szerzett tapasztalataik a következők: Egyes betegeken e készítmény befecskendezése helyén kissé fájdalmas, hyperaemiás, de múló jellegű duzzanat lépett fel. Egy betegen ez olyan fájdalmas volt, hogy el kellett állniok a surfen-insulin adagolásától. Ez a beteg a zpi.-t helyi reactio nélkül, jól tűrte. A surfen-insulin hatása a közönséges insulinhoz viszonyítva, hosszú hatástartamának bizonyult, de protrahált hatása nem olyan kifejezett, mint a zpi.-é. A betegek surfen-insulinnal is előnyös anyagcsereállapotba hozhatók. A surfen-insulin antiketogen hatása sem annyira megbízható, mint a zpi.-é. Egyes esetekben a surfen-insulin adagolása kapcsán is észleltek hatásbeli egyenlenségeket.

Torday Á.: Zinkprotamin és a Nékám-féle alumínium hatása a vércukorra. Néha indokolatlanul felszökik a cukor-megtakarítás 25–30%-ra. Két, sőt egy befecskendezéssel is ki lehet jönni. Legnagyobb egyes adag Sernetz 152 E. volt. Hypoglykaemia nem kerülhető el, különbség az A. I. által előidézettől. Ezek szerint az insulinkezelés mellett ma is az étrendi kezelés egy fontos tényező, amely nem hanyagolható el. Még ma is messze vagyunk attól, hogy az insulin mellett a betegek szabad diétán lehessenek.

HETI KRÓNIKA

A különféle betegségek elnevezésében gyakran szerepel földrajzi előfordulásuk megjelölése. A *Bouton d'Aleb* elnevezés felidézi emlékeztünkben a kisázsiai Aleppót, ahol Petőfi szeretett „Bem apója” a száműzetés reáeső keserű kenyerét elfogyasztva, örökre lehunyta szemét. Ugyanígy idézi fel lelki szemeink előtt az amerikaiaktól büszkén mint „*the first American disease*” leírt tularaemia Kaliforniának Tulare nevű kerületét, az Oroya-láz az egész földkerekség legmagasabb vasútvonalát, a perui Oroya-vasutat, a *Febris melitensis* a lovagok szigetét és a brit impérium flottabázisát Máltát, a *Febris wolhynicus* a világháború végtelenbe vesző orosz harcterének lövészárkait, a *Madura-láb* a mesés Indiát.

Ritkábban fordul elő nemzetek neve a betegségek megjelölésében. A középkorban epidémiaszerűen fellépett „*sudor anglicus*” a brit szigetekről tört rá a kontinensre és VIII. Károly Olaszországot elárasztó katonáinak emléke él a *morbus gallicus* (mal franzoso) elnevezésben. Nagy irodalma volt a török járom alól felszabadító háborúk idején a *morbus hungaricusnak*, amelyet néhai Györy professzor kiváló tanulmánya azonosított a kiütéses tifusszal és a világháború utolsó idejében nem szabadulhatott volna ki öldöklőbb kór Pandora szelencéjéből — amely a görög mithologia szerint az emberiséget pusztító betegségek zárkaja — mint a *spanyol influenza*.

Egészen kivételes, hogy egy nemzet neve egy gyógykezelési eljáráshoz kapcsolódjék, mint a postencephalitikus Parkinsonismus u. n. „*bolgár kúrája*”, amelynek jó eredményeiről egyre nagyobb számú közleményben olvashatunk.

*

A bolgár kúra a népies gyógyászat rengetegéből vette kezdetét. „*In verbis, herbis atque lapidibus est magna virtus*” tartották már a régiek is és ugyanezt mondja Shakespeare Romeo és Julia című színművében a füveket — gyökereket gyűjtő Lőrinc barát is: „*O, mickle is the powerful grace that lies in herbs, plants, stones . . .*”

A Balkán hegység legfestőibb pontján emelkedő Sipka-kolostor közelében él az az *Ivan Raeff* nevű bolgár „füves ember”, aki feltalálója illetőleg szétküldője a kúrához szükséges anyagoknak. A kúra lényege belladonna gyökér főzetének előírás szerinti fogyasztásából áll, de legérdekesebbnek azt az utat tekinthetjük, amelyen át a bolgár kúra a hivatalos orvostudományba is eljutott. (Szépen és találóan mondotta Krehl, a heidelbergi egyetem kiváló belgyógyász professora: „*Wir nehmen Hilfe, woher sie auch kommen mag*”). A Raeff-féle gyökérkeverék, amelynek főzetével Bulgáriában különböző görcsös állapotokban jó eredményeket ért el, *Giovanna* bolgár cárnő közvetítésével jutott el Rómába. Édesanyja, *Elena* olasz királynő és császárnő, aki orvostudományokkal is foglalkozott *Panegrossi* római professzort bizta meg a bolgár kúra tudományos tanulmányozásával. A római kísérletek 1934. május 4-én kezdődtek el és rövidesen lelkes hangú közlemények számoltak be a postencephalitikus Parkinsonismus kezelésében a bolgár kúrával elért jó eredményekről.

Olaszországban *Elena* királynő kezdeményezésére egymásután alakultak a nevét viselő intézetek (*Istituto di Regina Elena*) amelyek az államilag nyilvántartott több mint 7000 postencephalitikus Parkinsonismusban szenvedő beteg bolgár kúrában részesítését célozzák. Németországban Kassel-ben alakult az első hasonló intézet, amelynek létrejöttében ugyancsak része van *Elena*

királynőnek. Másik leánya *Mafalda* hercegnő, Fülöp hesseni herceg felesége, akit betegségében nemrégiben maga a királynő ápolt. A bolgár kúra jó eredményeire a hercegnő kezelő orvosát, *Dr. Völlert* maga a királynő figyelmeztette és ennek folyamánaképpen rövidesen német orvosdelegáció tanulmányozta Rómában a bolgár kúrát és nyílt meg a Reichsgesundheitsamt támogatásával a Kassel-i intézet.

A legtöbb országban azóta áttértek a helyi belladonnagyökér főzetével történő kezelésre, de a bolgár kúra elnevezés továbbra is megmaradt a világirodalomban a jól bevált tüneti kezelés megjelölésére.

„Csak tüneti kezelés” — hallani sokszor lekicsinylően orvosok szájából is, pedig mennyi remény bimbózik az ilyen kezelés nyomán a krónikus beteg szívében és mennyi lelki verőfényt fakaszt családjá és környezeté számára. Hatása alatt a beteg testbe zárt lélek is megacélozódik és hogy ez mit jelent, szépen leírta *E. Liek* „Das Wunder in der Heilkunde” című könyvében. Egyéb hiányában áldás a tüneti kezelés is és örök példa maradjon számunkra *Reil*, a hallei egyetem néhai professzora, aki gyógyíthatatlan betegeiről mondotta: „*Sie haben zwar das Leben, niemals aber die Hoffnung verloren.*”

*

1905-ben írta le *Grigoroff* a *bacillus bulgaricus*-t, amely a tej savanyú erjedésében játszik szerepet. *Mecsnikoff* abból kiindulva, hogy a yoghurtot bőven fogyasztó bolgárok között feltűnően sokan érnek el magas kort, felállította ismeretes elméletét, amely szerint a kultúrember korai halálát a vastagbélben lefolyó erjedések okozzák s ezeknek leküzdésére legalkalmasabbnak a *bacillus bulgaricus*-t, illetőleg a yoghurtot tartotta. A fiziologiás halálnak csak 100 éven túl szabadna bekövetkeznie, hirdette számos íratában és természetesen, hogy szeme előtt az ú. n. „szép öregség” lebegett, amelynek csendes örömeit *Cicero* „*De senectute*” című művében megkapóan ismertette, *Paul de Kruif* „*Microbe Hunters*” című könyvének *Mecsnikoff*-ról szóló fejezete azzal végződik, amikor a hosszú életről felállított teoriájában vakon bízó, yoghurtot nagymennyiségben fogyasztó, Nobel-díjas *Mecsnikoff* Éliást 71 éves korban mégis elszólítja a szerinte még kétségkívül nem fiziologiás halál.

*

A havas Vitosa tövében elterülő Szófia egyetemét csak 1918-ban bővítették ki orvosi fakultással. Odáig az orvosi pályára készülő bolgár fiatalság túlnyomó részben német, osztrák, vagy magyar egyetemeken tanult. 1890-ben az egész országnak még csak 157 orvosa volt, a számuk jelenleg 3000 körül jár. Az orvosok egyenletes elosztódásáról az 1935 március 29-én kiadott rendelet gondoskodik, amelynek értelmében a városban való letelepedés csak megelőző, 2 évig tartó, kötelező vidéki gyakorlat után van megengedve. A rendelet szükségességét legjobban bizonyítja az a körülmény, hogy 1935-ben az orvosok 75 %-a városokban működött, az ország lakosságának $\frac{3}{4}$ része pedig a vidékre esik.

Egyetemeink orvosi fakultásain bolgár hallgatók nagyobb számmal beiratkozását ma már alig várhatjuk, de hisszük, hogy az orvosi továbbképzés terén nyújtott lehetőségeket a jövőben egyre nagyobb számmal fogják kihasználhatni bolgár kollegák is. Úttörő jelentőségűnek tekinthetjük *Darányi*, majd *Hainiss* professzor bulgáriai utazását, akik előadásaik során közelebb hozták a két nép orvostudományát egymáshoz és megmutatták, hogy a tradicionálisan Nyugat felé irányuló tanulmányutakon kívül Keletről is lehet gazdag tapasztalásokkal hazatérni.

*

„*Mások életének védelmében elhamvasztotta a magát, de emléken nem foghat enyészet*” — olvassuk *Holzwarth* professzornak a Kerepesi-uti temetőben álló síremlékén. A „*Strahlentherapie*” különytet-sorozatában megjelent. „*Ehrenbuch der Röntgenologen und Radiologen aller Nationen*” (1937) című munkában életrajzírója megrendítő szavakkal írja le *Holzwarth* hősiességét végzetével. A végzet közelségét ki gondolta volna, amikor *Holzwarth* a Budapesti Királyi Orvosegyesület 1913. március 1-i ülésén „*Hadsebészeti tapasztalatok Bulgáriában*” címmel beszámolt azokról az élményekről, amelyeket a Balkán-háborúban mint a magyar Vöröskereszt Egylet Bulgáriába küldött különtményének consiliáriusa gyűjthetett. A mai hadisebészet szemével nézve szomorú beszámoló: a bolgár hadsereg orvosainak száma 658, ezek közül is csak 10 sebész. Nincs kórházvonat, a sebesültszállítás a legprimitívabb és érthető, hogy a magyar Vöröskereszt Egylet bolgár missziójának 4 orvosa működésének első éjszakáján 10 órai megszakitás nélküli munka mellett 413 sebesültet láthatott el.

Érdekes hozzászólója volt az ülésnek *Donath Gyula* személyében, aki még 1877—78-ban a bolgár függetlenséget eredményező orosz—török háborúban a törökök oldalán vett részt. Megemlékezett a Sipka-szorosban (Balkán hegység!) a rendkívül szigorú tél okozta nagy veszteségekről, amelyek *Verescagin*-t, a port-arthuri hullámsírba elmerült nagy orosz festőművészt is meghíleték. „*A Sipka-szorosban minden csendes*” című tryptichonját amely hóvihár által eltemetett orosz őrszemét ábrázol. A 80-as évek végén Budapesten is kiállították, de ki hitte volna még akkor, hogy a képen ábrázolt katonasors a világháború kárpáti téli hadjárataiban számunkra is sokszorosan tragikus valóságot fog jelenteni.

*

A bolgárokkal nyelvi és történelmi kapcsolatok fűznek össze. *Gombocz Zoltánnak* „*Die bulgarische—türkische Lehnwörter in der ungarischen Sprache*” című munkája alapvető a nyelvi kapcsolatok kérdésében. A történelmi és régészeti kapcsolatok kiváló kutatója *Fehér Géza*, a debreceni egyetem Szófiában élő professzora, aki megfejtette a madarai sziklafalnak a nagy bolgár fejedelem: *Krum kán* lovasszobra körül látható hézagos feliratát és bolgár tudósokkal folytatott együttműködése valóságos nemzeti újjraébredésnek lett kiinduló pontjává. A Fekete-tenger királynőjének nevezett *Várna* ma világfürdő, de az ottjáró magyarok lelki szeme előtt mégis csak a lengyel *Matejko* festménye elevenedik meg, amely *Ulászlo* királyunkat a várnai csata egyikos fergetegében ábrázolja és előrevetődik nyomasztó árnyéka annak a hosszú időszaknak, amikor a magyar a Nyugat békés fejlődését fedező „*Élet kapujá*”-nak vetett háttal harcol — többnyire magára hagyatva — és mégis másokért. Sumenben ma is áll az az emléktáblával is megjelölt egyemeletes ház, amelyben az emigrációba induló *Kossuth* a világosi gyásznapi után lakott. A kis török ház faerkélyéről sokat elnézhetett Orsova felé, amelynek földje a nemzet féltett kincsét, a szent koronát takarta és a kormányzó akkor még nem sejtette, hogy a hosszú száműzetés végén *Bozzolo* turini orvosprofesszor fogja majd le a szemét. A világháború egyik lélekemelő jelenete volt az, amikor a bolgár és magyar lovas előőrök ellenséges országon át elsősorban találkozhattak.

A közös múlt felemelő emlékeinek bolgár szívekben égő tűzénél melegszik minden Bulgáriát megjárta magyar és a közös célokért villogott kard fényét költészetük is visszatükrözi. *Emanuel Pop Dimitrov* „*Óda Magyarországhoz*” című költeményét igaz szeretet és nagy-

rabecsülés sugallta; *Teodor Trajanov Petőfi* emlékére írt költeményének címe: „Kárpáti szél”. Az a „kárpáti szél”, amely a honfoglalók útját követve 20 év után ismét szabadon süvít Uzsok és Verecke hófödte tetőiről országunknak az Alföldön dobogó szíve felé.

Korbuly György dr.

Megjegyzés „A szizophrenia görcskezeléséhez.”

(v. *Simon Tibor* cikke. O. H. 12. sz.)

A „Gyógyászat” 1938. 47. számában közölt beszámolómban felhívtam a figyelmet, hogy a betegek injeciótól való félelmének, az injectio hatására fellépő kellemetlen érzéseknek fontosságot tulajdonítunk a görcskezelés eredményességében.

Ugyancsak ismertettem a betegek, főleg a paranoidesek dissimulációra való hajlandóságát is. Téves azonban v. *Simon* azon feltevése, hogy a görcskezelés csak dissimulációt vált ki a betegekből. Közölt eredményeink nem voltak olyan jók, mint más addig közölt eredmények, de mégis értünk el görcskezeléssel sikereket. Különbösen is v. *Simon* által közölt 8 eset közül 4 beteg 5, 10, 13, 16 éves beteg volt, amikor a görcskezelést megkezdték náluk. Ezeknél a gyógyulást várni nem lehet, átmeneti javulást is csak az 5. év körüli időkben. Másik 4 esetében a megbetegedés kezdetét nem közölte.

Kétségtelen, hogy a görcskezelés sem csodaszer, de az is bizonyos, hogy eredményességét nem lehet tagadni. Említett közleményemben már említettem, hogy „amíg az eredményesség megítélésében egységes felfogás ki nem alakul és valami biológiai vagy más tárgyi módszer ennek ellenőrzésére nem áll rendelkezésünkre, az egyéni elbírálások eltolódásokhoz vezetnek az egyes közleményekben”.

Dajbukát Jenő dr.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift. 13. sz. Grunke W. és Frommelt H.: Ultraviolet sugarak hatása a vérreticulocyták számára; — **Herold I. és Effkemann G.:** A tüszőhormon emlőhatásának összefüggése a hypophysis—közti agy idegkapcsolatával; — **Wetzel U.:** A vérmennyiség viselkedése vérátömlesztéskor; — **Zettel H. és Fink A.:** Az elektrokardiogramm változásai védőárlarc alatti munkaterhelés után; — **Marchionini A. és Schmidt R.:** A bőr savköpenye és bakteriumelhárítás; — **Mallinckrodt—Haupt A. St. A B₁ vitamin quantitativ meghatározása — Malamos B.:** A tüdőök teljesítőképességének klinikai vizsgálata; — **Schalm L.:** Készülék a vörösvérsejtek átlagos átmérőjének meghatározására; — **Blotevogel H. és Tonutti E.:** Méregtelenítési folyamatok szabályozása B₁ vitaminnal; — **Dahr P.:** Adat az Anti-O (α₂) agglutinin elterjedéséhez; — **Belák S.:** Védőanyagképzés, mint vegetatív functio.

Münchener Medizinische Wochenschrift. 13. sz. Grafe E.: Haladás az insulinkezelés terén; — **Holtz F.:** Mikor végezzünk vércalcium meghatározást?; — **Orsós I.:** Újabb adatok a gonorrhoea kór- és gyógytanához; — **Kemal Sakir Saracoglu.:** Egy „Cushing” eset; — **Beckert.:** Tapasztalatok a diabetes protaminzink insulin kezelésével; — **Franke H.:** Bronchitiskezelés Prontosil-S belégzéssel; — **Knabel R.:** A sagittalis csontháromszög hajlított helyzetben végzett mérés; — **König H.:** Szoptatási képesség különös tekintettel a szülés és gyermekágy lefolyására; — **Schelenz C.:** A parenterális injectio története; — **Melikian O.:** A perzsiái sypphilisről.

Deutsche Medizinische Wochenschrift. 13. sz. Fischer E.: Emberi örökléstan és orvosi praxis; — **Pette H.:** A neuritiskérdés mai állása; — **Munk T.:** Az arteriosklerosis klinikai pathológiája; — **Knüchel F.:** Klinikai és kísérleti tanulmányok a tonsillák jelentőségéről és a focalis fertőzéshez való viszonyukról rheumás betegségeken; — **Gérone A. és Morgan I.:** Rheumatismus és allergia; — **Dittmar F.:** Köztiagy sérülés és polycythaemia szénagydmérgezés után; — **Abderhalden E.:** Alkalmazkodás a physiologiai történet keretében; — **Gülzow M.:** Gastroszkopia és gastrophotographia az állatkísérletben; — **Beckmann P.:**

A redoxpotential intravitalis mérése; — **Uexküll Th.:** Mellékvesekéreghormonnal elért eredmények súlyos cholangitisben; — **Glimm P.:** A vészes verszegénység állandó ambulans kezelése; — **Kleu M.:** Adat a poliomyelitis malaria-kezeléséhez; — **Klimke:** Lumbal-, vagy occipitalpunctio? — **Hassencamp E.:** Szívérzések elkülönítő kóriméje és terapiája; — **Marx H.:** Chemiai és görcsövi vizsgálatok a betegágyánál; — **Junghanns H.:** A doktori dissertatio értéke.

Wiener Klinische Wochenschrift. 13. sz. Assmann H.: A focalis fertőzés tanának gyakorlati jelentősége; — **Jents E.:** Adat az orr-gégészeti műszertapiához; — **Reichl E.:** A Dupuytren contractura kóroktanához; — **Walterskirchen L.:** Mirbanolajmérgezés esete; — **Rauter L.:** A gyarmati probléma.

Medizinische Klinik. 13. sz. Schaer H.: A Duplay-betegség; — **Arndt G.:** A gyomorrák operálhatóságának kérdése röntgenológiai szempontból; — **Brandt H.:** A jobb alszár veleszületett lágyrészsarkomájának esete; — **Barth H.:** Fülbetegségek és életbiztosítás; — **Berger W. és Leubner H.:** Különböző bronchitisformák és kezelésük; — **Müller G.:** Tüdőaktinomykosis esete; — **Güllert E.:** Bőrsérülés alatti dichloroethyldisulfid maradványok által; — **Lungwitz W.:** Lelki depressiók és összefüggésük az anyagcserével és a vegetatív idegrendszerrel.

La Presse Médicale. 24. és 25. sz. Janbon M. és Caderas de Kerleau: Emberi brucellosis és abortus; — **Lévi-Valensi:** Benzülöttek chronikus bronchitise; — **Raynaud R., Marill F. G. és Xicluna R.:** Valódi hermaphroditismus; — **Sayé L. és Caubarrère L.:** Az Abreu-féle eljárás a tuberculosis diagnózisában; — **Duval I.:** A végbél-sigma daganatának kezelése; — **Decourt I. és Tardieu G.:** Neurogen tetaniák; — **Lafite A. és Huret G.:** Ovarialis egyensúlyzavar és dermatosisok; — **Remlinger P.:** Veszetség ellenes kezelés alkalmazása az orvosi gyakorlatban.

The Lancet. ápr. 1. R. Cruickshank, G. E. Godber: A streptococcusfertőzések levegőbeni terjedése; — **C. P. G. Wakeley, J. H. Mulvany:** A Ramsay—Hunt-féle tünetcsoport ritka képe; — **F. B. Mallinson:** A Shipway készülék és a zárt keringésű anaesthesia; — **R. Pichler:** Postoperatív thrombosis és embolia: ephedrin és atropin, mint prophylacticum; — **McAlpine, G. C. Thomas:** Pneumococcus meningitis kezelése M. B. 693-al; — **H. J. Wade:** Staphylococcus septicaemia kezelése M. B. 693-al.

British Medical Journal. ápr. 1. P. Hartley, G. F. Llewellyn: Az evezősök hosszú élete; — **N. Burgess:** Idült urticaria; — **Eileen C. Wise:** A szülőfájások megindítása; — **G. C. Peter:** A szem oltott méz sérüléseinek kezelése; — **E. J. Moynahan:** Acut ficamok kezelése novocain infiltrációval.

The Journal of the American Medical Association. márc. 11. G. Sanford Foster: Excessiv physikai gyakorlat és ennek hatása a vesére. — **I. C. Peterson:** A physikai gyakorlat és az emóciók viszonya a coronaria thrombosisok lecsapódására; — **J. G. Schnedorf, A. C. Ivy:** A dohányzás hatása a tápcsatornára; — **C. J. Sinkler:** Orvosilag irányított szüneti helyváltoztatás.

VEGYES HIREK

Személyi hírek: A Deutsche Gesellschaft für Mikrobiologie *Darányi Gyula* és *Tomcsik József* professorokat levelező tagjává választotta.

Halálozás. *Wilt Vilmos dr.* 64 éves korában Újvidéken elhunyt.

Szerkesztőnk *Vámossy prof.* április 24-ig szabadságon van. Ezen idő alatt *Fritz Ernő dr.*, segédszerkesztő helyettesíti.

A Magyar Orvosok Nemzeti Egyesülete április 25-én este 7 órakor a II. sz. sebészeti klinika tantermében, határozatképtelenség esetén május hó 4-én, csütörtökön este 7 órakor a Szent Gellért-szálló zenetermében **rendes országos közgyűlést** tart a következő tárgysorozattal: 1. Elnöki megnyitó; 2. Ügyvezető igazgató jelentése az 1938. évi működésről; 3. Pénztáros jelentése a költségvetésről és zárszámadásról; 4. Számvizsgáló-bizottság jelentése, a felmentvények feletti határozathozatal; 5. A jövő évi munkaterv megállapítása; 6. Az 1939. évi költségvetés és tagdíj megállapítása; 7. A központi választmány javaslata az alapszabályok módosítása tárgyában; 8. A központi választmány által előterjesztett ügyrend és fegyelmi szabályzat jóváhagyásai; 9. Alapszabályszerűen előterjesztett indítványok tárgyalása; 10. Általános tisztújítás: a) elnök, b) 6 alelnök, c) 2 titkár, d) pénztáros, e) ellenőr, f) 4 jegyző, g) gazda,

h) örökös választmányi tagok, i) a választmány egyharmadának lelépése folytán 30 választmányi tag, j) az egyéb okokból megüresedett választmányi helyekre új választmányi tagok, k) 15 választmányi póttag, l) számvizsgáló bizottság megválasztása.

Május 4-én, csütörtökön este 1/29 órakor a Gellért-szálló fürdőcsarnokában ünnepélyes keretek között tartják a hagyományos *Bársony János* serlegvacsorát.

A „Magyar Orvosi Nagyhat” idejét folyó évi június hó 4. és 11. közé eső hétre állapította meg a M. O. T. E. Sz. elnöki tanácsa. Felkéri a tagegyesületek tagjait, akik a M. O. N. idejébe eső nagygyűléseken bemutatást vagy előadást ohajtanak tartani, hogy annak pontos címét *folyó év április hó 10-ig* azon egyesület titkárnak jelentsék be, amelynek nagygyűlésére azt szánták. Az együttes vitakérdéssel (hormonok) kapcsolatos előadások, ill. hozzászólások a M. O. N. irodájának (IX., Gyáli-út 4.) jelentendők be. Az előadás időtartama 10 perc, a hozzászólásé 5 perc. — **A VIII. M. O. N. előzetes munkarendje:** Június 5-én és június 6-án kerül tárgyalásra az együttes vitakérdés „a hormonokról”. — **A Tagegyesületek nagygyűlései:** Június 7—8-án M. B. E. I. vitakérdése: „A cholelithiasis”. II. vitakérdése: „Az acut pancreatitis”. III. vitakérdése: „Az extrarenalis azotaemia”. — **Június 7.: Magyar Urológiai Társaság:** Tárgyalandó thema: „Az urológiai megbetegedéseknél előforduló veseelégtelenség”. — **Június 8-án délelőtt Honvédorvosok Tudományos Egyesülete.** Vitakérdés: „Háborús végtagsérülések ellátása”. Június 8-án d. u. a *Magyar Szemorvostársaság* referáló előadásai. Június 8., 9., 10-én tartja nagygyűlését a *Magyar Gyermekorvosok Társasága*. — **Június 9. és 10-én: Magyar Sebésztársaság.** I. főthema: „Az emlő daganatai”. II. főthema: „A sportsérülések”. — **Június 9., 10-én: Magyar Fogorvosok Országos Egyesülete.** 1. „Az extractiós szövődmények”. 2. „A caries-prophylaxis mai állása”. — **Július 9. 10-én: Magyar Dermatológiai Társulat.** Főthemája: „A bőrbetegségek és belső betegségek közötti vonatkozások”. — **Vidéken tartják nagygyűléseiket: Magyar Hygienikusok Társasága:** Szegeden. *Magyar Fül- és Gégeorvosok Egyesülete:* Szegeden, június közepén. Vitakérdés: „Az orrmelléküregek betegségeinek koponyaürbeli szövődményei”. — **Június 17. és 18-án: Magyar Orvosok Rheuma Egyesülete:** Kassán. — **Magyar Orvosok Tuberkulózis Egyesülete:** szeptemberben, Baján. Referatumok: „A gümös vacuum”. — **Előadások és bemutatások folyó évi július hó 15-ig** jelenthetők be a titkárnál (Budakeszi, Erzsébet Királyné Szanatórium). — **A Magyar Nőorvosok Társasága** ez évben nagygyűlést nem tart.

Orsós Ferenc prof. németországi előadásai. Orsós Ferenc prof. a magyar—német kulturegyezmény keretében a német kultuszminiszter meghívására és a magyar kultuszminiszter kiküldetésében, mint vendégprofessor két hónapon át tartott előadásokat Németország több egyetemén, hat héten át a bonni egyetem orvosi karán, törvényszéki orvostanból és jogi karán a kriminalistikából. Előadásokat tartott továbbá az alsó-rajnai orvosegyesületben és két héten át a heidelbergi, hallei és breszlai egyetemen az orvosi és jogi karon, továbbá a német törvényszéki orvostani, socialis orvostudományi és kriminalistikai társulat keretében. Igy Boroszlóban a Mátyás királyról elnevezett „Mathias-Kunst”-ban szintén az utóbb említett társaság rendezésében. Az

CSIZ-fürdő (Gömör megye)

Jód-brómos-konyhasós GYÓGYFÜRDŐ

literenként: 0.0428 g jód, 0.123 g bróm és 18.2 g konyhasó ivó és fürdőkúrák, inhalatórium.

Indicatioók: Arteriosclerosis és következményei, endemiás és parenchymás struma, chronikus rheumatismus, izzadmányok, adnex gyulladások, neurasthenia, neuritis, skrofulosis, esont-, izületi mirigy tbe., idült légső és hörghurutok. **Idény:** május 1-től — szeptember 30-ig. **Olcsó elő- és utóidényárak.** — Gyorsvonat: Budapest — Fülel — Csizfürdő, közvetlen kocsi, menetidő 3 óra, visszautazásnál 10 napi tartózkodás után 50%-os vasuti kedvezmény.

előadások a törvényszéki orvostan és a kriminalistika fontos fejezeteit tárgyalták. Tárgyukat *Orsós Ferenc* prof. saját vizsgálatai képezték, részint pedig magyar vonatkozásúak voltak. Így ismertette, a nálunk sajnos, kivételesen nagy számban előforduló lúgmérgezéseket, mégpedig nemcsak törvényszéki, hanem socialis és közigazgatási szempontból is. Ismertette továbbá a Magyarországon előfordult tömeges arzéngyilkosságokat is, nevezetesen különösen a zsebeli, tiszazugi és köröszugi pereket. Kifejtette a magyar nép igazolása végett ezen tömeges mérgezések psychologiai, sociologiai és agrarpolitikai hátterét is. Hallei egyik előadásának témája volt: a forrázási és égési sérülések topographiájának jelentősége a baleset lefolyásának megállapítására. A több száz eset elemzése és megfelelő kísérletek ugyanis arra a tapasztalatra vezettek, hogy a forrázási és égési sérülések fekvése nem esetleges, hanem jól körvonalazható típusok mutatkoznak, amelyeknek felismerése nagy jelentőségű az eset felderítésében. A breszlai „Mathias-Kunst”-ban 500-nál több hallgató előtt tartott előadásában a mikroszkopikus vitalis reakcióra vonatkozó vizsgálatainak eredményeiről számolt be és behatóan ismertette a tárgyi bizonyításnak eddig nélkülözött útjait e reakciók alapján. A különböző sérülési formákkal és erőszakos halálnevekkel összefüggésben egyszersmind megvilágította azokat az utakat, amelyeken a vitalis reakciók további vizsgálata a törvényszéki orvostant és a kriminalistikát gazdagítani fogja.

Kéthónapi németországi tartózkodása alatt kiterjesztette figyelmét az egyetemek és egyéb tudományos intézmények tudományos és nemzeti irányú működésén kívül a művészi, továbbá az általános középfokú és a test- és jellemfejlesztő nevelésre és nevelési mozgalmakra is. Az e téren észleltekre részletesen kitérni úgyszólván lehetetlen, minthogy olyan gyökeres reformok vannak folyamatban és még annyi vajudó, teljesen ki nem forrot kísérlet és problema áll előtérben, hogy a végleges következtetés egyelőre korai volna.

Felvételek a Kassai, illetve Érsekújvári Orvosi Kamarába. A 2440—1939. M. E. számú rendelet alapján megalakított felvételi bizottság felhívja mindazokat, akik a Kassai, illetve Érsekújvári Orvosi Kamara tagjai sorába való felvételekre jelentkezni ohajtanak, hogy a kamara tagjai sorába leendő felvételükre vonatkozó kérvényüket a bizottság titkárához, *Röthler István dr. m. kir. tiszti főorvos* Kassa, Kovács-utca 43. sz., illetve *Vilmon Gyula dr. Érsekújvár, Megyeháza*, 1939. évi szeptember hó 5-ig, azok pedig, akik már tagjai valamely hazai kamarának, átjegyzési kérelmüket annál a kamaránál, amelynél a tagok sorában fel vannak véve, 1939. évi április hó 4-ig nyújtják be.

A kérvénynek tartalmaznia kell az orvos személyi adatait, nevezetesen: 1. az orvos nevét, 2. az orvos születési helyét és idejét, vallását, 3. állampolgárságának megjelölését, 4. az orvosi oklevél számát, keltét és a kiállító egyetem megjelölését (nosztifikálás esetén az erre vonatkozó okirat számát, keltét és a kiállító egyetem megjelölését), 5. az orvos

Uj !!

Uj !!

Super-Lysoform

Rendkívül baktericid

(10%-os oldata 1 perc alatt öli el a staphylococust)

nitrosan
„Certa”

a megfizethető
vérnyomáscsökkentő
10x11 Kcm-P 220

S E V E N A L-CHINOIN

hypnoticum — antiepilepticum — sedativum

szakképzettségének (szakorvosi, tisztiorvosi, iskolaorvosi, stb. képesítésének) megjelölését, az erre vonatkozó okirat számát, keltét, valamint a kiállító hatóság megjelölését, 6. az orvos lakóhelyét és orvosi gyakorlatának helyét, 7. a kérvényező orvos állásának (állásainak) megjelölését.

Kérvényező kijelenteni tartozik, hogy az 1936:I. törvény-cikknek kizárási okokat tárgyzó 22. §-át, valamint a kizárási okok elhallgatásának a 24. §-ban írt jogkövetkezményét ismeri és hogy reá nézve a 22. §-ban említett kizárási okok nem állanak fenn.

Az 1936:I. tc. 22. §-a szerint nem lehet az orvosi kamara tagjai sorába felvenni azt az orvost, a) aki ellen büntett, vagy az állami és társadalmi rend ellen elkövetett vétség miatt vád alá helyező határozatot hoztak, vagy főtárgyalást tűztek ki; b) aki a törvény hatálybalépése után az 1878:V. tc. 285. §. (2) bekezdésében, vagy a 286. §-ában meghatározott bűncselekmény (magzatelhajtás) miatt jogerősen szabadságvesztés büntetésre ítéltetett; c) aki szabadságvesztést vagy hivatalvesztést, vagy az orvosi gyakorlatától eltiltást kimondó jogerős büntetőbírói ítélet, vagy az orvosi gyakorlatlól felfüggesztést vagy eltiltást kimondó jogerős fegyelmi bírósági határozat hatálya alatt áll.

Az 1936:I. tc. 24. §-a szerint, amennyiben a kamarai tagok sorába felvett orvostól a felvétel után derül ki, hogy a 22. §-ban említett valamely ok alapján felvételét meg kellett volna tagadni, a kamarai tagok sorából törlésnek fegyelmi eljárás alapján van helye.

A kérvényhez eredetiben, vagy hiteles másolatban csatolni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot, 2. állampolgársági bizonyítványt, 3. orvosi oklevelet, 4. szakorvosi képesítést igazoló okiratot, 5. a 2440—1939. M. E. számú rendelet 3. §-ában megjelölt tanusítványt, vagy a 2300—1939. M. E. számú rendelet 9. §-ában megjelölt igazoló okiratot, 6. a 4350—1938. M. E. számú rendelet 1. §-ához mellékelt II. sz. mintának megfelelő, a 2., 3. és 16. kérdőpontok kivételével szabályszerűen kitöltött bejelentést.

A kérvény 2 P. illeték alá esik. A mellékletek illetéke — amennyiben azokon az okirati illeték leróva nincs, ívenként 30 fillér. Az illetéket okirati illetékbélyeggel kell leróni.

Ha az állampolgársági okiratnak az előző bekezdésben megjelölt határidőn belül való beszerzése nem volna lehetséges, a bizottság jogosítva van az állampolgárságnak ideiglenes igazolásul a 190—1939. B. M. számú rendelet 7. §-ának (2) bekezdésében megjelölt helyhatósági bizonyítványt elfogadni.

A kérvény kiállítására a 190—1939. B. M. számú rendelet II. számú melléklete szolgál tájékoztatásul. A csatolt okmányokról két példányban kiállított pontos iratjegyzéket kell mellékelni.

A felvétel iránti kérvényeket vagy postán ajánlva kell a bizottság titkárnak címére, *Röthler István dr.*, m. kir. tiszti főorvos Kassa, Kovács-utca 43. sz., illetve *Vilmon Gyula dr.* Érsekújvár, Megyeháza, megküldeni, vagy elismervény ellenében személyesen kell a bizottság irodájában benyújtani. Postán történő küldés esetén a kérvény borítékának előlapjára, annak felső részére a következő szavakat kell írni: „Jelentkezés az Orvosi Kamarába”. A boríték hátlapján a feladó nevét és pontos lakcímét is fel kell tüntetni. A kérvény iránti kérelmek benyújtása tekintetében az előbbi rendelkezéseket kell alkalmazni azzal az eltéréssel, hogy ezeket a kérelmeket a korábbi hazai kamaránál kell benyújtani.

A közszolgálatban — ideértve a törvény alapján létesített intézeteket is — tisztviselőként alkalmazott orvosok, amennyiben nem tagjai valamely hazai kamarának, a fel-

vétel iránti kérelemnek előterjesztésétől mentesek. Ez a rendelkezés természetesen csak azokra az orvosokra vonatkozik, akik orvosi képesítéshez kötött állást töltenek be. Ezeknek az orvosoknak adatait az orvos felettes hatósága (1936:I. tc. 23. §. (4) bek.) fogja megküldeni a felvételi bizottságnak.

A Népegészségügyi és Munkásvédelmi Szövetség március 28-án nagyszabású iparegészségügyi előadást rendezett, amelyen az elnöki tisztet **Dr. Lukács György** v. b. t. t., ny. kultuszminiszter töltötte be. **Pályi Márton dr.** főorvos a dolgozó nők egészségügyi ártalmait ismertette. Vázolta a nőket fenyegető ipari mérgezéseket és a védekezés kiviteli módjait. — Szükségesnek tartja, hogy az ipari mérgeket feldolgozó üzemekben a nőket orvosilag vizsgálják felül. Adatok, tények vonultak fel **Pályi dr.** előadásában, amelyek azt bizonyítják, hogy a munkásvédelmet orvosi alapokra kell helyezni. Korszerű szociálpolitika nem képzelhető el orvosok nélkül.

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi Tudományegyetemen március 29-én: **Varga Magdolna, Hadzsy Leona, Kummer Antal, Vidasi Antal Günter, Nagy László, Vaniss Dezső, Horváth Béla, Kárpáti Zoltán, Bertalan Pál, Rothman Béla.** Üdvözljük az új Kartársakat!

Lavato de organismo

A latin államok kedvelt, bevált módszere, mely a híg sóoldatok kúraszerű alkalmazásában áll. A salak eltávolítása után az anyag- és nedvforgalom megélnkül és az egész szervezet áthangolódik. A belek, az epe és húgyutak ilyen átöblítésére különösen alkalmas a magyar **Mira** glaubersós gyógyvíz, mellyel olcsó, de eredményes házi ivókúrákat tarthatunk habitualis obstipatio és túlhízás esetén is.

FAGIFOR „Cito“ lag. orig.

Calcium sókat tart. jóízű mentholos kreosot syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

„CITO“ gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV.

HETIREND

Április 12-én d. u. 6 órakor: a Közkórházi Orvostársulat ülése: (Szt. Rókus kórház) Bemutatás: **Sulyák István:** A női nemiszervek multiplex primaer rákjáról két eset kapcsán. Előadások: **Kulcsár István:** A centralis kerin-gési psychosisról. **Plenczner Nándor:** A mitralstenosis pathológiája, klinikuma és munkaphysiológiai jelentősége. I.

Április 14-én d. u. 6 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése. Bemutatások: **Pázsith Pál Antal:** Symphyseolysis és szövődött medencetörés utáni medence-kialakulás esete; **Barát Irén:** Caverna torsiós ruptúrája; **Barát Irén:** Extrapleurális pneumothorax. Előadások: **Országó Oszkár és Dubóczky Béla:** Kísérletes vizsgálatok a tüdő és a légmell hőmérsékletére vonatkozólag. **v. Dániel Gábor:** Az indirect pneumothoraxról.

Svábhegyi Szanafórium

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

Lahmanszerű kúrák

Bircher-Benner-féle nyers-diéta

Magyarországon 1939 március 12 től március 18-ig bejelentett hévenyfertőző megbetegedések (Mb.) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Ce-rebrosp. e.		Pollomyelitis ac. ant.		Anthrax		Morbilli.		Varicella		Pertussis		Influenza complic.		Malaria		Typhus exanth.	
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt
1. Abaúj-Torna	157.551	2	—	—	—	—	—	4	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	
2. Bács-Bodrog	115.387	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	—	—	
3. Baranya	251.803	—	—	—	—	—	—	—	2	9	—	—	—	—	—	—	—	—	35	2	13	6	—	—	—	—	—	—	
4. Bars és Hont	145.389	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
5. Bereg és Ugocsa	162.173	3	1	—	—	—	—	1	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	3	2	4	—	5	—	—	—	—	—	
6. Békés	339.708	—	—	—	—	1	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	21	15	5	2	2	—	—	—	—	—	
7. Bihar	183.857	—	1	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	63	5	4	2	—	—	—	—	—	—	
8. Borsod	298.610	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	2	5	—	—	—	—	—	—	
9. Csanád-Arad-Torontál	174.715	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	16	3	5	4	—	—	—	—	—	—	
10. Csongrád	147.834	—	—	—	—	1	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	1	—	—	—	—	
11. Esztergom	101.932	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	3	—	7	—	—	—	—	—	—	—	
12. Fejér	230.967	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
13. Gömör és Kishont	104.459	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
14. Győr-Moson	157.476	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	16	—	—	—	—	—	
15. Hajdú	183.748	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	24	2	3	—	—	—	—	—	—	—	
16. Heves	324.836	1	—	—	—	1	—	4	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	16	1	2	4	—	—	—	—	—	—	
17. Jász-Nagykun-Szolnok	426.074	1	—	—	—	1	—	5	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	15	4	1	—	—	—	—	—	—	—	
18. Komárom	287.234	—	—	—	—	—	—	4	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	10	6	1	—	—	—	—	—	—	—	
19. Nógrád	256.727	—	1	—	—	—	—	—	—	11	1	1	—	—	—	—	—	—	11	10	1	—	1	—	—	—	—	—	
20. Nyitra és Pozsony	190.811	1	—	—	—	—	—	8	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
21. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.503.136	6	—	—	—	2	—	18	—	49	—	—	—	—	—	—	—	—	14	31	34	14	—	—	—	5	—	—	
22. Somogy	391.883	—	—	—	—	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	18	4	1	2	5	—	—	—	—	—	
23. Sopron	141.863	2	—	—	—	—	—	3	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	1	1	—	—	—	—	—	—	
24. Szabolcs	429.614	3	—	—	—	—	—	7	—	5	—	2	1	—	—	—	—	—	33	3	26	1	3	—	—	—	—	—	
25. Szatmár	137.494	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	50	1	—	—	7	—	—	—	—	—	
26. Tolna	264.410	—	—	—	—	—	—	3	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	15	1	—	—	—	—	—	—	
27. Ung	73.269	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	8	—	—	—	—	—	
28. Vas	271.102	1	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	8	—	3	—	—	—	—	—	—	—	
29. Veszprém	249.509	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	60	1	1	—	—	—	—	—	—	—	
30. Zala	370.132	—	—	—	—	—	—	5	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	1	2	—	7	11	—	—	—	—	—	
31. Zemplén	198.948	4	—	—	—	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	3	4	—	—	1	—	—	—	—	—	
I. Baja	31.644	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
II. Budapest	1.067.124	1	—	—	—	4	—	24	1	53	—	—	—	—	—	—	—	—	29	29	23	7	—	—	—	—	—	—	
III. Debrecen	127.817	1	—	—	—	—	—	3	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	77	—	3	—	—	—	—	—	—	—	
IV. Győr	51.115	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	13	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
V. Hódmezővásárhely	59.076	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
VI. Kassa	58.082	1	—	—	—	—	—	5	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	12	—	1	—	2	—	—	—	—	—	
VII. Kecskemét	83.559	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	
VIII. Miskolc	67.373	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	4	1	—	—	—	—	—	—	—	
IX. Pécs	73.204	—	—	—	—	1	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	5	—	—	—	—	—	—	
X. Sopron	35.974	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
XI. Szeged	140.671	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	74	4	1	2	—	—	—	—	—	—	
XII. Székesfehérvár	42.253	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	
Összesen:	10.110.543	32	4	—	—	13	—	139	—	3225	1	14	3	2	—	—	—	—	652	141	268	84	47	5	—	—	—	—	

CAPHOSEIN

a tej összes fehérjéit, caseint lactalbumint és lactoglobulint tartalmazó, dús calcium- és fosphortartalmú tejfehérje készítmény,

csecsemők súlygyarapodásának megindítására

egészséges, exsudatív és neuropathiás csecsemők elegendő mennyiségű anyatej táplálás melletti súlystagnálása esetén

Adagolás: 1—1 csapolt kávéskanál poralaku Caphoseint fél deci teában felfőzetünk és ebből 2—3 kávéskanálnyit, illetve szükség esetén egy-egy ilyen adagot fogyasztatunk minden szopás előtt.

Ismertetővel készséggel szolgálunk. Krompecher Tápszert- és Gyógyszeripari KFT. Budapest, V., Nádor-utca 15. sz.



ZEISS IKON vércukorkoloriméter

ZEISS IKON hőmérő

ZEISS IKON bilirubinométer

ZEISS IKON xanthoproteinométer



JURÁNY HENRIK



BUDAPEST IV. Váci-utca 40 - Telefon 183-092

3192—1939. K. sz.

Szabolcs vármegye alispánja.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Szabolcs vármegyei Kisvárdai Közkórházban betöltésre kerülő *kisegítő orvosi állásra* pályázatot hirdetek. A kisegítő orvos javadalmazása havi 80 pengő, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás és elsőosztályú ételmezés, melyért megtérítést nem kell fizetni. Az alkalmazás ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető, így végleges alkalmazásra jogalapot nem szolgáltathat s az alkalmazás mindig csak egy évre szólhat. Orvosi magánygyakorlat nincs megengedve. Pályázati kérvények szabályszerűen felszerelve, Szabolcs vármegye főispánjához címzett s az alispáni hivatal iktatójában (emelet 4. sz.) 1939. évi április hó 25.-ének délelőtt 12 órájáig adandók be. Hiányosan felszerelt kérvényeket figyelembe nem vehetnek. A kérvényhez csatolni kell: 1. Születési anyakönyvi kivonatot; 2. Hatósági erkölcsi bizonyítványt; 3. Magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt; 4. Az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; 5. Egyetemi lecke-könyvet; 6. Szigorlati bizonyítványokat; 7. Közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt.

Nyiregyháza, 1939. évi március hó 18-án.

Borbély Sándor dr. s. k.
alispán.

Lapunk mai számához a Chinoin gyógyszervegyészeti gyár Rt. (Újpest) *Nohaesa*-ról szóló ismertetését mellékeljük.

6800—1939. K. sz.

Szabolcs vármegye alispánja.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Szabolcs vármegyei Erzsébet közkórházban elhalálózás folytán megüresedett egy *alorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az alorvos kezdő javadalmazása a XI. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, továbbá a kórházban egy szobából álló lakás és I. oszt. ételmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeket 1939. évi április hó 25. napjának déli 12 órájáig Szabolcs vármegye főispánjához címzett és az alispáni hivatal iktatójában (Vármegyeháza emelet 4. sz.) kell beadni. Elkésve érkezett, vagy jelen hirdetményben foglalt feltételeknek meg nem felelően felszerelt kérvényeket figyelembe nem veszek. Műtősebészeti képesítéssel bíró orvosdoktorok előnyben részesülnek. A kérvényhez csatolni kell: 1. Születési bizonyítványt; 2. Hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítványt; 3. Magyar honosságot igazoló iratot; 4. Az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; 5. Egyetemi lecke-könyvet és kórházi szolgálati könyvet; 6. Életréleírás (Curriculum vitae); 7. Közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt.

Nyiregyháza, 1939. évi március hó 18-án.

Borbély Sándor dr. s. k.
alispán.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VAMOSSY ZOLTÁN.

LEANDIN-CHINOIN

isolált kristályos NERIUM oleander glycosida

gyors digitalis hatást adó cardiacum

Digitalist nem tűrő és refractaer esetekben, extrasystoles szívelégtelenségnél különösen javalt.

Solutio

15 kcm-es üvegben mérőcsővel
kcm-ként 0.4 mg glycosida

Tabletta

15 drb. phiolában, egyenként
0.4 mg glycosida

Suppositórium

5 drb. dobozban, egyenként
0.4 mg glycosida

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatják:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHALY, SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, MISKOLCZY DEZSŐ, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR,
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDAKOVITS KAMILLO, REUTER KAMILLO, JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Herzog Ferenc és Kleiner György: A polycythaemia étrendi gyógyításáról 19 eset kapcsán. (357—358. oldal.)
Hajós Károly, Faragó Pál és Falus Andor: Histaminszerű anyagok kimutatása allergiás betegek vérében. (358—360. oldal.)
Weidlinger Imre: A patkóbélfekély és a hyperacid gyomorhurut új gyógymódja. (360—362. oldal.)
Bárdossy István: Hogyan kezeljük gyermekek csonttörését? (362—364. oldal.)
Czukrász Ida: A B₁-vitamin alkalmazása a szem hypovitaminosisainak gyógykezelésében. (365—366. oldal.)
Ruhmann Emil, Steller László és Tóth László: Hozzászólá-

sok és végszó az „Orvosi műhibaperek” című cikkhez (dr. Tóth László, O. H. 14. sz.). (366—369. oldal.)
Benderek István és Külley László: Gyógymasszázs és mechanoterápia (folytatás). (369—372. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (61—64. oldal.)
Irodalmi szemle: Belgyógyászat. — Sebészet. — Szülészeti és nőgyógyászat. — Gyermekegyógyászat. — Orr-, gége- és fülgyógyászat. — Bőrgyógyászat. (372—375. oldal.)
Könyvismertetés: (375. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (375—379. oldal.)
Lapszemle, vegyes hírek: (379—380. oldal és a borítólapon III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

A polycythaemia étrendi gyógyításáról 19 eset alapján.

Irta: Herzog Ferenc dr. ny. r. tanár és Kleiner György dr. v. egyet. tanársegéd.

Három év előtt egyikünk (Herzog: O. H. 1936. 5. sz.) az állati fehérjében nagyon szegény étrendet ajánlotta a polycythaemia gyógyítására azon nagyon kedvező eredmény alapján, melyet ezen étrend hatására hét esetben észlelt. E betegek csak átlag 0.7 g állati fehérjét fogyasztottak el naponta, mire állapotuk hamarosan javult, panaszaik lényegesen csökkentek vagy elmúltak és a vörösvértestek száma s a haemoglobintartalom egészen vagy majdnem rendessé lett. Az esetek egy részében a nagy vérnyomás is csökkent és a lép is megkisebbedett. Ezenkívül az étrend hatása abban is mutatkozott, hogy a mikrocytosis megszűnt és a reticulocyták száma is kisebb lett, a vérkép tehát minőségben is megjavult (Kleiner, O. H. 1936. 13. sz.). A javulás kifejlődése után a betegek állapota kevésbé szigorú étrenden sem romlott, korlátolt mennyiségű állati fehérje fogyasztása (naponta 0.5 l. tej, 100 g sajt, 200 g hal, hetenként kétszer 3 tojás vagy 150 g borjúhús) nem fokozta a vörösvértestek számát és panaszokat sem idézett elő (Herzog: O. H. 1936. 21. sz.). Ezen közléseink óta is alkalmunk volt több esetben az étrend jó hatásáról meggyőződni és mivel azóta és még legutóbb is jelentek meg közlemények a polycythaemia gyógyításáról, melyekben ezt az étrendet nem említik, szükségesnek tartjuk, hogy összes eddig észlelt eseteinkről egészen rövid áttekintést adjunk. A betegek kórtörténetének és vérképének bővebb ismertetését azért gondoljuk mellőzhetni, mert bajuknak tünetei és vérképük sajátosságai az étrendre nagyjában ugyanugy javultak, mint azokban az esetekben, melyeket előző közléseinkben részletesen ismertettünk. Ezért a következőben csak a betegek vörösvértesteinek számát tüntetjük fel milliók-

ban a kezelés előtt, továbbá azt, hogy számuk mennyi idő múlva csökkent a legkisebb értékre.

1. 9.40 2¹/₂ hónap múlva 5.63;
2. 7.68 1 hónap múlva 5.49;
3. 10.45 2 hónap múlva 5.12;
4. 9.10 2 hónap múlva 5.44;
5. 9.62 4 hét múlva 5.33;
6. 8.62 4 hét múlva 5.08;
7. 7.86 3 hét múlva 5.27;
8. 7.86 2 hét múlva 5.37;
9. 10.18 2 hónap múlva 5.93;
10. 7.62 1 hét múlva 5.92;
11. 9.68 4 hónap múlva 5.02;
12. 8.96 3 hónap múlva 4.10;
13. 5.60 3 hónap múlva 4.35;
14. 8.30 3¹/₂ hónap múlva 5.44;
15. 5.84 csak hat hónap múlva vizsgálhattuk: 4.46;
16. 7.54 4 hónap múlva 5.16;
17. 10.00 csak hat hónap múlva vizsgálhattuk: 6.50;
18. 8.70 4 hónap múlva változatlan;
19. 10.36 2 hónap múlva változatlan.

Az étrend tehát 17 esetben hatásos volt és csak két esetben nem javította meg a vérképet. Az előbbi esetekben a vörösvértestek száma majdnem vagy egészen rendessé lett, sőt két esetben számuk kissé a rendes alá csökkent (12. és 15. eset: férfiak; a 13. eset: nő), egy esetben a vörösvértestek száma ugyan valamivel nagyobb maradt, de ebben is lényegesen, 3.5 millióval csökkent. Az utolsó két esetben azonban a hónapokig tartott étrend sem változtatott számottevő módon a vérképen. Talán indokolt az a feltevés, hogy az étrendnek hatástalansága ezen esetekben azon alapul, hogy a polycythaemia pathogenesis nem egységes, hogy az eseteknek ezen nyilván kis részében a fokozott vérképzés más módon jön létre, mint a többi esetben (Mogensén, Journ. Am. med. Assoc., 1938.). Azonban az is lehetséges, hogy ezekben a ritka esetekben a csontvelő annyira ingerlékeny, hogy az a kevés a vérképzést serkentő anyag, melyet ez a szigorú étrend tartalmaz, is elegendő a túlságos vérképzés fenntartására.

Az ismertetett adatokat kiegészítjük még azzal, hogy a vörösvértestek száma rendszerint már az első hét végén erősen csökkent, számuk 1—2 millióval, néha még nagyobb mértékben kisebbedett. De az is előfordult néha, hogy az étrend csak a második vagy a harmadik

hét végén, néha még később hozott határozott javulást a vércépbén. — A 11. esetben a vörösvértestek száma 9.68 milliőről az első hét végén 9.3, a második héten 9.17, a negyedik héten is csak 8.17 millióra csökkent, ezután egy, illetőleg három hónappal számuk 7.7, illetve 5.02 millió volt. A 12. esetben számuk az első héten 8.96 milliőről csak 8.52 millióra csökkent és a harmadik, az ötödik hét, illetőleg a harmadik hónap végén 7.00, 6.72 illetőleg 4.1 millió vörösvértestet számoltunk. A 16. esetben is csak lassú csökkenéssel lett 4 hónap múlva rendessé a vörösvértestek száma.

Ezeknek az aránylag ritka, lassan javuló eseteknek ismerete fontos: a kezdeti javulás hiánya esetén is folytatni kell az étrendi gyógyítást, mivel a hatás később sokszor mégis kifejlődik.

Egy másik kérdéssel, megjavult betegeinknek későbbi sorsával is foglalkoztunk. Megkértük őket, hogy újabb vizsgálat végett jelenjenek meg a klinikán s ha ezt nem tették meg, felszólítottuk, hogy részletesen értesítsenek állapotukról. Ennek eredménye sajnos nagyon csekély volt: 5 betegnek levelünk nem volt kézbesíthető, 5 betegről csak annyit tudtunk meg, hogy más betegségben meghalt (tüdőgyulladásban, asthma cardiale-ban, sepsisben, enkephalitisben, arteriosclerosis okozta apoplexiában), 5 beteg a klinika elhagyása után nem tartott étrendet, 1 beteg baja myelosissá alakult át, 1 beteg csak a legutóbbi időben került észlelésünkbe és csak 2 beteg, aki egy év előtt kezdte az étrendet, jelentkezett most újabb vizsgálatra.

Ezen legutóbbi betegek egyike (15. eset) a kezdetben említett kevésbé szigorú étrenden mindig teljesen panaszmentes volt és vérében az utánvizsgálatkor 4.77 m vörösvértestet számoltunk. A másik beteg (12. eset) csak időnként tartotta az étrendet, jól érezte magát és az utánvizsgálatkor a vörösvértestek száma 6.20 m volt. Az eltelt év folyamán többször végzett vizsgálatkor számuk 6.20 és 4.1 m között változott.

Az utánvizsgálatnak ezen nagyon hiányos eredménye részben azon alapulhat, hogy a betegek megunták a kissé kényelmetlen étrendet, első sorban azonban onnan származik, hogy betegeink, legnagyobb részben szegény emberek, nem tudták megszerezni az előírt élelmiszereket.

Az állati fehérjében szegény étrend azonban nem csak a polycythaemia verében, hanem a symptomás polyglobuliában is hatásos volt. Három betegen a myodegeneratio, illetőleg emphysema okozta szívgyengeség következtében keletkezett polyglobulia a decompensatio megszűnte után az étrendre megjavult, a vörösvértestek száma 1—1½ millióval csökkent és egészen vagy majdnem rendessé lett.

Végül még megemlítjük, hogy megkíséreltük a leukaemiás myelosis gyógyítását a polycythaemiában bevált étrenddel. Erre az indított, hogy azokon a polycythaemiás betegeken, akiknek leukocytosisuk is volt, az esetek egy részében a vörösvértestek számával együtt a leukocytáké is csökkent, az étrend tehát a myelopoesisre is hatott. E kísérlet azonban nem vezetett eredményre: egy leukaemiás és egy subleukaemiás myelosisban, továbbá két betegen, kiken polycythaemiájuk elmúlása után subleukaemiás myelosis keletkezett, az állati fehérjében szegény étrend a fehérvérsejtképzésre hatástalannak bizonyult.

Elektrokardiographiás kurzus. Elméleti és gyakorlati kitanítás orvosok részére az elektrokardiographiáról és az elektrotherapiáról. Jelentkezni lehet: Dr. Jakab-szanatórium, VI., Szondy utca 102. Telefon: 110—444.

A budapesti Gróf Apponyi Albert Poliklinika I. számú belgyógyászati osztályának közleménye. (Főorvos: Hajós Károly egyet. magántanár.)

Histaminszerű anyagok kimutatása allergiás betegek vérében.

Irták: Hajós Károly dr., Faragó Pál dr. és Falus Andor dr.

A histamin mérgezés tünetei majdnem minden jelenségükben az anaphylaxiás sok tüneteihez hasonlóak és ezért már régebben a histamint az anaphylaxiás sokkal összefüggésbe hozták. (Biedl és Kraus). Kísérletekkel is alátámasztott elméletek szerint az anaphylaxiás tüneteket histaminszerű anyag, vagy maga a histamin okozza. Az anaphylaxia humoralis elmélete szerint a histamin az antigennel jut a szervezetbe, az antigen-antitest egymásra hatásakor felszabadul és az anaphylaxiás sok tüneteit okozza. A cellularis elmélet szerint a sejtekben már normalis körülmények között is van histamin vagy annak egy előképzett alakja, mely a szervezetbe jutó antigen hatására histaminná alakul át és okozza a sokot. Az anaphylaxiás sok és az allergiás megbetegedések tüneteinek hasonlósága alapján feltételezhetjük, hogy a histaminnak vagy valamelyik histaminszerű anyagnak az allergiás jelenségek kiváltásában szerepe van. Régebbi kísérleteinkben a kívülről a szervezetbe vitt histaminnak hatását figyeltük meg allergiás, asthmás betegeken és azt találtuk, hogy histamin hatására oly tünetek jelentkeznek, a vérnyomás úgy változik, mint a terhesség alatt, tehát egy hyperhistaminaemiás állapotnak megfelelően. Asthmás betegek fehérvérsejtszámának változása histaminra olyan, mint azt anaphylaxiás sokban tapasztaljuk. Valószínűnek látjuk a Lewis-féle felfogást, aki a histamin előalakjának a szervezet sejtjeiben histaminná való átalakulását a beható antigennek tulajdonítja. Therápiás tapasztalataink egyeznek Dzsinič megállapításával, aki egészen kis adag histaminbefecskendezéssel deszenzibilizálta az allergiás szervezetet. Saját megfigyeléseink megerősítik azt a felfogásunkat, hogy a kis adag histamin-injectiók adásával az allergiás reakciókor a sejtekből felszabaduló histaminra rászoktatjuk a szervezetet.

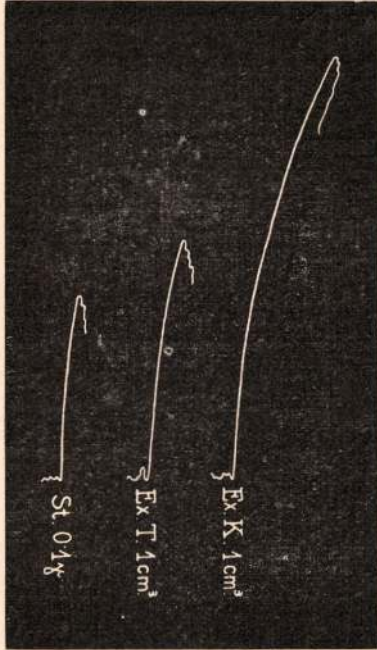
Macdonald és Haworth 103 egészséges ember vérhistaminját határozták meg és azt 0.018—0.078 γ között találták, az átlag 0.04 γ volt, 1 ccm vérre számítva. A vér histamintartalma normalis körülmények között nincs nagy ingadozásoknak kitéve. E szerzők vérhistamin meghatározásokat végeztek olyan munkásokon, akik sok histamintartalmú port lélegeztek be, ezek asthmában, (stripper asthma) szenvedtek, vérhistaminjuk 0.06 γ átlagra emelkedett, a legnagyobb érték 0.12 γ volt. Ilyen magas értékeket egyéb esetekben nem találtak. Code és Ing nirvanollal eosinophiliát idéztek elő és megállapították, hogy ilyenkor hyperhistaminaemia jelentkezik, mely ha nem is pontosan, de kb. arányos az eosinophil sejtek megsaporodásának fokával.

Riesser az emberi vér histamintartalmát magasabbnak találta, mint mások (10—50 γ %) és azt is megállapította, hogy asthmások és egészségesek vérhistamintartalma között semmi különbség nincsen, sőt egy esetben asthmás beteg vérében a normalisnál alacsonyabb értéket kapott. Asthmás betegek köpetét feltűnően histaminszegénynek találta. Riesser még azon az állásponton van, hogy a negatív eredmények ellenére is sok adat szól az asthma histaminelmélete mellett, így pl. az, hogy tengeri malacokon anaphylaxiás sokban nagymennyiségű histamin kiürítését észlelték Bartosch, Feldberg és

Negel. Mások azt találták, hogy a nyaki vagus ingerlése a tüdő histamintartalmát nem fokozza, ellenben a a vérhistamin megszaporodik.

Ezzel ellentétben, *Fiessinger, Gajdos, Panayotopoulos* hyperergiás betegségben, urticariában, *Quincke* oedemában és asthma bronchiálében nagyobb mennyiségű histamint találtak a vérben, ezt a hyperergiás folyamat közbeeső termékének tartják.

Alábbi kísérleteinket azon célból végeztük, hogy megállapíthassuk, asthmás betegeink vérében a histamin mennyisége hogyan viszonylik a nem allergiásokéhoz, továbbá a talált eosinophil sejtek és a vér histaminmennyisége között milyen összefüggés áll fenn.

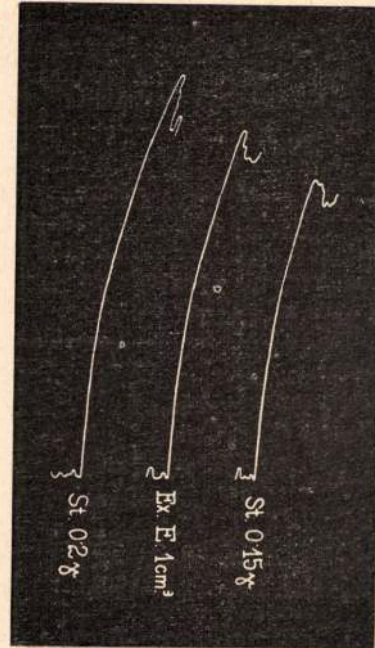


1. ábra. I. 0.1 γ standard histaminoldat; II. T. I. nem allergiás beteg vérének (2 ccm) kivonata; III. K. S. asthmás beteg vérének kivonata.

Saját kísérleteinkhez *Barsoum* és *Gaddun* vérhistamin meghatározási eljárását alkalmaztuk *Riesser* módosításával. A meghatározás menete röviden a következő volt: 15 ccm 10%-os trichloreccsavhoz 10 ccm vért adtunk, azután 2 órán át szobahőmérsékleten állni hagytuk. Ez idő elteltével a folyadékot átszűrjük és a szűrletet aetherrel történő kirázással a trichloreccsavtól mentesítettük. Az aethert forró vízfürdőben kiűztük és 4 ccm n/HCl-al másfél órán át főztük, azután az oldatot vacuumban átdestilláltuk. A maradékot 10 ccm alkohollal újra bepároltuk és azután 3 ccm majd 3x2—2 ccm konyhasóval telített 96%-os alkohollal melegítés közben kivontuk. A kivonatot Erlenmayer-lombikba szűrtük át és utána vízfürdőben az alkoholt elpárologtattuk. Ezután 24 órára exsiccatorba helyeztük. Ilyen állapotban a kivonatok tetszés szerinti ideig eltarthatók. Közvetlen az értékelés előtt a kivonatot több kis adag destillált vízzel melegítés közben 5 ccm-es mérőhengerbe visszük át majd 0.56 ccm 11.85%-os natriumchloridot és 3 csepp n/NaOH-t hozzáadva 5 ccm-re felöntjük. Ekkor az oldat a vérrel isotoniásnak tekinthető. Az isotoniától csekély eltérések nem játszanak szerepet, azonban a savanyú vegyhatást feltétlenül kerülni kell.

A kivonat histamintartalmának ktitrálása tengerimalacbélen történik. Az állatot elvéreztetve közvetlenül azután vékonybelének legelső szakaszából kb. 5 cm hosszú darabot kivágunk. A belet jól kimossuk Locke-

oldattal. Igen fontos a belet a rajta tapadó mesenterium legkisebb részleteitől is megtisztítani. Az ily módon előkészített bélrészletet 40 C°-os vízfürdőben lévő Locke-oldatot tartalmazó edényben függőleges helyzetben kifeszítjük, oly módon, hogy a bél alsó része az edénybe merül, O₂ átáramoltatására szolgáló üvegcső meghajlított végéhez, felső része pedig egy ironnal ellátott vízszintes helyzetű emelőkarhoz legyen erősítve. Az emelőkarnek a bél összehúzódásaira történő kilengéseit korozott hengerre vesszük fel. Kísérleteink alkalmával azt tapasztaltuk, hogy a bél spontan összehúzódásai az első órákban esetenként különböző hosszú időn, 2—7 órán át igen különböző fokúak, ezért minden egyes al-



2. ábra. I. 0.15 γ standard histaminoldat; II. E. D. asthmás beteg vérének kivonata; III. 0.2 γ standard histaminoldat.

kalommal meg kell várni ezen idő eltelését, amíg a spontan összehúzódások nagysága egyforma, lehetőleg igen kicsi lesz. Ezután kezdjük meg az ismert töménységű histaminoldat adására bekövetkező összehúzódások nagyságának mérését. A legalkalmasabbnak bizonyult 0.1 γ histamint standardként használni. Ha legalább háromszor egymásután ugyanolyan nagyságú kilengést kapunk a standardoldattól, akkor hozzáfogunk a vizsgálandó vérextractumok titrálásához. A kivonatokból 1 ccm-et fecskendezünk a belet körülvevő Locke-oldathoz és az így nyert kilengés nagysága tulajdonképpen 2 ccm vér histamintartalmának a mértéke. Ugyanazon bél kivonattal ktitrálásához is felhasználható, azonban az edényben lévő Locke-oldatot cserélni kell és az egyes meghatározások között a belet tiszta Locke-oldattal is át kell mosni. Nagyon ügyelni kell a hőmérséklet állandóságára, mert 40 C°-tőli csekély eltérés is már jelentősen befolyásolja a bélösszehúzódások nagyságát.

Kísérleti eredményeinket, melyek 7 nem allergiás és 6 allergiás (asthmás) beteg vérhistamin vizsgálatára vonatkoznak, a következő táblázatban foglaljuk össze.

Mint a fenti táblázatból kitűnik, vizsgálataink *Macdonald*, *Fiessinger* és munkatársaik eredményeit lát-szanak alátámasztani. Asthmás betegek vérének histamintartalmát 6.5—12.5 γ -átlagban 8.4 γ -nak találtuk, míg nem allergiás betegek vére csak 1.5—7.5 γ , átlagban 4.4 γ histamint tartalmaz. Az eosinophil sejtek számával a vér histamintartalma nem látszik arányban lenni, mert míg pl. ccm-enként 600 eosinophil mel-



Táblázat.

Sorsz.	Diagnosis	Vérhistamin $\gamma\%$	Eos. sejt. Abs. szám.
1.	F. A. Ulcus jejuni	1.5	—
2.	V. A. Neurasthenia	1.5	—
3.	R. J. Colitis	7.5	62
4.	F. I. Cholecystitis	5.5	144
5.	S. J. Obstipatio	2.0	280
6.	T. J.-né Nephritis	6.5	—
7.	D. E. Cholecystitis	6.5	75
8.	P. E.-né Asthma br.	7.0	1100
9.	K. S.	12.5	600
10.	M. I.	7.8	64
11.	E. D.	8.5	360
12.	G. J.-né	6.5	496
13.	B. G.	8.25	720

lett 12.5%-of találtunk, addig ccm-enként 1100 eosinophyl sejtet tartalmazó vér histamintartalma csak 77% volt. Kísérleti eredményeinkből levonható végső következtetés tehát az, hogy az allergiás beteg vére állandóan, roham alatt és rohammentes időszakban egyaránt, átlagban az egészségesek vérhistaminjának a kétszeresét tartalmazza. Ez a körülmény az allergiás jelenségek létrejöttében igen fontos szerepet játszik, azonban a szerep közelebbről megismerése még a jövő feladatai közé tartozik. Mindenesetre azt hisszük, hogy vizsgálataink, melyek egy régen vitatott feltevés tisztázásához szolgáltatnak újabb adatot, bizonyos határozott irányba terelik az elkövetkező kutatásokat.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika II. számú belgyógyászati osztályának közleménye. (Főorvos: Engel Károly egyetemi rk. tanár.)

A patkóbélfekély és a hyperacid gyomorhurut új gyógymódja.*

Írta: Weidlinger Imre dr. poliklinikai tanársegéd.

Az utolsó évtizedek kutatásai jelentékeny eredményekkel jártak a patkóbélfekély kórokanak felderítése terén, azonban az új gyógymódok sok esetben csalódot okoztak. Ennek valószínű oka az, hogy a gyomorfekélyek keletkezésének nemcsak kórbonctani, substratuma, hanem a különböző fekélyek eredete is más és más. Így pl. sem a gyomorfekély kóroka, sem a gyomor egyéb fekélyeivel összefüggése, vagy attól különállása nincsen tisztázva. Vajjon a gyomorhurut az a közös kórbonctani alap-e, melyre ezen elváltozások visszavezethetők? Vagy egyáltalán kórbonctani elváltozás-e az első alapvető tünet, amelyből a patkóbélfekélyre vonatkozó vizsgálataink során ki kell indulnunk? Vajjon nem az élettani tünetek értékelése során jutunk-e a helyes útra? És nem teljesen különálló két betegséget nevezünk-e meg akkor, midőn a nyombélfekélyről és a gyomorfekélyről szólnak? Természetes, hogy a gyógyítás módjának kérdésében hasonló a bizonytalanság. Alig van az orvoslásnak területe, ahol a gyógyítás eszközei annyira az empiriára épültek volna, mint a gyomorfekély-betegségben. A céltudatos és sikeres therapia ebben a betegségben is csak a kórok felderítésétől várható.

Mai közleményemben az új eljárással nyolc év alatt szerzett tapasztalatokat foglalom össze. A módszer abból áll, hogy az éhgyomorru duodenalis sondán át nyert lehetőleg friss gyomornedvet a beteg felkarjának bőrébe intracutan, $\frac{1}{10}$ ccm. mennyiségben beoltjuk. Az oltásnak a később tárgyalandó gyógyeredményen kívül

*) A Budapesti Királyi Orvosegyesületben 1938 november 4-én tartott előadás.

a bőrön mutatkozó ú. n. késői reactio alapján bizonyos diagnostikai jelentősége is van, amelyre azonban mai közleményemben nem térek ki. — Vizsgálataim során szerzett megfigyeléseimről már több ízben beszámoltam. 1933-ban az Orvosi Hetilapban és az Arch. f. Verd-ben, 1935-ben a bruxellesi, 1937-ben a párisi nemzetközi gyomor és bélcongressuson, majd ugyanezen évben ismét az Orvosi Hetilapban, végül 1938-ban a Wiener Klinische Wochenschrift hasábjain.

Az oltásokat eleinte úgyszólván válogatás nélkül végeztem minden gyomorpanasz miatt jelentkező betegre, azzal a céllal, hogy a várható általános és a gyomorru vonatkoztatott helyi reactio megfigyelése útján gyűjtsek adatokat a különböző gyomorbetegségek viselkedésére vonatkozóan. Az idők folyamán azonban mind gyakrabban fordult elő, hogy egy-egy beteg örömmel újságolta, hogy fájdalmai és gyomorégése az oltást követő egy, vagy több nap után megszűntek. Kitént, hogy a javultak mindinkább szaporodó sora következetesen a savbőségben szenvedők közül került ki. Szinte ex juvantibus különült el ílymódon két gyomorbetegség: a patkóbélfekély és a hyperacid gyomorhurut. A javulás értékében természetesen nagy óvatossággal kellett eljárni. Ki kellett iktatni a beteg gyógyulását ismert módon elősegítő minden egyéb előírást, — beleértve a szigorú diaetát és az alkaliák szedését is. Ki kellett zárni a suggestiv hatások érvényesülését és hosszú időn. — éveken át kellett meggyőződést szerezni az eredmények tartóssága felől. Végül a tapasztalatok alapján mind szigorúbban kellett körülhatárolni az eljárás sikeres alkalmazásának javallati feltételeit. Nyolc év leforgása alatt mintegy ezer betegen végeztem el az intracutan gyomornedv-oltást. Már most megjegyzem, hogy múltó általános és helyi reaction kívül egyetlen esetben sem mutatkozott láz, de még enyhe bőrfertőzésre utaló bőrpustula sem, — ami azért érdemel különösen figyelmet, mert az oltást sokszor anacid gyomornedvvel végeztem. Úgy gondolom, leghelyesebb, ha először objectiv kórtörténeteket közlök. Kizárólag olyan betegeket, kiken az eredmények tartósságáról aránylag hosszú időn át meggyőződést szerezhettem és akiken a klinikai vizsgálatok olyan mértékig előrehaladhattak, — hogy a kórisme helyességéhez kétség nem férhetett. Mivel, — mint említettem — vizsgálataimnak már aránylag korai szakában kitént, hogy a gyógymódtól csak a hyperaciditásban, — helyesebben az ú. n. hyperergiás gyomorbetegségben szenvedőkön várhattunk eredményt, ezen statistikánkban már csak olyan betegek szerepelnek, akiknek oltása, panaszai, valamint a vizsgálatok eredménye alapján, a siker reményével kecsegtetett. Az összeállításban szereplő 47 beteg nyolc év leforgása alatt egy, vagy több gyomornedv-oltásban részesült. Azon javult betegek hosszú soráról, akik ellenőrzővizsgálatra nem jelentkeztek, vagy betegségük lefolyása, valamilyen okból követhető nem volt, nem számolok be. A kórtörténetek minden részletére természetesen nem térhetek ki. ezért az alábbiakban csak a legfontosabb adatokat közlöm.

Ulcus duodeniben, vagy ezt kísérő hyperacid gastritisben szenvedett 24. Ezek közül teljesen panaszmentes lett 22 (91.5%). Véglegesen, minden visszaesés nélkül a mai napig jól van 20. Ezek közül egy 8 év óta, egy 6 év óta, egy 3 hónap óta, egy $1\frac{1}{2}$ év óta, egy 8 hónap óta, három 6 hónap óta, három 5 hónap óta, kettő 3 hónap óta, egy $2\frac{1}{2}$ hónap óta s végül négy 2 hónap óta. E véglegesen javultak közül kettő 3-szor, három 2-szer, tizenöt egyetlen egyszer kapott gyomornedv-oltást. A két nem véglegesen javult közül az egyik 6 hónap múltán újból panaszokkal jelentkezett. Egy javulása csak részleges volt. A két nemjavult beteg közül az egyiknek patkóbélfekély mellett súlyos hypertrophiás gyomorhurutja, a másiknak duodenalis ulcusfűlkéje volt.

Hyperacid gyomorhurutja 11 betegnek volt, a patkóbélfekélynek minden jele nélkül. Javulás mutatkozott 9-en (81.8%). Ezek közül véglegesen a mai napig jól van 7. Egy 8 év óta, egy 6 év óta, egy 3 év óta, egy 2 év óta, egy 1½ éve, végül kettő 9 hónapja. A véglegesen javultak közül 5 egyszer, 1 kétszer és 1 háromszor kapott intracutan oltást. Kettőn 8 és 6 hónap múltán visszaesés mutatkozott. Nem javult egy súlyos alkoholos hypertrophiás gastritises beteg és egy, aki savtúltengéses gyomorhurut mellett nagyfokú gyomorsüllyedésben szenvedett.

7 praepylorikus ulcusban szenvedő közül nem javult egy sem.

Hasonlóképpen eredménytelen, vagy csak részleges javulással végződött volt az oltás négy beteg esetében, akik a patkóbélfekélyen kívül, — mint később kideríthető volt, — epeköbetegségben is szenvedtek.

Végül nem volt sikeres az oltás phosphaturiában és savbőségben szenvedő betegeken, akiken a vizsgálatok sem gyomorhurutot, sem patkóbélfekélyt nem mutattak.

Összeállításunkból kitűnik, hogy azon gyomorbeteggek közül, kik úgyszólván kivétel nélkül gyomorégés, éhségfájdalom, késői fájdalom, valamint székszorulás panaszával, — vagy patkóbélfekélyre és hyperaciditásra utaló leletek alapján oltattak be, — az oltás hatására csak a valóban ulcus duodeni- és hyperacid gastritises betegeken állott be javulás. A pylorustáji fekélyesek viszont — a rendes, vagy fokozott sósavválasztás ellenére, egyértelműen refractaerek maradtak. Hasonlóképpen viselkedett egyetlen phosphaturiás diathesisben szenvedő betegünk, akin az oltást megkíséreltük.

Anélkül, hogy kísérleteim eredményéből messzemenő következtetésekre akarnék jutni, — meg kell állapítanom, hogy a patkóbélfekély és hyperacid gyomorhurut ezen feltűnő biológiai különválása — kóroki szempontból feltétlenül figyelmet érdemel. E két betegség azonos oki kapcsolata nélkül nehezen volna megérthető — ugyanazon gyógymód alkalmazásának csak e két elváltozásnál mutatózó egybehangzó eredménye.

Az oltás hatásossága e két gyomorbetegség esetében nem szenvedhet kétséget. Olyan betegek váltak hónapokra és évekre panaszmentessé, akiknek betegsége igen sok esetben egy-két évtizedre nyúlott vissza és az ideig minden megkísérelt gyógymóddal ellenkezett. Az oltás után minden gyógyszer szedését megtiltottuk, az étrendet fokozatosan kibővítettük, a dohányzást és a mérsékelt ivást engedélyeztük. A suggestiv hatás esetleges érvényesülését kizárja a hosszú javulási időszak, az oltások selectiv hatása és az ismételten végzett ellenőrző-oltások, amelyeknek kapcsán minden esetben meggyőződhattünk arról, hogy bizonyos idő múltán visszaeső betegeken physiologiás konyhasó, lutein, stb. beoltása hatástalan maradt, ellenben az újra adott gyomornedvoltage ismét teljes javulásra vezetett. A javulás általában egy naptól két hétig tartó időn belül következett be, — néhány kivételes esetet nem tekintve, ahol a javulást négy öt hétig tartó tűnethullámzás előzte meg. A legtöbb esetben az oltást követő napokon — általános és a gyomorra vonatkoztatott gócreactio mutatkozott: levertség, álomosság, az oltást követő éjjel feltűnő mély álom, sokszor a szokottnál hevesebb gyomor-fájdalom, égés, tompa állandó nyomás, — több esetben az acut gyomorhurutnak igen kellemetlen, valamennyi classikus tünete. A javulás fokozatos, vagy hirtelen bekövetkezése alkalmából egy csapásra megszűnt a gyomorégés, az éhségfájdalom és a késői fájdalom. Három hyperacid gastritises betegünkön feltűnő volt az étvágy teljes visszatérése. Egy ilyen betegünk két hét alatt 6 kg-ot, egy másik egy év alatt 25 kg-ot hízott. Hat esetben a beteg többi panaszával együtt megszűnt az éveken át tartó makacs székrekedés is. Néhányszor megfigyelhetünk hónapok, évek mulva visszaesést is. Ez legtöbb-

szőr részleges, néha azonban teljes volt. Az okok között feltűnő gyakran szerepelt az influenza és a gyomorrontás. Alig fordult elő azonban, hogy a második oltás ilyenkor újra teljes javulásra ne vezetett volna.

Felmerült a kérdés, hogy ulcus duodeniben, vagy gastritis hyperacidában szenvedő — egyébként egészséges egyén gyomornedvét hasonló betegségu másik egyénbe átoltva, — azonos eredményt kapunk-e. Mintegy 20 ilyen kísérletet végezve, megállapítható volt, hogy a gyógyító hatás nem következik be, vagy messze elmarad a saját gyomornedv beoltására megszokott javuláshoz viszonyítva.

Sokkal sikeresebbnek bizonyult az az elgondolás, hogy a beteg gyomornedvét megfelelően praeparálva és ampullázva használjuk fel az intracutan oltásra. Természetesen arra kellett törekedni, hogy a gyomornedv ismeretlen hatásos anyaga az elkészítés alatt bomlást ne szenvedjen. Ezek figyelembevételével feldolgozott gyomornedvvel néhány kísérletet végeztünk, amely a nativ gyomornedv befecskendezésével azonos eredményekre vezetett, — azzal a különbséggel, hogy az észlelt reakciók kisebbek voltak. Kivonatosságtörténeteink a következők:

39 éves férfi. Két éve typusos ulcus duodenira utaló panaszok. Két év alatt 24 kg-ot fogyott. Röntgen: ptosis. Bulbus keskeny, deformált. Titratio: 60—90. Egyetlen praeparált gyomornedvoltage éhségfájdalmi két nap alatt megszűntek. Csak ritkán érez mérsékelt gyomorégést. Négy hét alatt 5 kg-t hízott. Észlelési ideje 15 hónap.

20 éves férfi. Egy éve éhségfájdalom, gyomorégés. Fogyott. Röntgen: hypersecretio, deformált bulbus. Titratio: 55—80. Kétszer nyákos gyomornedv. Másodnaponként összesen három oltás. Az oltást követő napokon mérsékelt levertség. A második oltás után tünete teljesen elmaradt. Észlelési ideje 9 hónap.

38 éves férfi. Hat éve gyomorégés. Éhségfájdalom. Röntgen: jelentékenyen deformált bulbus. Vaskosabb nyálkahártyarepedők. Gyors ürülés. Titratio: 65—85. Egyetlen oltásra négy nap után teljes javulás. Észlelési ideje 5 hónap.

70 éves nő. 30 éve gyomorégés. Éhségfájdalom. Étvágytalanság. Székrekedés. Röntgen: keskeny deformált bulbus. Erősen kanyargó nyálkahártya-relief az antrumban. Titratio: 20—45. Négy oltásra a beteg fokozatosan tünettelen lett. Étvágya visszatért, székelése rendbejött. Észlelési ideje 10 hónap.

Mind e kísérletünk, mind egyéb más helyen részletezett vizsgálataink, melyeknek célja az volt, hogy megállapítsuk, hogy a gyomornedv anyagai közül melyeknek lehet szerepe a javulás létrehozásában, — azt bizonyítják, hogy ezek közül mind a sósav, mind a pepsin, valamint a nyák és egyéb az éhgyomornedvben található alakelemek kizárhatók.

Röviden rátérek ezután az eljárás gyakorlati használhatóságára. Mindenekelőtt meg kell állapítanom, hogy a gyomornedvoltage, tapasztalataink szerint csak ulcus duodeni és gastritis hyperacida komplikálatlan eseteiben várható eredmény. A javulás kétséges, vagy csak részleges akkor, ha már fekélyfészek képződött, vagy ha súlyos, már depressív sósav-secretióra hajló hypertrophiás gastritise van a betegnek. Ebből az következik, hogy minél korábban adjuk a gyomornedvoltage, annál biztosabban és tartósabban várhatjuk a beteg gyógyulását. Bármilyen régen tart is már azonban a betegség, ha a fekély felszínes, vagy ha csak a bulbus deformitása mutatkozik súlyos anatómiai elváltozás nélkül — a secretió mirigyek aktivitása pedig még kielégítő, — akkor az oltás az eredmény nagy valószínűségével megkísérelhető. Acut gastritisben és még nem anadeniás alkoholos gastritisben az oltás hasonlóképpen sikeres szokott lenni. A gyógyítás elengedhetetlen feltétele a beteg pontos kivizsgálása. Négy — statisztikánkban közölt — esetünk erre igen

tanulságos példa, amelyekben ulcus duodeni gyanúja és tünetei mellett, hatástalan oltások után a cholecystographia epeköbetegséget állapított meg. Ezek közül kiderült, hogy ulcus duodenije egyáltalán nem volt, a bulbos röntgen elváltozásai ugyanis spastikus eredetűek voltak, másik kettő ulcus duodeni és cholelithiasis egyidejűleg volt kimutatható, a panaszokat pedig epeköbetegség okozta.

Felmerül az a kérdés, hogy a subjectiv eredményekkel párhuzamosan, mit mutatott a javult betegek ellenőrzővizsgálata. Általában azt mondhatom, hogy a savi secretiók sok esetben észlelt csökkenésén kívül feltűnő, vagy szabályszerű változás nem volt. A röntgenvizsgálat lényeges eltérést szintén nem mutatott, hiszen mint említettem, súlyos anatómiai elváltozás esetén az oltás eredménye kétséges volt, a bulbos különböző elváltozásai pedig irreperabilisak és így controll szempontjából amúgysem jöhetnek számításba. A felületes nyálkahártyaerosiók keletkezése vagy eltűnése pedig röntgenernyő alatt úgysem követhető. Végül ismételtelen végeztünk vizsgálatokat az oltás előtt és után a vegetatív idegrendszer reakciójának megfigyelésére. Egy esetben a vércukor feltűnő csökkenését láttuk oltás után (115-ről 80-ra), egy másik esetben lymphocytaszaporodás mutatkozott (30%-ról 54%-ra). Egyébként a vérsejt-süllyedés, a vércalcium, a vér pH, valamint a thrombocyták száma változást nem mutatott.

Nincs is okunk azonban feltenni, hogy a nevezett két gyomorbetegség esetében pathologiai, anatómiai elváltozás áll az aetiológiai háttérben. Mind több adat bizonyítja, hogy a gyomor-bélhuzam betegségeiben az allergiás érzékenység nagy szerepet játszik. *Fornet* mondja az allergiáról szóló könyvében: „Ha az endogen allergének létezését elfogadjuk és bizonyítottak vesszük, amelyek az emésztőhuzamban képződtek, akkor ezek az endogen allergének túlérzékenység okai is lehetnek. Az emésztőtraktus nyálkahártyáján hasonló allergiás elváltozások léphetnek fel, mint a test bármely részén. A gyomor-bélhuzam önálló betegségei a tápcsatorna saját szervi shok-ja által okozott jelenségek.” *René Guttmann* párisi röntgenológus szerint a patkóbélfekély primaer szaka ugyanolyan allergiás nyálkahártya-eruptio a nyombélben, mint a herpes a gyomorrontás után a szájugban. Úgy ebből a mind szélesebb területen tért hódító — kísérleti alapon nyugvó — felfogásból, mint saját vizsgálatainkból az következik, hogy a gyomorbetegségek közül az ulcus duodeniben és a gastritis hyperacidában az allergiás aetiológia feltétlenül szerepet visz. E betegségek allergiás eredete mellett szól a kóros tünetek időszakos visszatérése is. Ezt látszik bizonyítani e betegségek ex juvantibus — szinte selectiv különválása a többi gyomorbetegségetől — olyan therapia alkalmazása mellett, amelynek sikere csak ezen betegségek allergiás eredete mellett válik érthetővé. Ez a gyógyítás ugyanis nem lehet más, mint desensibilisatio. Erre utalnak az oltás után jelentkező, sokszor az enyhe anaphylaxiás shok fokát elérő általános helyi reakciók. Az az anyag, mely 1/10 ccm-nyi mennyiségben beoltva a gyomor túlérzékenységének, vagy talán helyesebben: megváltozott érzékenységének évekre terjedő áthangolását idézi elő, csak specifikusan allergen lehet. Tudjuk, hogy a hatásos allergen adagjai minimális. Kísérleti állatok 1 mg. fehérjével biztosabban allergizálhatók, mint 100 mg-val. Hosszas lenne annak az elméleti taglalása, hogy milyen anyagok bomlástermékei változtatják meg a nyálkahártya érzékenységét és az oltásnál milyen antigen játszik szerepet. Eddigi ismereteink alapján valószínű, hogy az allergi-

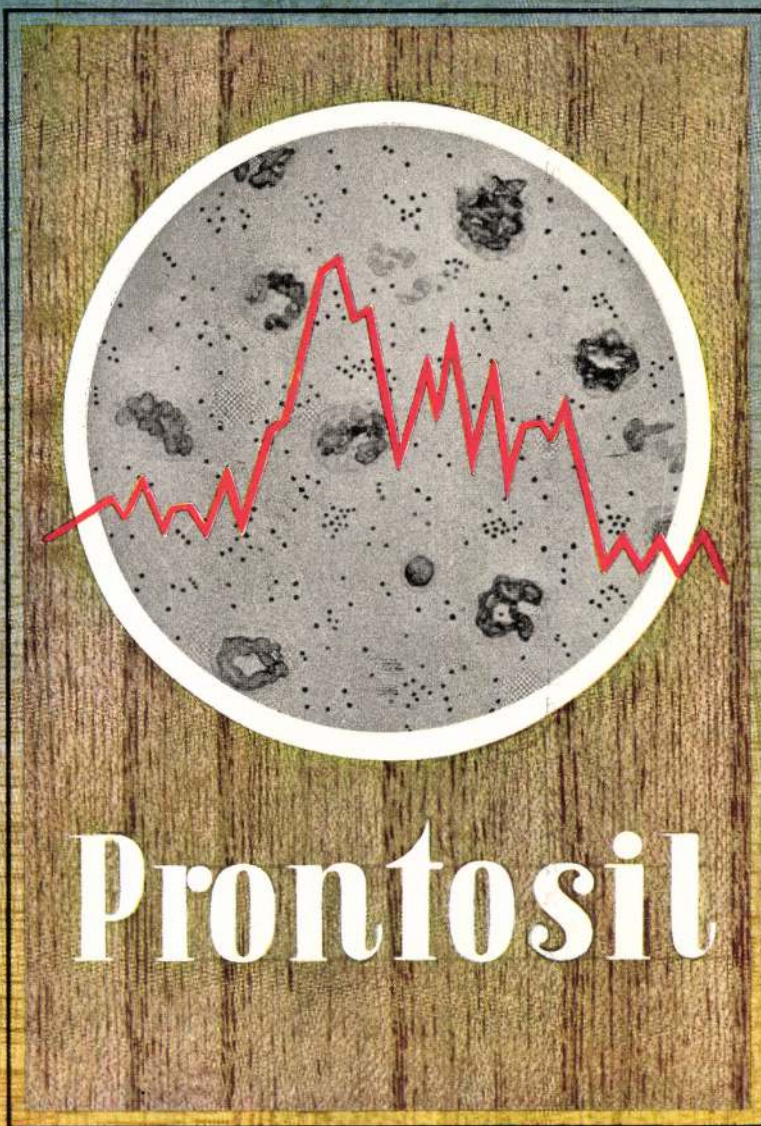
sálás fehérje- és lipoid anyagok bomlása folytán keletkezik és hogy az allergen histaminszerű anyag. Többszöri próbálkozásom, hogy a sikerrel oltott betegeken az antitestek jelenlétét Prausnitz—Küstner-átvitellel igazoljam, eddig nem vezetett eredményre. A gyomor acut nyálkahártyalobja —, mely az oltás után jelentkezik, — mindenesetre azt mutatja, hogy a gyomor-nyálkahártya az a shok-szerv, amelyben az antigen-antitest kötődésének reakciója lezajlik és amely a javulást okozó desensibilisatóra vezet.

A Budapest Székesfőváros Szent István-kórháza gyermekosztályának közleménye. (Főorvos: Faludi Géza.)

Hogyan kezeljük gyermekek csonttörését?

Írta: Bárdossy István dr.

A csonttörés kezelésének célja a csont anatómiai érintetlenségének helyreállítása és ezáltal a végtag kifogástalan működésének biztosítása gyermekeken ugyanaz, mint felnőtteken; az eszközök azonban, melyekkel ezt a célt elérhetjük, sok tekintetben eltérők. A végtag kicsinysége ebben épúgy számít, mint a gyermeki lélek sajátosságai és azért van az, hogy bizonyos eljárások, melyek felnőtteken kitűnően beválnak, gyermekeken csődöt mondanak. Ilyenek például a különböző extensiós eljárások, például a *Kirschner*-féle dróthúzás, mely heteken át tartó nyugodt fekvést igényel. Ezt a kezelést a felnőttek többsége igen kitűnően viseli el, viszont a gyermeket, aki folyton izeg-mozog, ide-oda csúszik, lehetetlen olyan nyugalomban tartani, amelyet a törési végék tartós összeilleszkedése megkíván. Ezért a gyermekek csonttöréseinek kezelésére lehetőleg olyan eljárást kell választani, mely az összeillesztett csontvégek elmozdulását teljesen lehetetlenné teszi. Ezt bizonyos kivételekkel, melyekre még rátérek, többnyire csak rögzítő kötással bírjuk létrehozni és ezért a gyermekkori csonttörések kezelése röviden így jellemezhető: összeillesztés után kötésben való rögzítés. A felső végtagokon lehetőleg sínnel, az alsó végtagokon többnyire körkörös gipszkötéssel igyekezünk a törési végeket rögzíteni. Az összeillesztés tekintetében legfontosabb a tengely helyes beállítása és a rövidülés teljes megszüntetése. Oldaleltérések kevésbé jelentősek, mert fiatal egyénekben a csontosodás gyorsaságát még nagyobb, esetleg a csont félvastagságára kiterjedő oldaleltérések sem késleltetik, a működőképesség szempontjából pedig — ha tengelymegtörés vagy rövidülés nincs — ezek az oldaleltérések semmiféle zavart nem okoznak, egy-két év alatt rendszerint még a röntgenképen látható csontdeformitás is eltűnik, a kiálló szögletek elsimulnak és a csont rendes alakúvá válik. A törési végék pontos összeillesztése a nyugtalan és az orvostól ösztönszerűleg irtózó gyermekeken csak narkosisban sikerül, csak így tudjuk az izomellenállást tökéletesen kiiktatni és a gipszkötés azonnali alkalmazásával a deformatio visszatérését biztosan megakadályozni. A törés helye és formája szerint természetesen a repositio és a reponált törvégek rögzítése különböző nehézségekbe ütközik, de a fenti elvek megtartásával a legtöbb törést jól el tudjuk látni. Elvbéli eltérés tulajdonképpen csak két törés esetén van, ezek a *kulcs-csonttörés* és a *csecsemők*, vagy *egészen kicsiny gyermekek combcsonttörései*. Ez utóbbiak kezelésére legalkalmasabb a *Schede*-féle felfüggesztés az ágy felett álló keretre és húzás függőleges irányban egyenesen fölfelé. Ez igen jó eredményeket ad. Nagyobb gyermekek azonban ezt a felfüggesztést nem tűrik, úgy hogy másfél-két éves kortól kezdve



**Streptococcus
fertőzések
különböző
alakjainál,
hugyutak coli
és vegyes
fertőzéseinél,
továbbá
staphylococcus
fertőzések
eredményes
kezeléséhez is**

Prontosil

GRAND PRIX

PÁRISI NEMZETKÖZI
KIÁLLITÁS 1937

*hatása és tűrhetősége felülmulhatatlan.
Prontosil therápiásan és prophylaktikusan,
orálisan és intramuszkulárisan adagolható*

Eredeti csomagolások:

PRONTOSIL RUBRUM:

10 TABLETTA á 0,3 g
20 TABLETTA á 0,3 g
250 TABLETTA á 0,3 g

PRONTOSIL SOLUBILE:

5 AMP. á 5 kem. 2,5% -OS OLDAT.
25 AMP. á 5 kem. 2,5% -OS OLDAT.



»Bayer«

LEVERKUSEN A. RH.

MAGYARORSZÁGI VEZÉRKÉPVISELET:
MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU R.T.
BUDAPEST, V., ARANY JÁNOS-U. 10.

EGÉSZEN UJSZERŰ ELJÁRÁS GASTROINTESTINALIS
INTOXIKÁCIÓS ÉS ALLERGIÁS ÁLLAPOTOK KEZELÉSÉBEN A

TORANTIL

A TORANTIL KIFEJEZETTEN HISTAMIN MÉREGTELENÍTŐ ÉS ANTI-
ALLERGIÁS HATÁSÚ TESTAZONOS ANYAGOKAT TARTALMAZ

Javallt:

COLITIS
COLITIS ULCEROSA
ULCUS VENTRICULI
ULCUS DUODENI
GYOMOR- ÉS BÉLZAVAROK
ALLERGIÁS EKCÉMA
URTICARIA
AKNE
SZÉNALÁZ
ASTHMA BRONCHIALE
ESETÉBEN ÉS MINT ADJUVANS
MÁJCIRRHOZISOKNÁL

EREDETI
CSOMAGOLÁSOK :

20 DRAZSÉ

150 DRAZSÉ

5 SZÁRAZ AMPULLA

25 SZÁRAZ AMPULLA



»Bayer«

LEVERKUSEN A. RH.

MAGYARORSZÁGI VEZÉRKÉPVISELET:
MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU R. T.
BUDAPEST, V., ARANY JÁNOS-U, 10.

már inkább a később leírandó módon kezelem a combcsonttörést.

Kulccsonttörés alkalmával 1—1 gummidraincsőből készített, gaze-zel bevont gyűrűt húzok a két karon át a hónaljrárkokig s ezeket a két váll hátrahúzása közben hátul a scapulák felett összekötöm. Így a törési végek kedvező helyzetbe kerülnek, nyugalmuk is biztosítva van, úgy hogy a repositio 46 kulccsonttörés közül csak két alkalommal nem sikerült tökéletesen. Ezekben a törési végeket dróttal összevarrtam.

Rögzítő kötésre túlnyomólag gipszet használok, még akkor is, ha sínről van szó; kivétel az *újszülöttek felkartörése*, mely legjobban gyufaszálakkal rögzíthető. A gyufaszálakat fejük letörése által a kívánt méretre kell megrövidíteni s azután ragtapaszcsíkra oly módon felragasztani, hogy a felkar belső és külső oldalára a felkar szélességének megfelelő, egy-egy mintegy 6—7 gyufaszálból álló sín jusson. Először a ragtapaszcsíkot kell pontosan kimérni és kivágni; a ragtapaszcsík olyan széles legyen, mint a gyufaszál hossza és mintegy 2 cm-el hosszabb, mint a felkar kerülete. A gyufaszálak első csoportját szorosan egymás mellé a ragtapasz egyik végére ragasztjuk — ez lesz a belső sín, — majd annyi helyet hagyva szabadon, amennyi a felkar hátulsó felszínének megfelel s a külső sín helyének megfelelően újra 6—7 gyufaszálakat ragasztunk fel. Ha a ragtapaszt oly módon előkészítettük, beborítjuk vele a vékony vattaréteggel fedett felkart, úgy, hogy előbb a belső, majd a külső sín kerüljön helyére; a felkar medialis, ill. lateralis oldalára s a belső sín fölé ragasztjuk a ragtapasz szabad végét. Vigyáznunk kell, hogy a sín ne legyen túlságosan hosszú, mert ilyenkor a gyufaszálak vége nyomja a hónalj és könyökhajlat igen finom bőrét; s arra is, hogy a kötés ne legyen túlságosan szoros. Eddig 7 ilyen esetem volt és mind kitűnően gyógyult.

Alkartörések esetében akár a radius, akár az ulna, akár mindkét csont töréséről van szó, síneket alkalmazunk. A gipsz — súlya dacára — előnyösebb, mint a fa- és papírsín. Azt tapasztaltam ugyanis, hogy pajkosabb gyermekek az ilyen síneket alkarjukról játékosan véredekés közben gyakran lehúzzák s akárhányszor kezükről lecsúszó sínekkel kerülnek vissza. 184 alkartörést kezeltem; a konservatív kezelés az esetek túlnyomó részében kitűnően bevált, 10 esetben azonban véres repositiót végeztem, amikor az ismételt próbálkozások dacára a törési végeket nem tudtam kedvező helyzetbe hozni, ami mindig olyankor esett meg, midőn úgy a radius, mint az ulna eltört volt.

Felkartörések alkalmával akár a diaphysisen, akár a váll vagy a könyök szomszédságában székel a törés, narkosisban történő repositio után mindig gipszint alkalmazok. A diaphysisen és a vállizület szomszédságában keletkezett törések alkalmával a sint mindig hátul helyezem el és pedig úgy, hogy felső vége az ép váll, illetve scapula tájékára jusson. Innen viszem a beteg vállra, majd a felkar háti oldalán át a könyökre és az alkarra; végül a beteg végtagot háromszögű kendőbe helyezem. 79 ilyen eset közül mindössze hármat kellett megoperálnom, amikor a collum chirurgicum törése esetén a rövidülés oly nagy volt, hogy a vértelen repositiót kilátástalannak véltem. 2 esetet szögeztem, az utolsóban véres repositio.

Supracondylar törések alkalmával narkosisban történő pontos repositio után körülbelül 60°-ú szögben behajlítom a könyököt s ezen helyzetben a felkar és alkar egész hosszára terjedő háti gipszsínnel rögzítem. Ilyen módon minden friss esetet kifogástalanul sikerült megoldani és csak két elhanyagolt esetben kényszerültem véres repositiót végezni. 48 esetem volt (a két mű-

téti esettel együtt), mind kiváló eredménnyel, teljes functióval gyógyult.

2 esetben a *felkarcsont lateralis condylusa* le volt törve és tengelye körül 180°-ra megfordulva. Mindkét esetet műtétrel oldotam meg, oly módon, hogy a levált condylust helyes helyzetébe hozva, eredeti helyére periostvarrattal rögzítettem; mindketőben sima gyógyulás, teljes functio.

Alszártörések esetén általában a körkörös járógipsznek adok előnyt, melyet oly módon alkalmazok, hogy először megfelelő nagyságú fehér pamutharisnyát húzok az alszárra és efölé kerül a körkörös gipsz. Ha az alszár duzzad, akkor ezen duzzanat megszűnéséig háti gipszint alkalmazok. 134 eset közül csak egyet kellett véresen reponálnom.

Bokatörések esetén, ha a bokátáj nagyon duzzadt, nem célszerű a járókötés alkalmazása, mert a haematoma felszívódásával a gipsz meglazul és így a törési végek könnyen elmozdulhatnak alatta. Ilyenkor U-alakú gipszint alkalmazok, a lábat varus állásban rögzítve; a duzzanat elmúlása után, ha még szükséges, járógipsz. 32 eset, mind simán gyógyult.

Legnehezebb a *combcsonttörések* ellátása, különösen ha haránttörésről van szó. Ilyenkor a pontos repositio nagy nehézségekbe ütközik és az izomcontracturát rendszerint narkosisban sem tudjuk annyira legyőzni, hogy a rövidülés kiegyenlítődjék és a törési végek összeilleszthetők legyenek. Friss, spirális és ferde törések, ha a törvégek között interpositum nincs, narkosisban rendszerint jól reponálhatók, még ha a rövidülés nagyobb is és gipszkötéssel reponált helyzetben megbízhatóan fixálhatók. Ilyenfajta törések alkalmával vértelen repositióval is többnyire legalább annyit sikerül elérni, hogy a törési végek, ha nem is illeszkednek pontosan össze egymással, de legalább is szélesen érintkeznek. Azon ferde és spirális combcsonttörések, melyekben a repositio kellőképpen nem sikerül, műtétre szorulnak, a *haránttörések pedig nézetem szerint mindig operálandók*, mert ilyenkor a repositio sohasem sikerül és ezért kár a beteget céltalan repositio-kísérletekkel ismételt narkosisnak és a húzással járó traumának kitenni.

Hogy a törés formáját megállapíthassuk, minden combcsonttörést először meg kell röntgeneztetni. Ha a röntgen friss combcsonttörések esetén ferde vagy spirális törést mutat, narkosisban húzás közben vértelenül reponálok és a térd- és csípőizületet félig behajlítva, az alsó végtagra bokáig terjedő s a medencét is befogadó, körkörös gipszet teszek fel. Ha a rövidülés nem szüntethető meg és controll-röntgen alkalmával 1½ cm-nél nagyobb rövidülés mutatkozik, véres repositiót végzek. Ha a röntgen haránttörést mutat, várok 2—3 napot (ez alatt a végtag drótsinben fekszik), míg az izomcontractura kellőképpen kifejlődik. Erre szükség van, mert az izomcontractura az, ami az antagonista izomcsoportok révén az összeillesztett törési végeket műtét után együtt fogja tartani. A műtét technikáját az Orvosi Hetilap 1936. június 6-iki számában ismertettem. 114 combcsonttörés közül 6-ot dróttvarrattal, 36-ot véres repositióval, a többit az előbb jelzett semiflexiós helyzetben, körkörös gipszkötéssel kezeltem. Az előadottakból kitűnik, hogy a csonttörés kezelésében általában véve a konservatív eljárások híve vagyok, de a combcsonttörések jelzett formáiban a véres repositio eredményei annyira felülmúlják azokat az eredményeket, melyeket konservatív kezeléssel elérhetnénk, hogy ezekben az esetekben a véres repositiónak feltétlenül előnyt adok mindenféle más kezelés felett.

Kivételesen más csontok törései esetén is szóbajön a véres repositio; elsősorban régi, rosszul gyógyult törések és olyan friss törések alkalmával, ahol az ismételt kísérletek dacára sem lehetett a törési végeket kellő módon összeilleszteni (interpositum).

A véres repositiónak előnyt adok a csontvarrat felett, mert a csontba ilyenkor nem kerül idegentest és ezáltal számos kellemetlen szövödmény, pl. drót-okozta bőrséb, genyedés, fistula, fájdalom, stb. elkerülhető. A véres repositio nem nagyobb beavatkozás, mint az esetleges szög- vagy drótnyújtás, különösen áll ez friss esetekre, melyek két-három nappal a törés után kerülnek műtetre, mert ilyenkor különös nehézségekkel (callus, consolidatio) nem találkozunk és így a véres repositiót legfeljebb 10—15 perc alatt el tudjuk végezni. Viszont ha a törés az extenziós eljárással való kezelés után nem gyógyul jól és utólag akár csak 3—4 héttel a törés után kell műtétet végezni, az jóval nehezebb a callustömeg vérékenysége és a közben kifejlődött izomcontractúra erőssége miatt, melynek leküzdése esetleges izomszakadással is járhat.

A húzás felett nagy előnye a véres repositiónak, hogy a törési végek összenyomásával nem nagytömegű kötőszövetes callus, hanem teherbírára és ellenállásra alkalmasabb, csontot képző, porcos callus keletkezik.

A véres repositio eredményei teljesekek, mert consolidatio után corrigálásra nem szorulnak. Ha a műtét

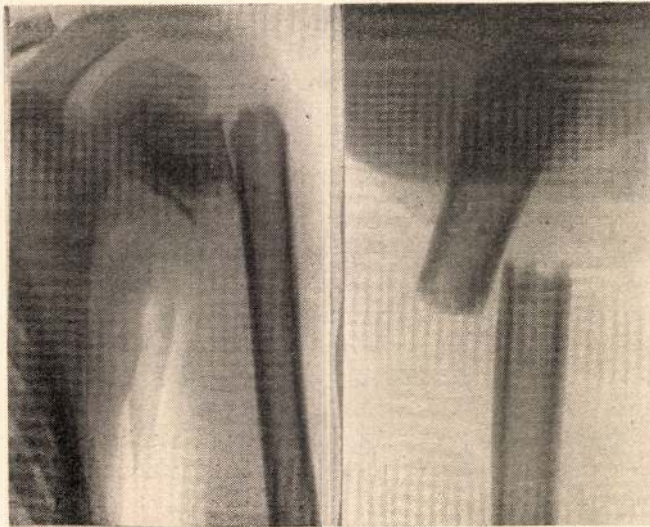
után szöglettörés jön létre, ez gipsz alatt igen könnyen javítható, a controll-röntgen után a gipsz levétele nélkül. A gyógyulás tartama is lényegesen megrövidül, mert a gipsz combcsonttörések esetében is 4 hét múlva eltávolítható és egy heti mozgás és massage után az alsó végtag működése helyreáll, a törés tehát 6 hét alatt meggyógyul. Ilyen kezeléssel a gyermekek 7 héttel a törés elszenvedése után a legtöbb esetben minden bicegés nélkül vigan szaladgálnak.

Említett cikkemben 17 véres repositióról számoltam be, azóta további 35 véres repositiót végeztem, úgy hogy eddig összesen 52 csonttörést kezeltem véres repositióval. Ezek közül 50 primára meggyógyult. Egyszer (13 éves tbc.-s családból származó leány) genyedés és sequesterképződés lépett fel, ennek dacára a törés kis rövidüléssel teljesen consolidálódott s a műtét után több hónapig fennálló fistulája is meggyógyult. 6 éves fiú a combcsonttörés miatt végzett műtét utáni nyolcadik napon láztalan lefolyás után scarlatot kapott, mely miatt a Szt. László-kórházba helyeztük át. Ott — mint értesültünk — sebe szétvált, de később begyógyult sebbel és consolidált töréssel, valamelyes rövidüléssel hagyta el a kórházat.

1936. májusáig a Szent István-kórház gyermekosztályán összesen 298 csonttörést kezeltem, ebből 25-öt operáltam meg. Eleinte 2 humerust szögeztem és 6 combcsontot dróttal varrtam. A többi esetben csak véres repositiót végeztem, varróanyag nélkül. Azóta 383 csonttörést kezeltem, ebből 37-et operáltam meg, 2 claviculát varrtam, 35 esetben pedig varrat nélküli véres repositiót végeztem. Összesen tehát 681 törés közül 62 esetben operáltam, 10 esetben varróanyaggal (drót, szög), 52 esetben pedig varróanyag nélküli véres repositio történt. A véres repositiók nagyrészt a combcsonttörések adják, mert 114 combcsonttörés közül 6 esetben drótvarrat, 36-ban pedig véres repositio történt.

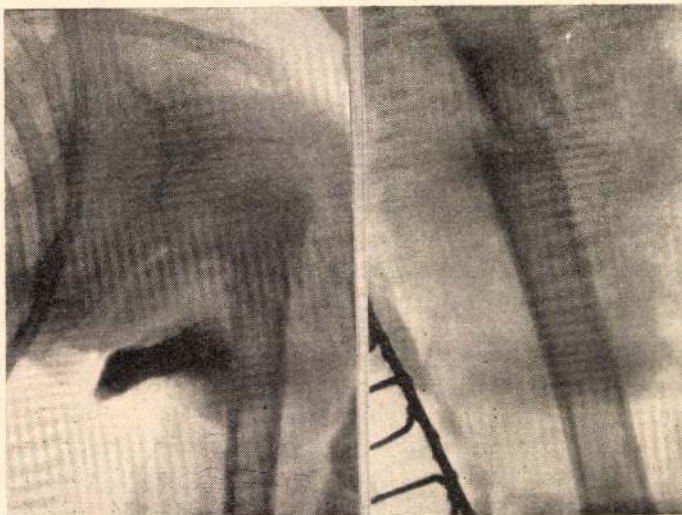
Hogy a véres repositio tulajdonképpen milyen kicsiny beavatkozás, annak bizonyítéka a következő eset, amelyben ugyanazon narkosis folyamán végeztem el a jobb combcsont és a bal felkarcsont véres repositióját:

B. I. 5 éves fiút 1938. VII. 10-én szállították jobb comb- és bal felkarcsonttöréssel a Szent István-kórház gyermekosztályára. Röntgen: a bal felkarcsont a collum chirurgicumnak megfelelően harántul törve. A distalis törvég ad lateralis kifelé eltolódott és körülbelül 2 cm-re felcsúszott (1. ábra). A jobb combcsont a proximalis és középső egyharmad határán harántul törve. A distalis törvég hátrafelé, kb. 1½ cm-re felcsúszott. Ezenkívül dislocatio ad axim, ki- és előrenéző szögletcsúccsal (2. ábra). Narkosisban műtét 1938. VII. 13-án: a bal felkaron a deltoideus rostjai között behatolva, a törési végeket egymáshoz illesztjük, izom- és bőrvarrat, háti gipszsin. A narkosis fenntartásával bemetszés a jobb combon a külső oldalon, a felső harmadban. Bőr és fascia metszés után az izomrostokat tompán széttolva, a törvégekre jutunk, melyet Luer-rel formálás után egymásba illesztünk. Izom-, fascia- és bőrvarrat. Medencegipsz semiflexiós helyzetben. Controll-röntgen: a bal felkarcsont törésének repositiója jó (3. ábra). A jobb combcsonton a distalis törési vég a corticalis vastagságával ad lateralis hátra- és median-felé dislocált, azonkívül egész kis dislocatio ad axim befelé néző szögletcsúccsal (4. ábra). Műtét után két napig subfebrilis, ezután láztalan. VII. 21-én varrateltávolítás (a gipszen vágott abiakon át), mindkét seb primára gyógyult. A harmadik hét elteltével a bal karról a gipszsin levesszük, törése consolidált. Mozgás, massage. A negyedik hét végén a bal felkar funkciója teljes. A negyedik hét elteltével a medencegipszet is eltávolítjuk. A jobb combcsont törése is consolidált. Egy heti ágyban való mozgás és massage után a gyermek lábára áll és a műtét a 7-ik hét elején gyógyult, teljes funkcióval távozott.



1. ábra.

2. ábra.



3. ábra.

4. ábra.

A Tisza István Tudományegyetem szemklinikájának közleménye. (Igazgató: Kreiker Aladár ny. r. tanár.)

A B₁-vitamin alkalmazása a szem hypovitaminosisainak gyógykezelésében.

Irta: Czukrász Ida dr.

Az utóbbi évek alatt rohamosan fejlődő vitamin kutatás mind több és több enyhe és latens hypovitaminosisra derített fényt. Különösen meglepő az a sok különböző kórkép, amelynek kifejlődésében a B₁-vitamin hiányának van szerepe. A beri-berivel, a B₁-avitaminosis klasszikus képével Európában és így hazánkban is, csak elvétve találkozunk, de vannak megbetegedések, amelyeknél az elváltozást kétségtelenül a vitamin hiány tartja fenn és pedig sokkal nagyobb számban, mint gondolnánk.

A szemészeket főleg a B₁-vitaminnak, más néven antineurotikus vitaminnak, vagy aneurinnak szerepe érdekli, amely a B-vitamincomplexumnak egyik legfontosabb alkotórésze. Az egy pyridin és egy thiasolgyűrűt tartalmazó vegyület hiánya, vagy elégtelensége leginkább azon szemészeti megbetegedéseknél jelentkezik, amelyekben az idegrostoknak gyuladással, illetve trophikus zavarai észlelhetők. Sajnos nem rendelkezünk megfelelő gyors és egyszerű módszerrel a szervezet B₁-vitamin mennyiségének kimutatására, így meg kell elégednünk azokkal a tapasztalatokkal, amelyeket a vitamin adagolás után, retrograd következtetéssel nyerünk.

Schröder, Hermann, Pflimlin és mások nagyon jó eredményekről számolnak be a neuritis retrobulbaris kezelésében B₁-vitaminnal. A peripheriás idegrendszer betegségeinek terápiájában ma már szinte nélkülözhetetlen gyógyszer.

Régóta ismeretes, hogy a herpetikus elváltozások a herpes virus által okozott peripheriás neuritisek következményei. Ennek legkifejezettebb alakja a herpes zoster, amelynek gyógykezelésében Hilling, Heimann és még számos szerző meglepő eredményeket látott.

A keratitis dendritica, illetve a herpes corneaeval kapcsolatban is folynak kísérletek. Fazekas 1936-ban a Magyar Szemorvos Társaság nagygyűlésén számolt be néhány keratitis dendritica esetről, amely aneurin adagolásra gyógyult. Ugyancsak teljes megelégedésre utal Nitzulescu és Tirandaf cikke, akiknek sikerült Betaxinnal a fájdalmakat megszüntetni és a makacs fekélyt hámosodásra bírni.

Tekintve, hogy a herpes corneae gyógyítása mindig problematikus feladat, mi is megkíséreltük a szokásos injectiók B-vitamin kezelést. A szükséges kísérleti anyagot a Magyar Pharma Gyógyárú R. T. útján a „Bayer” I. G. Farbenindustrie A. G. Leverkuseni a. Rh. bocsátotta rendelkezésünkre „Betaxin” készítményével. Kielégítően jó eredményeket azonban csak akkor kaptunk, ha a gyógyszert egyidejűleg kenőcsben is alkalmaztuk.

Ezen először általunk ajánlott kezelési módhoz az az elgondolás vezetett, hogy az avitaminosis miatt leginkább szenvedő szöveteket közvetlenül láthassuk el B₁-vitaminnal. Annál is inkább kézenfekvő volt a gondolat, mert a kristályos B₁-vitamin vízben jól oldódik és így feltehető, hogy szövetnedvekben is. Most már csak azt a közeget kellett megtalálnunk, amellyel a megfelelő, optimalis koncentrációban a leghosszabb ideig nyújthatjuk a szövetek rendelkezésére. A szemészetben a kenőcsök általában jól beváltak; a kötőhártyaszakban egyenletesen oszlanak el és hosszú idő szükséges ahhoz, hogy a könnyáram onnan kimossa. Ezért a kenőcs alap-

anyag és pedig az Eucerin látszott gyógykezelésünkhöz a legalkalmasabbnak. Két féle töménységben készítettük a Betaxin-kenőcsöt és pedig az eredeti 0,001 g + 0,002 g, ill. 0,010 g-os ampullából egyet-egyet a 10 g Eucerin-anhydricumra (= 0,03%—0,10% Betaxin kenőcs).

Rendszerint 2x naponta alkalmazzuk a kötőhártyaszakban egy-egy órára fedőkötés alatt. Herpes zosternél naponta 2x—3x kenjük be a herpetikus területeket.

A következőkben azokat az eseteket óhajtanám ismertetni, amelyekben a B₁-vitaminnal kísérleteztünk.

1. eset.

Gy. I. 41 éves férfi 1938. július 21-én kereste fel a klinikát a jobb szem szuró fájdalmai miatt. Jobb szem fénykerülő, szárun a centrumban lencsényi területen typosus keratitis dendritica.

Másodnaponként 3, egyenként 0,002 g Betaxin subcutan. Otthonra naponta 2x egy-egy órára 0,03%-os kenőcs a szembe.

A harmadik injectio után szép javulás. A hámfosztott részek hámosodnak. Négy nap múlva újabb hólyagos eruptiók. Ekkor harmadnaponként négy, egyenként 0,010 g Betaxin subcutan. Továbbá kenőcsös kötés. A 12. napra teljes gyógyulás. Recidiva nincs.

2. eset.

D. J. 26 éves férfi bal szaruján 5 óra irányában a limbus szomszédságában kereszt alakú herpes. Szaru érzékenysége csökkent.

Therapia: 3x 1 g. Na salicylicum naponta és 2x 0,03%-os betaxin-kenőcs. A 6. napra a herpes behámosodott. További egy hétig otthonra a fenti kenőcs. Recidiva nincs.

3. eset.

Cs. M. 64 éves férfinak négy hét óta fáj a jobb szem. Jobb szaru egész felszínét csillag alakban, faagszerűen elrendező fekély borítja. Szaru érzékenysége csökkent.

Tizennyolc 0,002 g-os B₁-vitamin injectiót kapott subcutan és betaxin-kenőcsöt az ismertetett módon. A B₁-vitamin injectiókat eleinte másodnaponként, később naponta adtuk. A fekély a 15. napon kezdett gyógyulni, néhány ága behámosodott. Teljes gyógyulás, ill. hámosodás 6 hét múlva következett be, anélkül, hogy a szaru érzékenysége visszatért volna.

4. eset.

S. A. 57 éves férfinak hat hét óta fáj a bal szeme. Megelőzőleg influenzája, azzal egyidejűleg bal oldali neuralgiája is volt. Bal szem fénykerülő, könnyező. Kötőhártya kivörösödött, szaru körül ciliaris injectio. Szaru centrumában 12, 9 és 5h irányában elágazódó herpes, amely 5—12 óráig eresződik.

Pyrifert, betaxint, salicylatokat, betaxin-kenőcsöt, jódos edzést kapott gyógykezelésül, de a helyzet nem javult, ekkor az egész szarut kötőhártyával fedtük.

A folyamat több mint hat hetes volt. Ugy látszik az idegrostokat a hosszú gyuladással folytatott annyira laedalta, hogy restitutio nem volt lehetséges.

5. eset.

Sz. Z. 42 éves nő beteg mindkét szeme gyermek korában fáj. Négy hét óta a bal szeme könnyező, szuródik. Jobb szarun kiterjedt felszínes maculák. Bal szaru centrumában faagszerűen leágazódó herpes, amely másodlagosan fertőződött. Szaru érzékenysége lecsökkent.

Pyriferre, borogatásra, salicylre nem javult. Ekkor másodnaponként 10 mgr betaxint adtunk injectióban 4 alkalommal és a szokásos módon kenőcsös kötést. Az első injectio után nyolcad napra a hámosodás megindult. Teljes gyógyulás után még két hétig 0,10%-os betaxin-kenőcsöt használt otthon.

6. eset.

O. M. 56 éves férfi bal szeme hat hét óta fáj. Minden kezeléssel dacol. Bal kötőhártya belővelt, szaru centrumában elágazódó fekély, amelynek felső része sárgásan beszűrődött. Szaru érzékenysége lecsökkent. Salicylre az állapot nem változott, pyrifert injectiókra a fekély feltisztult ugyan, de nem hámosodott. Ekkor 2x 0,010 g betaxint kapott subcutan és 0,10%-os kenőcsöt 2x naponta. Négy nap múlva a hámosodás megindult. Teljes gyógyulás óta recidiva nincs.

7. eset.

Cs. I. 56 éves férfi, három héttel a felvétel előtt influenzás volt. Azóta mindkét szeme véres, látása nagyon leromlott. A szaruk érzékenysége csökkent. Mindkét szarun a

külső-felső quadransnak megfelelően, az optikai zonára is ráterjedően egy-egy lencsényi zeg-zugos szélű hámfosztott herpes, amelynek széli része gyenges alapú. 1938. V. 29-én jött a klinikára. Naponta 3 g Na salicylicumot és 0.03%-os betaxin-kenőcsös kötéseket kapott. A beteget harmadnaponként kirázta a hideg. Egyik lázroham alkalmával sikerült malária plasmodiumokat kimutatni a vérben. A szokásos chinin adagolásra a láz megszűnt, további kenőcsös kötésre a szaruk behámosodtak. Egy hónap múlva recidivált mindkét szarun a centrumban elhelyezkedő buzaszemnyi fekély alakjában. Tizenkét nap alatt kizárólag 1%-os betaxin-kenőcsre behámosodott.

8. eset.

N. J. 68 éves férfi betegnél a jobb homlok tájon a szemhéjakra is ráterjedő herpes zoster. A felsőszemhéji kötőhártya is tele van herpes hólyagocskákkal. A szokásos bőrgyógyászati kezelésre a bőr-elváltozás gyógyult, ellenben a kötőhártya változatlan, a bőr fájdalmai pedig megmaradtak. Másodnaponként 8, egyenként 0.002 g, B₁-vitamint kapott intramusculárisan, a szembe pedig 0.03%-os kenőcsöt. Tizenkét nap alatt a szem teljesen rendbe jött, a fájdalmak megszűntek.

9. eset.

Sz. S. 34 éves férfi a bal homlok táj herpes zosterével kereste fel a klinikát. A szemhéjak szélén apró herpes hólyagok, a szemhéjakon kiterjedt vizenyő és nagy fájdalom. A három nap óta fennálló folyamat az első 0.003 g-nyi betaxin befecskendezésére és a szemhéjak, valamint a gangrenosus bőrherpesre alkalmazott 1%-os kenőcsre már másnap csökkent. A vizenyő megszűnt, a fájdalmak alább hagytak. Kilencc nap múlva a szemhéji elváltozás meggyógyult, a homlok sebei, kivéve néhány mélyebb elhalást, behámosodtak. Jelen esetben naponta adtuk a 0.010 g-os injectiókat és kétszer a kenőcsöt.

10. eset.

N. F. 75 éves nő kb. négy hónap óta állt a jobb szaru fekélye miatt másutt kezelés alatt. Tej injectiókat és a szokásos helyi kezelést kapta. 1938. I. 18-án kereste fel a klinikát fájdalmai és rossz látása miatt. Jobb szem kivörösödött, fénykerülő. Szarun kétharmadára kiterjedő feltisztult alapú fekély, amely hámosodásra semmi hajlandóságot sem mutat. Typhus vaccinát, calciumot belsőleg és gyűjtőérbe, devitolt, C-vitamin készítményeket és a szokásos helyi kezelést kapta. Kb. két heti kezelés alatt állapota nem változott. Ekkor, mivel több injectióra a beteg nem szánta el magát, 0.03%-os betaxin-kenőcsöt rendeltünk 2x naponta egy-egy órai bekötéssel.

Az eredmény meglepő: huszonnégy óra múlva a szem teljesen békés, halvány. A szaru fekély a széli részeken hámosodni kezdett, nyolc nap alatt a kenőcsös kezelést folytatva behámosodott.

A leirt eseteken kívül egyéb szaru fekélyeknél, sőt exulcerált trachomás pannusoknál is használtuk a 0.03—0.010%-os kenőcsöt jó eredménnyel.

Betegeink rendszerint idősebb egyének voltak, gyenge általános tápláltsággal. Meg kell jegyezni, hogy Debrecen vidékének lakossága meglehetősen egyoldaluan táplálkozik, amennyiben fehér szalonnán és nagyon kiőrölt fehér lisztből készült kenyéren kívül alig fogyaszt naponta egy-egy hagymát, vagy zöld paprikát. Tápláléka semmi esetre sem felel meg vitamin szempontjából a követelményeknek. Valószínű, hogy a gyomor-bélcsatorna részéről is vannak elváltozások ezeknél a betegeknél és a vitamin feldolgozás sem kielégítő, legálább is nem annyira, hogy a napi 1—2 mgr optimumot elérje. A szervezet latens hypovitaminosisban szenved és ha valami behatásra a szaru kifekélyesedik, ez az állapot csak rontja a helyzetet.

Lehetséges, hogy a keratitis dendriticánál nem csak az érző idegek, de a szarú hámja is megbetegszik, ugyanúgy, mint általános B₁-avitaminosisban a bél hámsejtjei is kóros elváltozásokat mutatnak, ill. a B₁-vitamin felszívódása és kiválasztódása a gyomorsav szekretionzavara miatt károsodást szenved. Sajnos ilyen irányú szövettani vizsgálataink nincsenek, annyi azonban tény, hogy a szaruról vett hámkaparekban sok az elfajult epithelsejt.

A hatásmechanizmus, hogy a B₁-vitamin miként befolyásolja a különböző elváltozásokat, még nem tisztázott, de lehetséges, hogy a szénhidrat anyagforgalom emelésével fejti ki jótékony hatását a betaxin, biamin Richter, vitaplex Chinoin, vagy más B₁-vitamin készítmény. Itt kívánok utalni a 10. esetre, ahol az első kenőcsös kezelés után feltűnő módon egyszerre halvány, gyulladásmentes lett a szem. Ugyanaz a jelenség, mint mikor maró sérülések után dextrose oldat hatására rendeződik a kötőhártya állapota.

A fent közölt 10 esetben kétségtelenül B₁-hypovitaminosis állunk szemben, sőt valószínű, hogy a chronicus szarúfolyamatokban is vitamin anyagcserezavar volt jelen.

A betaxinnal és a már említett egyéb hazai B₁-vitamin készítményekkel szerzett tapasztalatainkat a következőkben foglalhatjuk össze:

1. Keratitis dentrica és herpes zoster esetében feltétlenül alkalmazandó injectio és kenőcs alakjában. A parenteralis adagolás nem ad kielégítő eredményeket, viszont néha a kenőcs magában is kifejteti a szükséges hatást. Ezekben a betegségekben „oki therapiát” folytatunk a fokozott vitamin-bevitellel.

2. Más kifekélyesedő folyamatokban a kenőcs, mint adjuvans therapia nagyon jól bevált.

3. Azon esetekben, ahol a betegség régóta tart, el lehetünk készülve elhúzódó gyógyulásra, sőt arra is, hogy a kórkép nem változik, valószínűleg azért, mert az idegrostok nem képesek restitúálódni.

Nem kívánom a kenőcsös kezelést az injectiós fölé helyezni, de bizonyos szempontból jobb éspedig olyankor, amikor a beteg irtózik a szúrás fájdalmától; főleg akkor, ha egyébként is szívesen kötnének a szemet valamilyen neutralis olajos, vagy kenőcsös kötéssel. Nem mellőzendő az a körülmény sem, hogy a beteg magát kezelheti.

Úgy látszik, hogy a B₁-vitaminra, betaxin, vagy egyéb alakjában még nagy jövő vár a szemészeti gyógykezelések terén.

Orvosi műhibaperek.

Hozzászólások dr. Tóth László kir. tszéki bíró előadásához. (O. H. 14. sz.)

Ruhmann Emil dr. kir. kúriai bíró a következőket fejtette ki:

Az orvosi műhiba nemcsak magánjogi, hanem büntetőjogi szempontból is vizsgálendő.

Annak a törekvésnek megfelelően, hogy az orvosi műhibáról általános érvényű, szabatos meghatározás adassék, a büntetőjogi irodalomban is sürgetik az orvosi műhibának sui generis büntetendő cselekmény gyanánt való szabályozását, jelesül az orvosi műhiba fogalmi határainak kijelölését és azok tényálladékának pontos meghatározását. A hozzászóló szerint azonban ilyen meghatározás fölösleges, de az esetek sokfélesége folytán nem is lehetséges. A büntető törvény alkalmazása szempontjából is hasznosítható meghatározás az, amelyet a polgári bírásokban követett gyakorlat állapított meg és amelyet az előadó kimerítően idézett. Jogi szempontból sem lehet más eredményre jutni, mint orvosi szempontból: az orvos tevékenysége műhibát csak akkor valósít meg, ha ez a tevékenység az orvostudomány részéről elfogadott módszertől eltér, tehát ha a tudomány mindenkori állásával szembehelyezkedik.

Az orvos büntetőjogi felelősségének általános elve az orvosi tevékenységnek büntetőjogi szempontból való

mentessége. Ez alól a gondolat alól két kivétel van: pozitív irányban a szándékos jogellenesség, negatív irányban a tudományellenes gondatlanság (műhiba).

A Btk. az orvosi műhibát illetőleg valamely speciális tényálladékat nem állapít meg; az orvosi műhiba büntetőjogi szempontból vagy a Btk. 290. §-ában meghatározott emberölés vétsége gyanánt, vagy a 310. §-ba ütköző, gondatlanság által okozott súlyos testi sértés vétségeként jelentkezhetik. Ezek a szakaszok természetesen általánosító jellegűek. Az orvos gondatlansága minden esetben hivatásában elkövetett gondatlanság (ú. n. hivatási gondatlanság). A hozzászóló ezután a bírói gyakorlatban felmerült olyan eseteket ismertetett, amelyekben a bíróság az orvost az általa elkövetett műhiba okából bűnösnek mondta ki és megbüntette.

Magánjogi szempontból vizsgálva az orvosi műhibát, utal arra, hogy ez a műhiba, mint jogellenes, tilos cselekmény alapja az orvos kártérítési kötelezettségének.

A bírónak azonban akkor, amikor orvosi műhiba fennforgása felett dönt, több körülményt kell mérlegelnie. Így mindenekelőtt figyelemmel kell lennie az 1936. évi I. tc. 36. §-ának arra a rendelkezésére, hogy az orvost gyógyító tevékenységében, a gyógy mód meghatározásában és a gyógyító eszközök alkalmazásában a törvény és az orvosi gyakorlatra vonatkozó szabályzat korlátai között teljes szabadság illeti. Ezt a szabadságot egyébként már az 1876:XIV. tc. 47. §-a is biztosította az orvos számára. Ebben a szabadságban azonban azokat az orvosokat, akik egyik-másik intézménnyel szolgálati viszonyban vannak, szolgálati szerződésük gyakran korlátozza. Figyelembe kell vennie a bírónak a sértett szervezeti adottságát is, mert a betegnek gyengült idegrendszere, öröklött terheltsége, a multban kiállott betegségei nagymértékben hozzájárulnak a kedvezőtlen eredmény bekövetkezéséhez. A rendellenes fejlemények tehát nem mindig a tüzetes vizsgálat elmulasztásának, a felületes kezelésnek, a szabálytalan műtétnek tulajdoníthatók, hanem azok a szervekben lapangó természeti okok behatása nyomán is bekövetkezhetnek. Válságos helyzetekben továbbá az orvos nem is vezetheti magát mindig tudományos megfontolásoktól, hanem legtöbbször saját egyéni nézete szerint kell cselekednie. Bizonyos körülmények között tehát éppen bátorságra van szüksége. Végül nem hagyhatja a bíró figyelmen kívül azt sem, hogy az orvos tulajdonképpen csak megindítja azt a folyamatot, amelytől gyógyulást remél; ennek a folyamatnak további alakulása igen sokszor az orvos akaratától és tehetségétől független, az eredmény a maga egészében a természeti erők uralma alatt áll.

Abból, hogy az orvos műhibát csak akkor követ el, ha indokolatlanul eltér a tudományosan elfogadott módszertől, következik, hogy kedvezőtlen eredmény esetén sem lehet műhibát megállapítani akkor, ha az orvos az általánosan elfogadott gyógy módot alkalmazta.

Nyomatékosan utalt arra, hogy a téves diagnosis magában véve semmiképp sem tekinthető orvosi műhibának, mert az ilyen diagnosis egyszerűen a tudás és a tudományos ismeretek végecs voltának a folyamánya. Műhiba legfeljebb akkor fogorog fenn, ha az orvos nem vette igénybe azokat a kísérleteket, amelyek adott esetekben az orvostudomány rendelkezésére állanak és amelyekkel az orvos diagnosisjának téves, vagy helytálló voltát kétségtelenül ellenőrizheti. — Szembeszállt azaz a felfogással, hogy ilyen kísérletek megejtésére az orvosnak a nyilvános és ú. n. tömegrendelések alkalmával nincs kellő ideje. Hangsúlyozta, hogy nem szabad gyökeret vernie annak a felfogásnak, hogy az ú. n. tömegrendelések felületesebb módon való teljesítése

elkerülhetetlen. Kifejtette, hogy a beteg gyógyulást keres akkor, amikor az orvoshoz fordul, a gyógyításnak pedig nem lehet célja a beteg panaszának pusztán alakoszerű elintézése, hanem a betegségnek a tudomány adta lehetőségek között való megszüntetése.

Orvosi műhiba a dolog természete szerint leginkább a sebészetben és a szülészetben fordul elő, de a belgyógyászatban is, a megengedettnél nagyobb mennyiségben történt gyógyszeradagolás folytán.

Megemlékezett végül arról is, hogy az orvosok ellen orvosi műhiba címén támasztott kártérítési keresetek feltűnő módon szaporodnak, utalt azonban az Igazságügyi Orvosi Tanácsnak legutóbb megjelent kimutatására, amely szerint az említett tanács 1937-ben 200 kártérítési perben adott véleményt, ebből 107 volt olyan per, amelyet orvosi műhiba címén indítottak, a Tanács pedig csak egyetlen esetben állapította meg orvosi műhiba fennforgását.

Az orvosi hivatás dióhéjba szorított foglalatát Taylor nyújtja, aki szerint az orvos „general standard”-ja: Az orvosnak rendelkeznie kell megfelelő tudással, ügyességgel és tapasztalattal, eljárásában megfelelő gondosságot és szorgalmat kell tanúsítania és kétes esetekben legjobb meggyőződése szerint kell eljárnia. De nem lehet megfélemedezni arról, hogy az orvos működésének az alapja végső fokon a „non scripta, sed nata lex”. Az orvos hivatásának nagy tragikuma, hogy erőfeszítései a legnemesebb cél felé való igyekezetében nem egyszer kárhozatba vesznek. Ezt a tragikumot át kell éreznie mindenkinek, aki pálcát tör az orvos műhibája felett, amely a betegnek és orvosának egyként szerencsétlensége.

Steller László dr. kir. törvényszéki orvosszakértő hozzászólásának bevezetésében az orvosi, de különösen a pénztárorvosi kar mai helyzetét ismertette. A pénztári orvosi szolgálat nehézségei jórészt a tömegrendelések tényével függnek össze. Ennek megszüntetésére éppen az orvosi érdekviseletek folytatják a legmesszebbmenő és állandó küzdelmet. Egy pénztári rendelés orvosi díjazása csak igen ritkán fedezi az orvos minimális szükségleteit, a magángyakorlat lehetősége pedig a betegbiztosítás állandó kiterjesztése következtében a minimumra csökkent. Az „orvosi költségtömeg” intézménye mellett gyökeres javulás nem várható, mert az orvosi létszám emelése és a rendelési idő meghosszabbítása — adott taglátszám mellett — csak a már alkalmazott orvosok amúgyis szűkre szabott díjazásának további csökkentésével lenne elérhető.

Statisztikai adatok alapján kimutatja, hogy a pénztári rendelések forgalmának nagymértékű emelkedésével nem mindig emelkedett arányosan az alkalmazott orvosok száma. Az Igazságügyi Orvosi Tanács 1937. évi jelentésének adatai azt mutatják, hogy az orvosi műhibaperek csekély kivételtől eltekintve alaptalanok. Hozzászóló szerint a magyar orvosi kar kibírja a nyilvánosság bírálatát, mert orvosi felkészültségével közbiztosítani tudta azokat a súlyos nehézségeket, melyeket pénztári orvosi szolgálata közben le kell küzdenie.

Az Igazságügyi Orvosi Tanács tagjainak kizárhatóságáról mondottakra hozzászóló idézi az 1890:XI. tc. 1. §-át, mely szerint a Tanács „orvosszakértőkből álló testület” és ebből arra következtet, hogy az egyes tagokra vonatkozik a Bp. 229. §-a és a Pp. 352. §-a, mely a szakértők kizárásáról intézkedik. Mivel az Igazságügyi Orvosi Tanács mint testület ad véleményt, indokoltnak tartja, hogy az egész testületet nem lehet kizárni. A periratok azonban az eljárás olyan szakában kerülnek csak a Tanácshoz, amikor bizonyosan megállapítható

már belőlük, hogy a Tanács valamelyik tagja, mint előadó szakértő aggályos-e. Az Igazságügyi Orvosi Tanács elnöke mindenkor alkalmazza is a fentidézett §-okat és nemcsak előadó nem lehet a kizárandó tanácsstag, de még az abban a tárgyban tartott üléseken sem vehet részt, sőt ismételten előfordult, hogy a Tanács elnöke egyáltalán nem bízott meg előadót a tagok közül, hanem kívülálló szakértő behívását ajánlotta az igazságügyminiszternek.

Ezért teljesen jogosnak és érthetőnek találja hozzászóló a Tanács azon egyszerű felvilágosítását, melyet előadó „neheztelő hangú válasz”-nak nevez.

Az előadás főtémáját tevő jogászai fejtegetéshez csak annyiban szólhat hozzá, amennyiben egy nem szakember szakdologhoz hozzászólhat. Tehát legfeljebb arra lehet képes, hogy az előforduló logikai következtetések kiindulási alapját felismerje és annak helyesége vagy helytelensége szerint fogadja el az arra épített jogi szakkövetkeztetéseket.

Ném szándékozik átnyúlni jogi térre, mert nem akar az ez esetben elkerülhetetlen hibába esni.

Úgy látja, hogy az Igazságügyi Orvosi Tanács hivatkozott véleménye mindenben megfelel azoknak a követelményeknek, melyeket a műhiba meghatározásában állít fel a kir. Kúria 82. sz. jogegységi döntvényének indokolása (s melyet előadó egy későbbi táblai ítéletből idéz).

Előadó következtetéseiben abból indul ki, hogy az orvosi szolgáltatás csak kétféle lehet: jó, vagy rossz; másrészt egy oly ideális követelményt állapít meg, mely a tényeknek nem felel meg, mégis felhasználja kiindulási alapul.

Nyilvánvaló, hogy az az elv, mely szerint az orvosi szolgáltatás csak jó vagy rossz lehet, mint elv megállhat, de nem felel meg a tényeknek. Mert ahogy minden munkateljesítmény a munkát végző egyén sajátosságai, diszpozíciója, vagy egyéni készsége és a munkavégzés körülményei, lehetőségei szerint végtelenül sok árnyalati különbséget mutathat fel és az élet már az elemi iskolában is osztályzatokkal jelöli meg a teljesítményt, éppen úgy igen sok árnyalati különbség lesz az orvosi szolgáltatásban, az orvosi munkában is. Ennek megítélésére pedig nyilván az Igazságügyi Orvosi Tanács a leghivatottabb, melynek minden tagja a legközelebről látja ezeket a különbségeket. Nem nyúl át tehát jogi térre, amikor megállapítja, milyen szolgáltatás nyújtható a pénztári rendelkezések keretein belül. Közvetveleg megjegyzi hozzászóló azt is, hogy az Igazságügyi Orvosi Tanács nem állítja, hogy atypikus esetekben a mikroszkopi vizsgálat mellőzhető, sőt éppen kiemeli, mint olyan eljárást, mely atypikus esetekben kétségtelen diagnózist eredményezhet.

Előadó másik kiindulási alapja az a feltevés, hogy pénztári orvosi és magánbeteg ellátás közt nem lehet különbség, mert aki különbséget tesz ebben, az összeütközésbe kerül az orvosi etikával. Lehetséges tehát, hogy következtetéseiben nem fog összeütközni az etikával, de a tényekkel már a kiindulásnál összeütközésbe jutott, mert sajnos van különbség a pénztári és a magánbeteg ellátás között. És ha előadó azt tűzte ki céljául, hogy ez a különbség megszűnjék, ebben teljesen egyet fog vele érteni az egész orvosi kar, mely előtt éppen úgy, sőt talán még sokkal inkább kívánatos, hogy ez az orvosi szolgáltatásbeli kényszerű különbség ne álljon fenn.

Hozzászóló a legteljesebb mértékben egyetért előadóval abban is, hogy a bíróság még tudomásvétel sem támogathatja azt, ami orvosi etikába ütközik, de nem fogadhatja el, hogy az etikába ütköznék az orvos,

amikor kénytelen a fennálló különbségekkel számolni és bár a körülményekhez viszonyított legjobb munkát adja, mégsem érheti el a pénztári rendelkezés a magánbetegrendelését. Amikor az orvos ahelyett, hogy egyáltalán ne vállalna pénztári szolgálatot, még a legnagyobb erőfeszítés árán is igyekszik az adott lehetőségek közt a legjobbat tenni a biztosító intézetekbe kényszerülő betegek orvosi ellátását, a legteljesebb mértékben etikai alapon áll. De igenis összeütközésbe jutna az etikával, ha nem akarván a sajnós, fennálló különbségek miatti nehézségeket vállalni, orvosi ellátás nélkül hagyna egy arra rászoruló betegre teget.

Teljesen megérti hozzászóló, hogy a bírói kar nem adhatja hozzájárulását a tömegrendeléseken előforduló anomáliákhoz; az orvosi karnak is legfőbb igyekezete, hogy ezeket kiküszöbölje. De nem érthet egyet abban, hogy a hivatkozott ítélet alkalmas lenne az anomáliák megszüntetésére. Ha előadó úgy találja, hogy a pénztári orvosi szolgáltatáson javítani való van, ennek nem az a módja, hogy az orvost még jobban megterhelje és még nehezebbé, reá nézve egyenesen „veszedelmessé” tegye a munkáját, hanem az, hogy a munkalehetőséget tegye jobbá.

A pénztári orvos még ma is rengeteg nehézséggel küzd, amikor a beteg bizalmatlanságával, sőt ellenséges indulatával is fel kell vennie a harcot, amikor a vizsgálatokra, a diagnózis felállítására és a kezelés végzésére alig jut ideje és amikor még annak a tudata is sújtja, hogy a legcsekélyebb elnézésnek a legsúlyosabb, nem reparálható következményei lehetnek.

Nyilvánvaló, hogy a helyzet elsősorban ott lesz javítható — amint erre ennek a kérdésnek egyik legalaposabb ismerője, Keleti József dr., a MABI. főorvosigazgatója rámutat, sőt hivatalbalépése óta gyakorlatilag is fokozatosan keresztülviszi —, ha a beteg és az orvos útjából elhárítják mindazt, ami köztük összeütközésekre vezethet, ha a rendelési idő felemelésével megszüntetik a túlsúfoltságot, ha az orvost úgy díjazák, hogy egy rendelés ellátása esetén is megtalálja létminimumát. Bebizonyított tény, hogy ez szolgálja leginkább nemcsak a beteg és az orvos, de a biztosító intézeteknek is az érdekeit. Az azonban, hogy az amúgy is eléggé veszélyes foglalkozású orvos vállára egy még fokozottabb veszélyesség terhét rakják, legfeljebb arra lehet alkalmas, hogy az orvost megfélemlítse és távol-tartsa a pénztári rendelkezések ellátásától.

Ha előadó koncedálja, hogy a tömegrendelés folyamánának tekintendő anomáliákban van a hiba, nem eléggé indokolja, miért választja ki éppen az orvost arra, hogy a sajnálatos körülményekre visszavezethető eredményért csak őt tegye felelőssé, illetve a tömegrendelés fenntartóját csak az orvos marasztalásán keresztül vonja kártérítés alakjában felelősségre.

Pedig az egész probléma megoldása végtelenül egyszerű. Pusztán a tények egyszerű lerögzítésével, minden jogi szakképzettség nélkül is azt kell hozzászólónak látnia: ha volt jogszabály, mely csak az orvost teszi felelőssé, van jogszabály, mely az orvost és a rendelés fenntartóját egyetemlegesen marasztalja, a logika törvényei szerint: kell lennie olyan lehetőségnek is, mely módot nyújt arra, hogy előadó által megjelölt „hátteret” az orvos vétkességének megállapítása nélkül is felelőssé lehessen tenni.

Hiszen az esetek túlnyomó részében az esetleges sajnálatos eredmény forrása nem ott van, hogy az orvos nem tett meg mindent, amit tehetett, hanem ott, hogy az adott körülmények között többet nem tehetett! Ha előadó hangsúlyozza azt, hogy a téves diagnózis önmagában azért nem műhiba, mert az orvostudomány

véges, nem áll-e fenn ez a végesség az emberi teljesítő-képességben is?

Miért hibás az orvos, ha nem alkalmaz egy olyan vizsgálati eljárást, melynek szükségességét adott esetben egyébként semmi sem indokolta, melynek rendszeres elvégzésére sem ideje, sem módja nincsen?

Még az ismételten hivatkozott ítéletből is kiérezhető, hogy a körülményekben rejlő hiba a lényeges, mert az indoklás IV. pontja módot nyújt alperesi orvosoknak arra, hogy a velük együtt marasztalt biztosító intézettel szemben jogorvoslattal lépjenek fel azért, mert a rendelésen nem volt mód és idő arra, hogy a mikroszkópi vizsgálatot elvégezzék.

Hozzászóló hangsúlyozza, hogy az előadáshoz és nem a királyi Kúria ítéletéhez szolt hozzá. A teljesség kedvéért felemlíti, hogy dr. Schuster Rudolf, a m. kir. szabadalmi felsőbíróság ny. elnökének észrevételét (Hiteljog Tára, 1938., 9. sz., 127. eset) az orvosi felfogáshoz közelebb állónak tartja.

Befejezésül megköszöni előadónak, hogy ehhez az orvosokra nézve igen kényes tárgykörhöz annyi megértéssel, tapintattal és az orvosi rend nehéz helyzetének méltányos elismerésével nyúlt hozzá.

És különösen köszöni azt, hogy fejtegetésében a tömegrendelések megjavítását tűzte ki célul, tehát ugyanazért a célért küzd, amelyért maga az orvosi kar is évtizedek óta harcol és amely célnak elérése az orvosi kar egyik leghőbb vágya. Bizik benne, hogy álláspontjaik különbözősége ellenére is megtalálható lesz az az út, melyen eltérő véleményeik közeledni fognak egymáshoz és összeegyeztethetők is lesznek.

A végszó jogán*) az Orvosi Hetilap szerkesztőségének előzékenységét megköszönve — *Steller László dr.* tanársegéd úr hozzászólásához a következőket jegyzem meg:

1. Az Igazságügyi Orvosi Tanács, illetve tagjai kizárása tekintetében három álláspont esik egybe: a törvényé, a bírói gyakorlaté és az Igazságügyi Orvosi Tanácsé. Ez az egybeeső álláspont pedig az, hogy a fél által indítványozott kizárásnak nincs helye. Erdemben ez az én álláspontom is és a hozzászólónak ezzel ellentétes jogi felfogását magamévá tenni nem tudom, valamint az Igazságügyi Orvosi Tanács álláspontjának megokolását sem, mert szerintem a kizárás törvényes rendelkezés hiányában nem eszközölhető s nem azért, mert a Tanács tagjai egyetemi tanárok és főorvosok. Hogy az általam szószerint idézett szöveg „egyszerű felvilágosítás”, avagy neheztelő hangú válasz-e — ez utóbbi az én minősítésem — annak elbírálását olvasóimra bízom.

2. A mai törvényes rend a jogszolgáltatást a bíróság feladatává teszi. Ha a törvényhozásnak az lett volna a meggyőződése, hogy az orvos elleni perekben az igények érdemi elbírálása is az Igazságügyi Orvosi Tanács feladatát képezi, módjában állott volna ilyen értelemben rendelkezni. Ilyen rendelkezés hiányában az érdemi döntés a bíróság kezében kell hogy maradjon s a szakértő testület pedig szükségszerűen csak abban a körben mozoghat, amelyet a törvény részére megszab: a szakkérdések tárgyában — s nem jogi téren nyújtott szakvélemény területén.

Az a kérdés, hogy bizonyos kategóriájú betegeknek nyújtható-e adott esetben kisebb értékű orvosi szolgáltatás vagy sem: a bíróság előtti perben nem orvosi szakkérdés, hanem tisztára jogkérdés. És mert nincs olyan jogszabály, amely ezt az alacsonyabbrendű orvosi szolgáltatást írná elő, illetve megengedné, természetes, hogy

a bírói döntés a hiányos szolgáltatás esetében a marasztalás álláspontjára helyezkedik.

3. A bíróság ítékezésében a fennálló, a bíróságot is kötelező jogszabályok alapján dönt, de közvetlenül nem folytat szocálpolitikát, mert ez nem feladata. Nem hagyja figyelmen kívül a hibás háttérrel s ha az orvossal való együttkötelezésnek egyébkénti lehetőségei megvannak, úgy a jogszabályok értelmében együtt marasztal is. Ezzel azonban feladatát ki is merítette. A további az orvosi társadalom és a törvényhozás dolga.

4. Arra a szemrehányásra: nem indokolom eléggé, hogy a tömegrendelés anomáliájáért miért teszi a bíróság felelőssé csak az orvost és miért csak az orvos marasztalásán keresztül jut el a bírói gyakorlat a tömegrendelés fenntartójának felelősségéhez, a válasz az előbbieken felül a következő:

Hibás eljárásáért mindenki maga felel. Ha többen hibáznak: többen felelnek. Ez a szabály. Olyan szabály pedig nincs, mely akár a bírót, akár az ügyvédet, akár a mérnököt, akár az orvost mentesítené a hiba következményei alól azon a címen, hogy munkaadója túlzottan látta el tennivalóval. A szakember maga ismeri legjobban teljesítőképeségeinek határait. Ha ezen a területen túl vállal munkát, tehát már olyat, amelyet szakszerűen ellátni nem képes: ezt saját felelősségére is teszi.

Abban egyetért velem a hozzászóló, hogy a pénztári beteg bizalmatlan, sőt szerinte egyenesen ellenséges indulatú. Kérdem, ha majd a pénztári orvos az általa elkövetett orvosi műhibáért felelőssé vonható nem lesz, ha tehát merőben felelőtlenül működhetik s ez a felelőtlenység a közvélemény tudomására is jut, az előbb említett bizalmatlanság, illetve ellenséges érzület ugyan hol fog megállni?

5. Én egy kúriai ítéletben lefektetett álláspontot tettem magamévá, ezt az álláspontot támadta a hozzászóló, megjegyezvén, hogy előadásomhoz s nem a kúriai ítélethez szolt hozzá. A Prügelknabe ez esetben megtisztelőnek érzett szerepét köszönettel nyugtázom. A túlzott óvatosságra azonban nem volt szükség. A kuriális ítéletekben jelentkező állásfoglalás a kritika számára is készül, az alapos érvekkel való közvetlen támadásnak nincs tehát semmi veszélye.

Dr. Tóth László
kir. törvényszéki bíró.

Gyógymasszázs és mechanoterápia.

† *Dalmady Zoltán dr.* kéziratának átdolgozásával írták: *Benderek István dr.* és *Külley László dr.*

A gyógymasszázs technikája.

Irta: *Külley László dr.*

5. Ütögetés (tapotement).

Míg az eddig ismertetett masszázsfogásoknak közös sajátága volt, hogy a masször keze hosszabb időn át érintkezett a beteg bőrrel, addig az ütögetésnél ez az érintkezés csak rövid ideig tart, legtöbbször csak pillanatnyi.

Az ütögetésnek igen sok fajtáját különböztethetjük meg. Történhetik az ütögetés ujjhegyekkel, tenyérrel, félig zárt ököllel s a kezek ulnaris élével. A tenyérrel történő ütögetést paskolás-nak, a kezek ulnaris élével történőt vágás-nak nevezzük. A különböző ütögetés-fajták között hatástani különbségek vannak. Aszerint, hogy melyik fajta ütögetést alkalmazzuk, aszerint tudunk felületesebb vagy mélyebb rétegekre hatni.

*) Ez az előadáson nem hangzott el.

Sok függ attól is, hogy mennyi ideig tart az ütögetés. Rövidebb ideig tartó ütögetésre a bőrerek összehúzódással válaszolnak, a bőrerek tónusa fokozódik, a kapillárisok szűkülnek s enyhe vérnyomásemelkedés áll be. Ezért alkalmazzuk az ütögetéseket leginkább a masszázsbefejező szakában, hogy az előző masszázsfogások okozta vérnyomássüllyedést ezekkel a rövid ideig tartó, gyors egymásutánban végzett ütögetésekkel mintegy kiegyenlítsük s a vérnyomássüllyedéssel járó fáradtságérzést megszüntessük.

Hosszabb időn át végzett ütögetések, főleg paskolások, a bőr és a bőralatti kötőszövet kapillárisait erőteljesen tágítják, az érfalak tónusa csökken, a bőr kipirul, meleg lesz. Ha a paskolásokat nagy felületen, pl. a háton végezzük, akkor a bőrben és bőralatti kötőszövetben előidézett erőteljes vérbőséggel tulajdonképpen vért vonunk el a belső szervektől s a szív munkáját könnyítjük meg.

Míg a paskolások főleg a bőrre és bőralatti kötőszövetre hatnak, addig a féligzárt ököllel történő ütögetések és a vágások hatása mélyebb rétegekre, elsősorban az izomzatra terjed ki. Ezek a mélyreható ütögetések a kezelt izomban erőteljes vérbőséget idéznek elő. A kisebb felületre kiterjedő, mélyreható ütögetések, főleg a vágások, az izmot összehúzódásra készítetik (idiomusculáris rángás). A vágásoknak ezekkel az izomösszehúzódásokat kiváltó hatásaival azonban óvatosan kell bánni, különösen akkor, ha atrófiás izmokat kezelünk. Túlzásba vitt vágásokkal az izmot igen könnyen túlfárasztjuk, ami pedig különösen atrófiás izomnál gondosan kerülendő, mert az így túlfárasztott és érzékenyebbé vált, különben is gyenge izomnak sokszor napokra van szüksége, amíg összeszedi magát, s kellőképpen regenerálódik.

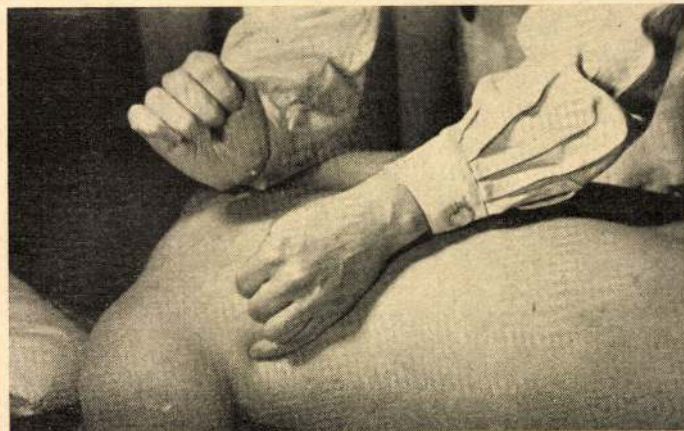
Figyelembe kell vennünk azt is, hogy főleg vágásoknál, az érzőidegvégződéseket érő ingerek summálódnak s az ingereknek ez a summálódása különösen érzékeny és ideges embereknél igen kellemetlen érzéseket, fáradtságot, ingerlékenységet, összetörtség érzését válthatja ki. Az ütögetések adagolásával, főleg a vágásokkal igen óvatosan kell bánnunk. Mivel az ütögetések kivitele a masször részéről nem jár különösebb fáradtsággal, a kezdő masszöröknek ez a kedvenc fogása s természetesen igen könnyen túlzásokba esnek, aminek azután az a következménye, hogy a beteg fáradtabban és összetörtebben hagyja el a masszázspadot, mint ahogyan oda került.

Az egyes ütögetésfajták kivitele a következő: az ujjhegyekkel történő ütögetést karomállásba hozott ujjakkal végezzük, gyors, visszapattanó, apró ütésekkel, mindkét kezünkkel, felváltva. Az ujjhegyekkel való ütögetéseknek elsősorban a fáradtság okozta fejfájások kezelésében van szerepe, mikor is helyesen végezve kellemes, frissítő hatású.

A paskolás a kezek tenyéri felszínével történik, mégpedig sohasem teljesen kifeszített tenyérrel és ujjakkal, mert az így végzett paskolás kellemetlen, csípő fájdalmat okoz. Helyesen végzett paskolásnál tenyerünk és ujjaink enyhe boltozatot képeznek s hüvelykujjunknak teljesen közelített helyzetben kell lennie. Azáltal, hogy tenyerünknek ezt a boltozatát fokozzuk vagy csökkentjük, aszerint kerül több vagy kevesebb levegő a kezünk és a kezelendő testrész felülete közé s ezáltal tudjuk a paskolás hatását fokozni vagy enyhíteni (levegő-puffer).

A féligzárt ököllel végzett ütögetés a kéztőizületből történik, lazán tartott csuklóval. Az ütésnél csak a kis-

ujjpárna és a kisujj külső felszíne érintkezik a beteg bőrével (8. ábra.) Aszerint, hogy ujjainkat mennyire hajlítjuk vagy nyitjuk, aszerint ad az ütögetés mélyebb vagy magasabb hangot s úgy terjed ütögetésünk hatása felületesebb vagy mélyebb rétegekre. Minél vékonyabb a kezelendő testrész izomrétege, annál enyhébbnek kell lenni az ütögetésnek.



8. ábra.

A vágások kivitele a kezek ulnaris élével történik, csuklóból, mindkét kézzel, gyors egymásutánban. A vágásokat azért kell könnyedén, csuklóból végezni, hogy ne legyenek fájdalmasak. Az ütés erejét tompíthatjuk, ha távolított kisujjjal végezzük a vágásokat. Ilyenkor először a távolított kisujjunk éri a test felületét s pufferként hatva csökkenti az ütés erejét. A vágásokat nagyobb tömegű izomzaton, vastagabb izomrétegek fölött alkalmazzuk, elsősorban a háton, combokon, alszárizomzaton, felkaron. Mint már láttuk, vágások adagolására ügyelnünk kell, hosszabb időn át végzett vágásoknak csak elhízott, petyhüdt izomzatú egyének kezelésénél van jogosultsága.

Ütögetésnél csontételeket, érzékeny területeket gondosan kerülni kell.

6. Rezeitetés (vibration).

A vibráció nehezen elsajátítható és a masszört erősen fárasztó masszázsfogás. Hosszabb ideig, egyenletesen és kitartóan vibrálni igen nehéz feladat, ami még a jó technikájú és gyakorlott masszört is erősen igénybe veszi. Egyedül ez a masszázsfogás az, amelynél gépi segítséget igénybe vehetünk, mert a rezeitetés géppel sokkal egyenletesebb és kevéssé fárasztó.

A kézzel való vibrálás történhetik ujjhegyvel, szétterpesztett ujjú tenyérrel vagy ökölbeszorított kézzel, aszerint, hogy mekkora területet és milyen tömegű képleteket akarunk vibrációval kezelni.

A vibráció kivitele úgy történik, hogy kezünket a kezelendő területre szorítva, mereven tartott csuklóval és vállizülettel, könyökből kiinduló, gyors ritmusú, egyenletes, kis kitérésekkel ide-oda mozgatjuk. Ha nagyobb felületen, hosszabban kell vibrálnunk, akkor egész tenyérrel és ökölbeszorított kézzel felváltva vibrálunk, hogy a kézben és alkarban fellépő, görccszerű fáradtságérzést lehetőleg elkerülhessük.

Az ujjhegyvel végzett vibráció legtöbbször a középső ujj hegyével történik. Ujjhegyvel legtöbbször idegkilépési pontokat vibrálunk, tehát körülírt, kis területeket. Derékszögben hajlított könyökkel, teljesen mereven tartott kézzel és ujjakkal végezzük, miközben a váll és felkar teljesen mozdulatlan marad.

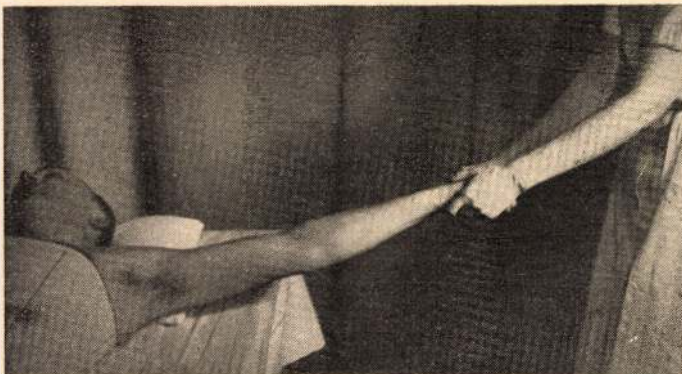
A vibráció a mirigyek elválasztó működését erőteljesen fokozza. A mellkas vibrációja krónikus, szívós,

tapadós váladékú bronchitiseknél mint elsőrangú expectorans hat (Kirchberg). A has vibrációja az emésztőnedvek elválasztását és a peristaltikát fokozza. Ezeknek a hatásoknak elérésére néhány perces vibráció elegendő, ami még nem fáraszt túlságosan.

Az ideg ingerlékenységre gyakorolt hatása a vibrációnak attól függ, hogy mennyi ideig és milyen intenzitással történik. Hosszasabban végzett, egyenletes és enyhe vibráció az idegek ingerlékenységét csökkenti, tehát fájdalmat csillapít. Ezen alapul az idegkikapcsolási pontok vibrációval való kezelése, trigeminus neuralgiáknál, ischiásnál, bordaközi neuralgiáknál stb. Hatása megnyugtató, fájdalomcsillapító.

Mint már említettük, a vibráció hosszabb kivitele erősen fárasztja a masszörzt, s hosszú ideig, egyenletesen vibrálni igen nehéz, majdnem kivihetetlen feladat. Ez az egyetlen masszázsfogás, amelynek kivitelénél elfogadjuk a masszázsgépek létjogosultságát.

A vibrációs gépeknek többféle fajtáját ismerjük. Legelterjedtebb az ú. n. gömbvibrátor. Egy kb. kisalma nagyságú fémgömb, amelynek hajlítható tengelye pantostát motorjához kapcsolható s a motor a fémgömb belsejében egy excentert forgat. Kezeléskor a fémgömböt szorítjuk a kezelendő testrésze. Ezt a készüléket főleg nagyobb tömegű izmokon, a törzsön, deréktájon alkalmazzuk. A másik fajta vibrátort kezünk csuklójára erősítjük fel s a forgó excenter ilyenkor a masször kezének adja át a rezgéseket. Ezeket a rezgéseket közvetíti a kezelendő területhez az ujjhegyünk vagy tenyerünk. A vibrációnak ezt az enyhébb, finomabb módját főleg idegkikapcsolási pontok kezelésénél alkalmazzuk. A vibrátoroknak harmadik típusa a Zander-termekben látható, külön motorral hajtott, nagyobb vibrációs gép, amely egy teljes végtag kirázására is alkalmas, de különböző illesztékei is vannak, amelyekkel kisebb területet is kezelhetünk. Ennek a nagy vibrációs gépnek fontos szerepe van merev ízületek kilazításánál, összenövések nyújtásánál és ödémák kezelésénél is. Fájdalmas, merev ízületek kezelésénél, ha a vibrációs gépet apróhullámú rezgésekre állítjuk be, a lazító hatás mellett érvényesül a fájdalomcsillapító hatás is, tehát eredményessége mellett kíméletes eljárás.



9. ábra.

A vibrációhoz soroljuk a végtagoknak ú. n. kirázását is, ami kézzel történik. Izületi merevségeknél, izomsugorodásnál igen jó hatású, alkalmazzuk úgy az előkészítő, mint a fáradtságot szüntető sportmasszázsánál is. Jól bevált, minden izomgörcsöt szüntető, fájdalomcsillapító eljárás, különösen akkor, ha a fájdalmakat izomspasmus okozta. Kivitele úgy történik, hogy az ellazított izomzatú végtagot a csuklónál vagy bokánál megfogva, a végtag tehetetlenségét is felhasználva, kis kilengésekkel, ostromszerűen, hullámmozgásokkal, enyhén fel-le rázzuk (9. ábra.) Arra azonban ügyelnünk

kell, hogy ne végezzünk olyan hirtelen mozdulatot, ami a betegből védekezést válthat ki. Másik gyakori hiba, hogy az alsóvégtag kirázásánál túlságosan elemelik a masszázspadtól a végtagot s a térdizületet így túlnyújtva, a betegnek felesleges fájdalmat okoznak.

Általános masszázs.

Az egész testre kiterjedő masszázskézelést általános masszázsnak nevezzük. Általános masszázsnál elsősorban a vérkeringésre és az izomzatra akarunk hatni s közvetett úton a szervezet egyéb működését is befolyásolni. Ez a cél szabja meg fogásaink természetét is, figyelembevételével, hogy aránylag rövid idő alatt az egész test felületét kezelnünk kell. Általános masszázst legjobban a reggeli órákban végezni, könnyű reggeli elfogyasztása után. Éhgyomorral nem tanácsos masszírozni, mert a betegen könnyen gyengeségérzések jelentkezhetnek, gyomornyomás, gyomorégés, stb. De nem tanácsos tele gyomorral sem masszírozni, nagyobb étkezések után csak kb. másfél óra elteltével szabad masszázst végezni. Célszerű masszázs előtt 20–30 perces kb. 35–36 °C° fürdőt vétetni a beteggel, hogy izomzatát a masszázsra alkalmasabbá tegyük s bőrében vérbőséget idézzünk elő.

Általános masszázs időtartama, ha közben torna-gyakorlatokat is végeztetünk a beteggel s a test összes izmait alaposan át akarjuk dolgozni, kb. 40–50 perc. Ideges fáradtságnál, gyengeségnél, vagy egyszerűen csak hygienikus célból végzett általános masszázs, ahol a masszázs nyújtotta frissítőérzést akarjuk elérni — elsősorban ezen van a hangsúly —, kb. 20 percig tart. Az ilyen frissítő célból végzett masszázs naponta megismételhető, viszont a hosszabb ideig tartó, 40–50 perces, a test egész izomzatát alaposabban átdolgozó masszázskézelés naponta végezve, túlságosan fárasztó volna a betegnek. Az általános masszázsnak ezt a hosszabb ideig tartó formáját elegendő hetenként kétszer, legfeljebb háromszor végezni.

Tudnunk kell, hogy masszázshoz nem szokott egyéneknek az első kezelése után bizonyos „reakció” jelentkezik. A beteg enyhe izomlázszerű érzésekről számol be, izomzatában húzó fájdalmat érez, ami azután a második, harmadik kezelés után megszűnik. Ezek az izomlázszerű érzések főleg azokban az izomcsoportokban lépnek fel, amelyet a beteg általában kevéssé használ. Deréktájon, válltájékon, csípőtájon leggyakoribbak ezek a reakciók. Tanácsos a beteget előre figyelmeztetni ezekre a tünetekre, amelyek fellépnek akkor is, ha kifogástalan technikával és teljesen szakszerűen végeztük is a masszázst.

Az általános masszázshoz kell számítani az ú. n. váltott masszázst is. Váltott masszázs alatt azt a kezelési módot értjük, amikor egy-egy alkalommal nem kezeljük az egész testfelületet, hanem annak csak egyik felét, pl. egy ülésben csak hátmasszázsot és felsővégtag-masszázsot, másik alkalommal pedig lumboglutealis és alsóvégtagmasszázsot végzünk. Ennek a kezelési módnak több előnye van. Módot nyújt arra, hogy a beteget naponta kezelhessük, anélkül, hogy túlfárasztanánk, másrészt lehetővé teszi az izomzat alaposabb átdolgozását, az általános masszázs hátrányai nélkül. A váltott masszázst átmenetet képez a 40 perces általános masszázs és a 20 perces frissítő masszázs között. Előnye az is, hogy egyszerre kisebb testfelületen dolgozva több figyelemmel, alaposabb munkát végezhetünk s több idő jut a masszázshoz csatlakozó gimnasztika elvégzésére. Nem kell tartanunk a hosszabb ideig tartó általános

masszázs mellékhatásaitól sem, amelyek gyakran fáradtságérzésben nyilvánulnak.

Általános masszázsnál az egyes testrészeket bizonyos sorrendben kezeljük s az egyes fogások egymásutánjának is bizonyos szabályok szerint kell lefolyni.

Az általános masszázst mindig a hát masszázásával kezdjük. A hát masszázsa az általános masszázs legfontosabb része, erre kell a legnagyobb gondot fordítani. A beteget hasra fektetjük. Két kezét homloka előtt keresztelve, fejét ezeken nyugtatja. A betegnek természetesen egészen le kell vetkőznie, az éppen nem kezelt részeket lepedővel, vagy gypjútakaróval takarjuk le. Legelőször szabályos hátmasszázst végzünk (részletes leírását l. alább). A hátmasszázshoz számítjuk, a hason fekvő betegen a válltájék és a nyak izomzatának a masszázst is, továbbá a lumbalis táj és a csípőtáj izomzatának az átdolgozását is (lumboglutealis masszázs). Hátmasszázs után, a még mindig hasonfekvő betegen, elvégezzük az alsóvégtag hátsó felszínének a masszázst is. Ezután hanyatt fektetjük a beteget s következnek a mellkas masszázsa, amit azután a felsővégtag masszázsa követ. Ezután az alsóvégtag elülső felszínére kerül a sor s a lábfej és a talpizomzat masszázsa fejezi be a kezelést.

Hasmasszázst csak különlegesebb esetekben végzünk, szigorú indiciók alapján, úgy hogy az általános masszázs keretében legfeljebb a hasfalra kiterjedő, nem túlságosan mélyreható masszázst végezhetünk, elsősorban a hasfal izomzatának erősítésére. Az ilyen hasfalmasszázshoz csatlakoznak azután a különböző, a hasfalak erősítését célzó tornagyakorlatok.

Az általános masszázsnak az a fajtája, amelynél az egész test izomzatát alaposan átdolgozzuk, gyakran okoz enyhe fáradtságérzést és vérnyomáscsökkenést. Ezt már a masszázs alatt is kiegyenlíthetjük különböző fogások (ütögetés, paskolás, bőreltolások, stb.) alkalmazásával. Ha azonban mégis bekövetkeznék, rövid ideig tartó, 3—5 perces, 38—40 °C hőmérsékletű fürdővel jól kiegyenlíthető. A hangsúly itt a hőmérsékleten és a fürdő tartamának igen rövid voltán van, mert hosszabb ideig tartó meleg fürdő a fáradtságérzést még fokozhatja! Ezt a vérnyomáscsökkenést még tornagyakorlatok végzésével is kiegyenlíthetjük, melyet közvetlenül a masszázs után végeztetünk a beteggel.

Rövid ideig tartó, frissítő célból adott általános masszázsnál a végtagok izomzatát nem kezeljük részletekbe menően. Eltekintünk az aprólékosabb végtagmasszáztól és inkább az izomzat ún. mángorlását, a végtagizomzat kizárását, lazítását végezzük, ami már az előkészítő sportmasszázshoz áll közelebb.

(Folytatjuk.)

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Gyomorsyphilis. *Bavicovic.* (Presse Med. 1939. 14. sz.) Az irodalomban található, idevonatkozó adatokat is tekintve véve, szerző a következőket állapítja meg: A gyomorsyphilis kórbontanilag következő formákban jelentkezhet: gastritis diffusa syphilitica, ulcus s. gummás pseudocarcinomatosis burjánzás, linitis plastica s. Mindegyik vezethet hegdedések által pylorus stenosishoz. Leggyakoribb köztük a gummás forma. — Klinikailag a gyomorsyphilis kórismézése igen nehéz. Tünetei nem jellegzetesek. Előfordulhatnak epigastriális fájdalmak, hányás, étvágytalanság, an-vagy hypaciditás, lesoványodás, másodlagos vérszegénység. Vérzések ugyanúgy jelentkezhetnek, mint ulcus pepticum esetén. A Wa. R. mindig pozitív. Röntgennel rendszerint telődési hiány látható. Biztos kórisme csak antilueses kúrát követő gyógyulás után mondható ki. (B. 10.)

László Géza dr.

Asthma és Basedow-kór. Kétszeresen gyógyító pajzsmirigykiirtás. *J. Guyot, M. Creyx, J. Villar, R. Massière és G. Moretti,* Bordeaux. (La Presse Médicale, 1939. 11. sz.) Betegükön 1918-ban spanyol nátha után asthmás rohamok lépnek fel. 1934-ben Basedow-kór tünetei jelentkeznek. A szerzők következőképpen képzelik el a kórkép kifejlődését: Praedisponált szervezetet a tüdőalveolusokon át felszívódó toxinok sensibilisálják. Ezáltal megváltozik a szervezet humoralis milieu-je és a vegetatív rendszer tónuszavara lép fel. A humoralis instabilitás és vegetatív idegrendszer hypertoniája a belsőválasztású mirigyrendszer, főként a pajzsmirigy működészavarát okozza. Így circulus vitiosus keletkezik, mert a pajzsmirigy az ő működésével fenntartja a humoralis milieu zavarát és elválasztó működésének ingadozásával súlyosbítja a rohamokat. Elgondolásukat igazolták különböző therapiás beavatkozások: a sympathicotónisáló adrenalin és ephedrin adása kudarccal, a vagust nyugtató atropin és sympathicust nyugtató ergotin adása sikerrel járt. A 10%-os MgSO₄ i. v. befecskendezése a colloidokra gyakorolt stabilizáló hatás által, a jód és röntgenkezelés a pajzsmirigy elválasztás befolyásolása által bizonyult átmenetileg enyhítőnek. Teljes gyógyulást azonban csak a pajzsmirigy subtotalis kiirtása után nyertek, a hajlamosító ok eltávolításával. (B. 11.)

Váradi Ferenc dr.

Nephropathiák typhosus betegségekben. *H. Möschl.* (Wiener Klin. Wschr. 1939. 9. sz.) Szerző 3 betegről számol be, akik közül 2 typhusban, 1 paratyphus B-ben szenvedett és mindháromnál vesecomplatiók voltak kimutathatók. A kórképet albuminuria, haematuria, cylindruria jellemezte, lefolyásukban általában az acut glomerulonephritis tüneteit utánozták. Feltűnő volt azonban egyrészt a magasabb vérnyomás hiánya, másrészt a minden esetben magas rest-nitrogen érték. Valószínű, hogy az ismertett kórképek azon eseteknek felelnek meg, melyeket *Volhard* acut septikus, interstitialis nephritis névvel jelöl. (B. 12.)

Kováts Zoltán dr.

Helyileg alkalmazott hideg therapiás hatása a szívre. *Lachnit és Zollner.* (Wiener Klin. Wschr. 1939. 9. sz.) Szerzők 81 különböző fajta szív- és vérérdénybetegség esetében vizsgálták a helyileg alkalmazott hideg (szívűtő) behatását ekg-, pulsus- és vérnyomásmérés segítségével, valamint a subjectív tünetek megfigyelése által. Az esetek közt szerepelt 30 szívbíllentyűhiba, részint compensált, részint incompensált állapotban, 10 hypertonia, 11 coronaria-sklerosis, 8 lueses mesaortitis, 8 hyperthyreosis, 10 acut myocarditis, 3 cor. kyphoskoliotikum, 1 decompensált emphysema szív. Az általános és már régi tapasztalat az volt, hogy hideg hatására a frequentia csökken és subjectív javulás következik be sok esetben. Azonban egyénenként és betegenként különbségek vannak. Endo-, myo- és pericarditis esetén általában kedvező hatásról számolnak be, a növekedett frequentia csökken, a fájdalmak enyhülnek. Kedvező a hatás hyperthyreosis esetén is, az accelerans tonus csökkenését az ekg-vizsgálat is igazolja, a hegyesebb T-hullámok lelapulása által. Viszont coronaria-sklerosis és lueses mesaortitis több esetében a betegek rosszul túrték; fájdalmak jelentkeztek a szívtájon, egy ízben typosus anginás roham, megfelelő ekg. elváltozásokkal. Polyarthritits esetén az izületi fájdalmakat fokozhatja. — Mindezekből látható, hogy a szívűtő alkalmazása nem mindig hasznos és nem mindig ártalmatlan beavatkozás, amelyet tehát csak kellő kritikával, a megfelelő esetekben szabad alkalmaznunk. (B. 13.)

Kováts Zoltán dr.

Hodgkin-kór massiv tüdőcollapsussal és cavernákkal. *B. L. Hardin jr.* (Am. Journ. med. Scienc. 197. 1.) A szerző egy lymphogranulomatosisban (ly.) elhalt nő kórtörténetét és boncolási jegyzőkönyvét közli. A diagnoszt még a beteg életében egy supraclavicularis nyirokcsomó szövettani képből állapította meg. A kórlefolyásban az a feltűnő, hogy a jobb felső és alsó lebeny váltakozva lett atelektasiás, miközben az azelőtt atelektasiás tüdőlebeny újból normális lett. Sem röntgenvizsgálat, sem bronchoskopia, sem a boncolás nem mutatott szűkületet okozó nyirokcsomót. A boncolás kimutatta, hogy a ly. infiltrálta a hörgő falát és kissé szűkítette, a bronchiolusok és alveolusok azonban telve voltak ly. sarjszövettel. A bronchuselzáródást a szerző a ly. eredetű, súlyos bronchitis okozta tapadó mucopurulens váladéokra vezeti vissza. A beteg röntgenbesugárzást kapott eredmény nélkül, azonban a röntgenfelvétel és a boncolás sok kisebb-nagyobb üreget mutatott ki az infiltrált részekben. (G. 24.)

Rényi-Vámos Ferenc dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: Prochnow Ferenc és ifj. Verebélj Tibor.

Elektrokardiographiai vizsgálatok sebészi betegeken. Brodersen. (Acta Chir. Scand. 8. 1.) A műtét előtt felvett elektrokardiogramm (ekg.) 100 ötven éven felüli beteg közül 48 esetben mutatott különféle elváltozásokat. Ezek közül 8 halt meg műtét után, de a halál oka csak egy esetben volt szívelégtelenség. Az ép ekg.-t mutató 52 beteg közül szintén 8 halt meg, de egyik sem keringési elégtelenség miatt. Átmenetileg 2 esetben támadt a műtét után pitvarremegés; ezeknek ekg-ja azonban normalis volt. A pozitív ekg-val bíró betegeken a műtét után — eltekintve 1 halálesettől — egyáltalán nem volt szivgyengeség észlelhető. Mindezek alapján megállapítja a szerző, hogy pozitív ekg. esetén is végezhető nagy beavatkozások anélkül, hogy a szív részéről komoly szövödmények támadnának. (P. 6.)

Széll Imre dr.

Az első koponyagödör kétoldali feltárásáról. Voss. (Chirurg. 1939. 3.) A rostacsont meningeomái a megnövekedett agy nyomás következtében jobboldali frontális feltárással gyakran csak nagy nehézségek útján, sőt néha csak a frontális lebeny csontkolásával közelíthetők meg. Minthogy ilyenkor az agykarmapunctio sem csökkenti az agy nyomást, a szerző ajánlatosnak tartja mindkét oldali frontális feltárással tenni könnyebbé a behatolást. A feltárást úgy történik, hogy halántéktól halántékig a hajas fejbőr határán haladó metszéssel a bőrt előre készítve, mindkét homloklebeny felett a csontlebenyt kivágjuk és oldal felé kihajlítjuk. A hosszanti sinusnak lekötése után a dura mindkét oldalt megnyitható és így a két homloklebenyt felemelve a daganat könnyen hozzáférhető. A daganat eltávolítása után a zárás De Martell szerint két szakaszban történik, először a bal csontlebeny berögzítésével, majd 24 óra múlva a jobb csontlebeny visszahajlításával. A szerző az eljárást két esetben végezte jó eredménnyel. (V. 14.)

ifj. Verebélj Tibor dr.

Az asthma kezelésének késői eredménye ganglion stellatum kiirtásának segítségével. Leriche és Fontaine. (Presse Méd. 1939. 13.) A címben említett sebészi kezeléssel kb. 55%-ban lehetséges megszüntetni, vagy gyengíteni a rohamokat. A számos ismeretes sebészi módszer között a ganglion stellatum kiirtása egyszerűségénél fogva előnyben részesítendő, ezenkívül azért is, mert a Horner-féle tünetcsoporttól eltekintve, benuulásos következményekkel nem jár. A ganglion stellatum érzéstelenítő oldattal történő átitatása alkalmas arra, hogy súlyos rohamokat enyhítsen, így időt lehet nyerni a műtét elvégzéséhez és az eljárást ezenkívül lehetővé teszi a kedvező esetek kiválasztását. Szerzők 325 hasonló műtétet végeztek és ezekből azt a tanulságot vonták le, hogy ha minden más gyógyító eljárás csődöt mond, a sympathicus idegrendszeren végzett műtétekkel még javítható a betegek kétségbeejtő állapota. (V. 23.)

vitéz Novák Ernő dr.

Korai műtétek epebetegségek esetén. Eliason-North. (Surgery, etc. 1939. 68. 2.) Az Egyesült Államok biztosító intézeteinek statisztikája szerint az epebetegségek halálozási százaléka éppen akkora, mint 24 évvel ezelőtt volt, dacára a diagnostika, műtéti technika, elő- és utókezelés haladásának. Szerzők szerint csak a korai műtéttel lehet a halálozást és a morbiditást javítani. Heveny rohamban belgyógyászati vizsgálat és megfelelő előkészítés után az első órákban operálnak. Ha a heveny gyulladás néhány napos, conservatív kezelést kezdenek; ha 24 óra alatt nincs javulás, operálnak, ha az állapot javul, egy heti láztalan időszak után végzik a műtétet. Idült gyulladás esetén szövödmények fellépte előtt operálunk. A műtét a beteg kora, általános állapota és a helyi viszonyokhoz képest cholecystektomiából, vagy cholecystostomiából álljon. Sárgaság esetén súlyos esetben, ha a kő a duodenum mögött van beékelve, helyesebb előbb cholecystostomia útján drainálni és a gyökeres műtétet később végezni. Nagyon fontos a műtét utáni kezelés. Tüdőszövödményeket megfelelő fektetéssel, légzési gyakorlatokkal, a gyomor állandó drainálásával, az esetleges vérzést vagy epeperitonitist drain behelyezésével előzik meg, a májműködés fenntartására decompressiv drainaget és vér-, szőlőcukor és konyhasó intravenás adagolását alkalmazják. (V. 22.)

Rubányi Pál dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Batizfalvy János és Horváth Kornél.

Doerffler szerint végzett császármetszés után keletkezett hegek. Keller és Vandiest. (Bull. Soc. Gyn. 1938. 10.) Ismételtén végzett császármetszések alkalmával a hasüreg megnyitása után az esetek felében csepleszösszenövéseket talált. Az alsó szakaszt borító hashártya a legtöbb esetben teljesen sima volt, egy esetben e helyen néhány redő volt látható, egy esetben pedig néhány csepleszlenövé. Az áthajlási redő megnyitása után két esetben a hólyagot az alsó szakasszal történt összenövés miatt le kellett fejteni. Magát az alsó szakasz hegét csak egy esetben találta meg heges behúzódság alakjában, a többi 10 esetben a hegek semmi nyoma nem volt. Szövettani vizsgálatok azt mutatják, hogy az izomzat újraképződése nem teljes, mert vékony hegsvöveget mindig ki lehet mutatni. Kérdés, hogy a harántirányú heg miként befolyásolja a méh működését. 7 esetben különböző okok miatt császármetszést végeztek és újabb teherbejutás alkalmával a szülés úgy folyt le, mintha műtét nem is történt volna. A harántirányú császármetszés technikailag sokkal előnyösebb, az eredményeket illetően pedig semmivel sem marad a hosszirányú császármetszés mögött. (B. 29.)

Cserényi László dr.

Gyűjtőerbe adott vasopressin hatása terhességi toxæmiák eseteiben. Valera és Kellar. (Brit. J. Obst. 1938. 5.) Lammbillon és Schockaert előírása szerint 0.66 ccm. tonephint adtak egészséges nem-terhes, másállapotban lévő egészséges nőknek, gyermekágyasoknak és rángógörccs előtti állapotban lévő terheseknek gyűjtőerbe. 113 esetben végezték e kísérletet annak megállapítására, hogy alkalmas-e a reactio a rángógörccs előtti állapot kórismézésére. Az első csoportbeliek általános súlyos jelenségeken (sápadtság, ajkak elkekülése, szapora légzés, izzadás, stb.) kívül a systolés vérnyomás átlagosan 35 Hg. mm.-el emelkedett. A második csoportbeliek általános tünetek nem mutatkoztak. Átlagos systolés vérnyomásemelkedésük 23 Hg. mm-t tett ki. A gyermekágyasokon e tünetek épen úgy jelentkeztek, mint az első csoportbeliek. Átlagos systolés vérnyomásemelkedés 43 Hg. mm volt. E csoporton belül különbség aszerint, hogy rendes, vagy toxæmiás terhesség előzte-e meg a gyermekágyat, nem volt. A negyedik csoportbeliek általános tünetek sokkal kifejezettebben nyilvánultak meg, mint a rendes terhesség mellett, az átlagos systolés vérnyomásemelkedés 43 Hg. mm-t tett ki. Álláspontjuk az, hogy az eredmények nem eléggé állandóak s így e reactio a rángógörccs előtti állapot kórismézésére nem használható. (B. 30.)

Kováts Károly dr.

Porphyrin és petefészekműködés. Zorn. (Klin. Wschr. 1938. 45.) 3 éve fennálló idiopathiás abdominalis porphyria esetét ismerteti. A porphyriás rohamok alatt a vizeletben a porphyrin igen nagy mennyiségben választódott ki (4200-ig), a vizelet sótéten elszíneződött, a vérserum porphyrintartalma 20 volt. Nem befolyásolható székrekedés, heves vesekő-kólikához hasonló alhasi fájdalmak, atoniás bélrendszer, oliguria, az érverés számának és a vérnyomásnak emelkedése s tüneteknek a tisztulás előtti időben történő hirtelen jelentkezése volt jellegzetes a kórképre. Időszakos röntgen-castrálás a hasi tüneteket 5 hónapon át megszüntette. Bár újabb Röntgen-kezelés az ismét fellépő hasi tüneteket kedvezően befolyásolta, mégis idegrendszeri jelenségek (izomsorvadás, paraesthesia) léptek fel. A beteg a második röntgenbesugárzás után 5 hónappal toxikus tünetek kíséretében meghalt. Szövettani módszerekben a hypophysitis eosinophil-sejtjeinek megszorodása és a májsejtben finom eloszlású barna pigment volt kimutatható (haemosiderosis). Esetükben a porphyria és a petefészek belső működése között összefüggés kétségtelenül fennállt. Erre mutat a rohamoknak a menstruációval való összefüggése, másrészt a temporaer röntgen-castratio kedvező hatása. (B. 31.)

Abrahám János dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

A diphtheria-gyógysavó adagolásának kérdéséhez. Nos-ter. (Mschr. f. Khk. 175. 3.) A testsúlykilogramra vonatkoztatott antitoxin-mennyiséggel adagolást helyteleníti, mert azok a tényezők, melyek a szükséges antitoxinmennyiséget megszabják, a testsúlytól függetlenek. Az adag megállapításánál minden esetben a bakterium virulentiája, toxin-

termelőképesége, a társfertőzés s az egyén általános állapota mérlegelendő elsősorban a kórkép súlyossága alapján, fontos másrészt a serum adásának időpontja. E szempontok szerint gyűjtött tapasztalatai alapján a következő adagolási módot ajánlja irányadónak: 1. Enyhe esetekben a betegség 1. napján 6—8.000 A. E., a 2. napon 10.000 A. E., a 3. napon 15.000 A. E. elégségesnek bizonyult; 2. Kiterjedt lepedékekkel járó közepes súlyos esetekben pedig 1. napon 12—15.000 A. E., illetve a további napokban 40.000 A. E.-ig emelkedik az adag; 3. Súlyos diphtheria esetében azonnal 40.000 A. E.-t ad intramuscularisan, ha már idősebb az eset, úgy 80—100.000 A. E.-re van szükség. A serumkezelésben gyógyhatás szempontjából az antitoxinon kívül az aspecifikus ingerhatás is nagy szerepet játszik. Nagy serummennyiségek alkalmazásával a serum carbóltartalmától mellékhatást nem látott. (K. 25.)

Flesch István dr.

Alsóvégtagok benuvása spirocid kezelés után. Mahler. (Jb. f. Khk. 151. 6.) 25 lues congenitában szenvedő csecsemőt kezelt spirociddal. Egy kúra 6 hétig tartott, az ezen idő alatt adott spirocid mennyisége 21 g. volt. Egy kezelés 2—3 ilyen kúrától állott. A 25 esetből a harmadik kúra után 40%-ban lett negatív a Wa.-r. 16% nem gyógyult, 44% meghalt. Leggyakoribb melléktünet a hányás és dyspepsia. Két esetben haemoglobinuria jelentkezett. Az eredmények valamivel jobbák, mint a neosalvarsan kezelésnél, a mortalitás azonban lényegesen nagyobb. Ez a körülmény, valamint az általa 4 esetben leírt alsóvégtagbenuváásokat okozó arsenmérgezés szerzőt arra készítette, hogy visszatérjen a neosalvarsan kezelésre. Szerző szerint a spirocid kezelés csak ott alkalmazandó ahol állandó orvosi ellenőrzés keresztülvihető. Az adagokat azonban csökkenteni kell és a pausákat meg kell hosszabbítani. (Mi 3 hónapos turnusokat alkalmazunk 3 hónapos pausákkal. Adagunk is kisebb egy hétig 0.06 g, egy hétig 0.12 g, 2^{1/2} hónapig 0.18 g. pro die elosztásban. Hainiss prof.) (K. 24.)

Schneider Sándor dr.

A gyermekek végzett thrombocytaszámolás methodikájához. E. Lorenz. (Zschr. Kinderheilk. 604. 2.) Haematológiailag egészséges gyermekeken (2 hónapos kortól 14 éves korig) és A-hypovitaminosisos tengerimalacokon sorozatosan végzett összehasonlító thrombocytaszámolást Jürgens és Fonio methodusokkal (m.). Jürgens m. szerinti értékek általában magasabbak voltak. Átlagos normál középérték: 550.000, míg Fonio m. szerint 360.000. E különbség nem minden esetben arányos. Különösen olyankor szembetűnő, amidőn degeneratív folyamatok következtekben ú. n. mikrothrombocyták Fonio m. szerint nem érzékelhetők. Ezek alapján tehát olyan esetekben, amikor a pontos abszolút érték a fontos, pathológiás körülmények között pedig mindenkor a Jürgens methodust ajánlja. (K. 20.)

Flesch István dr.

A táplálékfelvétel hatása a vörösvértestek morphologiai összetételére újszülötteken. G. Kinkel és H. Kinkel. (Msch. Kinderh. 1938. 73.) Koraszülötteken 64 esetben az étkezés után átlagosan 90 perc után mintegy 20% reticulocytamelkedést észleltek. Az első életévben a reticulocytamelkedés 40—60 perc után 50—70%-os, a második életévben már 100%-os reticulocytamelkedést találtak. A táplálék valószínűleg a gyomorfaiban lévő parasympathicus idegrostokra hat, amely a gerincvelői parasympathicus-rendszer útján fejti ki hatását a csontvelőre. Ezen reflex úgylátszik a 8-ik terhességi hónapban kezd kialakulni. (K. 19.)

Martyn Róbert dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Ajkay Zoltán.

Az otosklerosis sebészete. G. Holmgren. (Hygiea. 1938. 100.) A sebészi megoldás oda irányul, hogy a csontos labyrinthok valamely részén (legtöbbször a vízszintes ívjáraton) mesterséges és állandó fistulát képezve, a hallóképességet javítsák. Szerző szerint helyes indicatio és kifogástalan műtéti technika mellett ma már érhetőek el sikerek, amelyek nem csupán átmenetiek. Kétségtelen, hogy a műtét sikerét mindig veszélyezteti és sokszor meghusítja az a körülmény, hogy a fistulának nagy hajlama van az elzáródásra. Ezért a kísérletek egész sora oda irányul, hogy ezt hámlébeenyekkel, zsírszövet beültetéssel, fémlémezekkel, celophan hárttyával, vagy paraffinnal megakadályozzák. Szerző hangsúlyozza, hogy a sebészi eredmények egyre jobbák lesznek és nincs messze az idő, amikor mindenkinek be kell látni, hogy

a műtéti risico (esetleges labyrinthitis) az elért eredményekkel szemben csak alárendelt jelentőséggel bír. (A. 20.)

Ajkay Zoltán dr.

Orrgaratüregi sarkoma. Wiegmann. (Der Hals-, Nasen u. Ohrenarzt. 30. köt., 2. füz.) Öt éves gyermek ritkaságszámba menő orrgaratüregi sarkomáját nagy kiterjedése miatt az operatív beavatkozás helyett sugarasan kezelték, minden eredmény nélkül. A beteg 10 hónap alatt elpusztult. Szerző rövid irodalmi áttekintést nyújt az orrgaratüregi sarkoma fiataalkori megjelenéséről és párhuzamot von az operatív beavatkozás lehetősége és a sugaras therapia között. Arra az eredményre jut, hogy a rosszindulatú orrgaratüreg-tumorok korai megjelenésének prognosisa teljesen infaust. (A. 21.)

Gergely Zoltán dr.

A röntgenkép jelentősége az öröklött sükettség megítélésében. Uffenorde. (Der Hals-, Nasen- u. Ohrenarzt, 30. k. 2. füz.) Szerző 203 süketnémet vizsgált és minden esetről kétoldali felvételt készített Lange-Sonnenfeld és Stenvers szerint. Az öröklött sükettségben szenvedőkön mintegy 30%-ban talált pneumatisatiós zavart, míg a szerzett süketéknél mintegy 50%-ban. Továbbá míg az előbbieken a labyrinth rajzolata kellőképpen differenciált volt és nem mutatott eltérést, addig az utóbbiakon elmosódott volt. Szerző értékes segítőeszköznek tartja a röntgenvizsgálatot a süketnéma vizsgálatok terén. (A. 22.)

Gergely Zoltán dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő.

A pozitív nem fajlagos Wassermann- és Kahn-reactio előfordulása. P. Krag és A. Lonberg. (Acta Derm. Venerol. 1938. XIX. 6.) A rendszeresen végzett serologiai vizsgálatoknak sok esetben köszönhető a rejtett syphilis felfedése. (Dániában évente mintegy 200—250 esetben derül így ki a lapangó syphilis); ártalmas lehet azonban, ha a nem fajlagos reactióból is következtetést vonnak le. 120.000 nem syphilis beteg közül 53-nak savójában volt nem fajlagosan pozitív a Wasserman- és a Kahn-reactió. Nem fajlagos kötést leginkább légzőszervi megbetegedések esetében találtak, a többszöri megismétléssel azonban a reactio erőssége csökkent és negatív volta hamarosan kitűnt. Tévedésre leginkább alkalmas adott nemfajlagos kitések anginás és herpes progenitalisban szenvedő betegek savójában fordultak elő. Mindezeket figyelembe véve a rendszeresen végzett serologiai vizsgálatok alkalmazásával syphilis tüneteket nem mutató betegek savójában kapott pozitív reactiókat csak abban az esetben szabad fajlagosnak venni, ha azok, ismételt vizsgálva is megtartják erősségüket. (Sz. 25.)

Kovács Zsigmond dr.

Sulfanilamid-kezelés után jelentkezett toxikus bőrbetegségek. J. W. Tedder. (Arch. of Dermat. and Syph. 39. 217.) Az irodalmi adatok sulfanilamid (s. a.)-kezelés kapcsán jelentkezett általános tüneteken (bágyadság, fejfájás, láz, acidosis, cyanosis, ritkábban sárgaság, sulfhaemoglobinaemia, methaemoglobinaemia, stb.) kívül toxikus maculopapularis, vagy purpurás bőrkiütéseket is említenek. Menville és Archinard 4 esetében a kiütések a napfénynek kitett bőrterületeken jelentkeztek, hasonlóképpen Newman és Sharlit 4 esetében is, akik betegeiken a naptól védett bőrterületeken is elő tudták idézni az elváltozásokat ibolyántúli fénysugárzással. Egyes szerzők a bőrkiütések gyakoriságát s. a. therapia kapcsán 10—15%-ra becsülik. Tedder 3 idevonatkozó észlelését ismerteti. Egyik esetében urticariás, másodikban allergiás jelleg nélkül toxikus kiütések jelentkeztek, harmadikban purpurás bőrkiütéseket észlelt. Egyik esetben sem mutatkoztak fénysensibilisatiós jelenségek. Az ilyen (toxikus) eseteket túlادagolás következtében látták jelentkezni, szemben az allergiás jellegűekkel, melyek már therapias adagok után is felléphetnek. (Sz. 26.)

Szodoray Lajos dr.

Hosszúhullámú ibolyántúli sugarak által előidézett festenyződésről. Henschke és Schulze. (Strahlenth. 64. 1.) Az ibolyántúli sugarak hosszúhullámú ($\lambda = 320—400 \text{ m}\mu$) része a közép- és rövidhullámú résszel szemben minden előzetes pir nélkül elsőleges festenyzettséget idéz elő a bőrön. Ennek lappangási ideje 2—60 perc között ingadozik. A sugáradag emelésével a festenyződés nem tart lépést, mert egy bizo-

A GONORRHOEA EREDMÉNYES CHEMOTHERÁPIÁJÁHOZ



Uliron

**AZ ORALIS ULIRON LÖKÉSKEZELÉS MEGRÖVIDITI
A BETEGSÉG TARTAMÁT ÉS MEGAKADÁLYOZZA
A SZÖVŐDMÉNYEK FELLÉPÉSÉT**

AZ ULIRON NAGYSZÁMU BETEGANYAGON KIPRÓBÁLVA BEVÁLT

EREDETI CSOMAGOLÁSOK:

CSÓ 24 TABLETTAVAL á 0.5 g

ÜVEG 250 TABLETTÁVAL .. á 0.5 g

ULIRON CSAK ORVOSI
VÉNYRE ADHATÓ KI
GYÓGYSZERTÁRAKBAN



»Bayer«

LEVERKUSEN A. RH.

MAGYARORSZÁGI VEZÉRKÉPVISELET:
MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU R. T.
BUDAPEST, V., ARANY JÁNOS-U. 10.

CAMPOLON

A KLASSZIKUS PARENTERALIS MÁJKÉSZITMÉNY

mint májparenchyma védőszer: narkózisok előtt, fertőző
betegségekben, arzén, arany és egyéb fémtherápiánál.
Hepatogen azotaemiában, súlyos fertőzések és intoxikációk után.

*A legváltozatosabb fajtáju
és eredetü anaemiákban;
Campolon kiváló roborans
fertőző megbetegedések után*

EREDETI CSOMAGOLÁSOK:

5 AMPULLA à 2 kem.

25 AMPULLA à 2 kem.

3 AMPULLA à 5 kem.

15 AMPULLA à 5 kem.

GUMISAPKÁS ÜVEG .. à 10 kem.



»Bayer«

LEVERKUSEN A. RH.

MAGYARORSZÁGI VEZÉRKÉPVISELET:
MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU R. T.
BUDAPEST, V., ARANY JÁNOS-U. 10.

nyos fokú elszíneződés létrejövetele után ez nem fokozható tovább az adag emelésével, így túladagolástól, hólyagképződéstől nem kell tartani. Az egyéni érzékenység változó és teljesen független az ibolyántúli sugarak közép- és rövidhullámú részével szemben mutatott érzékenységtől. Az adagok elaprózásával a hatás csökken. Ezeket a sugarakat is megszokja a szervezet, ez a megszokás azonban nem nyújt védelmet egyéb sugárféleségekkel szemben. A festenyződés mértéke a bőr vérteltségétől függ, vértelenített bőrön nem jön létre. Az elsődleges festenyződés alkalmával még szövettanilag sem mutatható ki gyulladásozó jelenség. (Sz. 23.)

Dziobek László dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die Koronarinsuffizienz. Franz Büchner prof. (VIII. 88. 1. 49. ábra. Th. Steinkopf, Dresden u. Leipzig, 1939. Ára: 6 Mk.) A freiburgi pathológiai intézetnek igazgatója ismerteti a könyvecskében, a Kreislauf-Bücherei 3. kötetében, a koszorúérkeringés elégtelenségének klinikai tüneteit, kórbonctanát, az e kérdésre vonatkozó kísérleti vizsgálatokat és ezen verőereknek bonctanát és élettanát. Az életlani viszonyokra vonatkozólag idézi Hochrein és Keller kísérleteit, melyek szerint ezen erek systolékör érik el legnagyobb teltségüket. „Coronariainsufficiencia” alatt mindazokat az állapotokat érti, amelyekben aránytalanság keletkezik a szívizomnak vérszükséglete és vérellátása között. Allatkísérletben hypoxaemia következtében a szívizomban elhalásos, majd hegesedéssé gócos keletkeznek, de az utóbbiak csak akkor fejlődnek ki, amikor az elektrokardiogramm már megint rendessé vált. Coronaria insufficiencia háromféleképpen jöhet létre: mechanikai akadály ronthat a szívnek vérellátását, vagy pedig csökkenti a vérnek oxigéntartalmát, végül akkor is be fog következni, hogyha kórosan fokozódott a szívizomnak oxigénszükséglete. A részletes részben a sklerosis, az aortitis, a collapsus, a billentyűhibák okozta coronariainsufficiencia után az anaemiákban, a szén-monoxymérgezésben és a szívnek túlságos megterhelésekor keletkezőt ismerteti és ezen állapotok klinikai tüneteit és kórbonctani leletén kívül az állatkísérleteknek eredményeit is összefoglalja. A rövid és világos nyelvezettel megírt, nagyon jó ábrákkal ellátott munkában megtaláljuk mindazt, amit az orvosnak e fontos kérdéstről tudnia kell. Nagy előnye a könyvnek, hogy szerzője majdnem évtizedes saját morfológiai kutatásainak eredményét szövi bele tárgyába és nem kisebb előnye az is, hogy a szerző ezen kutatásait klinikussal, az elektrokardiographiának egyik kiváló szakértőjével, A. Weber-rel együttműködve végezte.

Herzog prof.

Behandlung Rheumatischer Erkrankungen mit Ultra Kurzwellen. Ervin Schliephake prof. (Theodor Steinkopff Verlag, Dresden u. Leipzig, 102 o., 27 szövegek közt képpel. Ára: 7 Mk.) Szerző a könyvét 3 nagy fejezetre osztotta. Az első fejezet „Aetiológiai szempontok” cím alatt foglalkozik a rheumás megbetegedésekkel, mint népbetegségekkel. Egyéb, régebben is jól bevált gyógyító eljárások mellé iktatja be az ultrarövidhullám-kezeléseket, melyel szakavatott kezekben a beteg kórformájának egyéni kezelése útján szép eredmények érhetők el. A rheumás betegségek aetiológiájában Schliephake szerepet juttat az infectio, illetve gócon kívül az időjárásnak, meghűlésnek és klímahatásoknak is. Hangsúlyozza, hogy milyen különbségek vannak ugyanazon rheumás betegségek körlefordulásában. Minden egyén — fiatal-öreg, athléta-astheniás, nő-férfi, fiatal lány-climaxos asszony — másképp reagál a rheumás ártalmakra. Erősen befolyásolja az egyes kórfórákat a constitutio, az infectio intensitása, az endokrin faktorok és a környezet. — A második fejezetben a rh. készülékeket s azok kezelési technikáját ismerteti. A harmadik fejezet részletesen tárgyalja a rh. terapiát. Általános kezelési elvek után a fog, mandulák, melléküregek, mint a rheumás betegségek gócai kezeléséről ír, — azután a pyrotherm készülék segítségével végzett általános, később pedig a rheumás kórformák fej, nyak, végtagok és törzsön végzett helyi kezeléseket ismerteti. Schliephake a kezeléseket az egyébként technikai kérdésben is jártas orvossal végezteti. Főbb irányelvei a kezelés szempontjából pedig a következők: 1. Egyénileg, a kórformához és besugárzás által előidézett reactióhoz mérve adagolja az áramerősséget, hullámhosszt és időt. 2. A betegség kiinduló góciát is kezeli a fájdalom helyeken kívül. 3. A kezeléseket folyamán előállott „megszokás” esetén egy időre elhagyja a rh. kezelést. 4. A kezeléseket által kiváltott

rosszabbodás esetén gyengíti a dosist, rövidíti az időt. 5. Minél mélyebben fekszik egy helyi megbetegedés, annál rövidebb hullámhosszal sugároz be. 6. Tekintetbe veszi azt a gyakran előforduló lehetőséget, hogy javulás csak a kezelés befejezése után mutatkozik. 7. Nagy súlyt helyez arra a megállapításra, hogy a rheuma mindig általános megbetegedése a szervezetnek s a fájdalmak, mint a megbetegedés reakciói jelentkeznek csak elszórtan localisálva. Eppen ezért a sikeres gyógyítás érdekében a fájó szerv vagy testrészek kezelésén kívül az egész szervezet megismerése és kedvező therapiás befolyásolása szükséges.

bilkei Pap Lajos dr.

A Közkórházi Orvostársulat február 15-i ülése.

Bemutatók:

Milkó V.: Teljes nyelőcsőképzés. 19 éves leányt mutat be, akin lúgos eredetű impermeabilis nyelőcsőszűkület miatt 1936-ban teljes nyelőcsőképzést végzett Lexer—Wullstein-féle eljárás szerint. A műtét befejezése óta több mint 2½ év telt el, az új nyelőcső tökéletesen működik, a beteg teljesen panaszmentes, emésztési zavarai — a gyomor kikapcsolása dacára — nincsenek. Ismerteti a nyelőcsőképzés különböző módjait, majd foglalkozik a műtét technika egyes részletkérdéseivel. Fontos, hogy az antethoracalis bőrcsövet kellő tágasságúra készítsük, az oesophagus haránt átmetszése és a proximális csomk kivarrása helyett inkább az egyszerű oesophagotomiát ajánlja, mert megfelelő nagyságú bárzsingmetszés és a sipoly széleinek feszülés nélküli kivarrása mellett utólagos beszűküléstől nem kell tartani. Kiemeli a Wullstein-féle módszer előnyeit, mely egyszerűbb és a secundaer bélelhalás szempontjából kevésbé veszélyes, mint az eredeti Roux-féle eljárás. Utal Bakay vizsgálataira, melyekből kiderült, hogy az újonképzett nyelőcső úgy bonctani, mint élettani szempontból teljesen megfelel a követelményeknek.

Kubányi E.: Három műtéttel gyógyított esetét ismerteti.

Milkó V.: Elismeri, hogy a Roux-féle eljárás, mely a kiiktatott bél és gyomor között anastomosist létesít, a physiologiás viszonyoknak jobban megfelel, de ez jóval komplikáltabb beavatkozás és — mint előadó esete is bizonyítja — annival inkább mellőzhető, mert hasonló esetekben a kórosan elváltozott, rosszul működő gyomor kiiktatása lényeges emésztési zavarokat nem szokott okozni.

Milkó V.: 22 év óta medencében fekvő projektil eltávolítása. A bemutatott 41 éves férfi 1916-ban a harctéren shrapnell-lövést szenvedett. A bennrekedt golyó 22 évig semmiféle zavart nem okozott, 1938 november 15-ike óta azonban a betegnek a jobb lágyéktájról a comb belső felszínére kisugárzó állandó, igen heves, szaggató fájdalmak vannak. A fájdalmak a jobb Poupart-szalag fölött a hasfalra gyakorolt nyomásra fokozódnak, a jobb csípőizület teljesen rögzített, minden mozgatási kísérlet erős fájdalmat vált ki. A röntgenfelvétel szerint a projektil a jobb medencében a spina ischiadica alatt fekszik. Műtét lumbalanesthesiában retroperitonealis behatolással, a nagy edények és az ureter félrehúzásával. Több sikertelen kísérlet után sikerül a spina ischiadica alatt 3 cm-el fekvő, a csontozat szorosan rögzített, ujjal is alig elérhető lövedéket kikapartítani és a felette futó n. obturatorius megkímélésével éles kanállal kiemelni. A projektil deformált shrapnellgolyónak felelt meg, eltávolítása után az összes kínzó tünetek egycsapásra megszűntek, a végtag szabad mozgékonyasága azonnal helyreállt. Az eset iskolapéldája annak, hogy évtizedekig nyugodtan fekvő, reactiómentes, begyógyult idegentestek hirtelen okozhatnak olyan súlyos tüneteket, amelyek nehéz viszonyok között azok eltávolítására kényszeríthetnek.

Csatary—Szűcs: a) Nyakcsigolya elülső ficama. 25 éves férfibetegben, birkózás közben fejét erősen hátrafejtve, az atlas elülső ficama jött létre, anélkül, hogy az ilyenkor szokásos törése az I. csigolyáivnek, vagy a dens epistropheinek beketőkezett volna. Repositio Wagner-Stolper szerint bódításban, egyszerű húzással sikerült. Ezután rögzített végett fektették a beteget gipszágyban, majd óvatos activ-passiv mozgatás következett. 8 napra a felvétel után gyógyultan távozott.

b) Veleszületett oldalsó nyaki sipoly műtéttel gyógyított esete. Fiatal, 15 éves leánybetegnek születése óta fennálló baloldali nyaki sipolya volt. A külső nyílás 2 h. ujjal a sternoclavicularis ízület felett a bal fejbiccentő izom belső szélénél, a belső pedig a tonsilla felső polusánál volt. A sipoly lefutását a lipiodollal feltöltött sipolyról készült rönt-

genfelvétel mutatta. A műtét helybeli érzéstelenítésben történt, Hacker szerint. A seb egy napi drainezés után elsősorosan gyógyult. A beteg egy évvel a műtét után recidivamentes volt.

Előadások:

Gidró L.: *A haematogen eredetű postoperatív peritonitisekről.* Három észlelt eset kapcsán megállapítja, hogy az úgynevezett kryptogen postoperatív peritonitisek legnagyobb részben haematogen eredetűek. — Ezzel kapcsolatban felhívja a figyelmet arra, hogy e veszélyes és a műtét eredményét kockáztató szövödmény elkerülése végett operatív osztályon az „influenzás” (járványos tonsillitis és grippe) betegek elkülönítése feltétlenül szükséges. Ahol elkülönítés nem lehetséges, ott járvány ideje alatt csakis vitalis indicatio alapján szabad operálni.

Szilágyi P.: *A gyomorátífürödés műtéti kezelése.* A Horthy Miklós-kórház sebészeti osztályának utolsó öt évi anyagát ismerteti. 44 esetet (43 férfi, 1 nő) 25% halálozással. Az esetek 89%-ában az anamnesisben megtalálhatóak voltak az előzetes gyomorpanaszok, sőt 25%-ában előzetesen megállapított és kezelt gyomorfekély fordult elő. 3 esetben praeporforatiós fájdalom lépett fel 2–4 nappal a perforatio előtt. Egy esetben Rtg. contrastanyag itatása okozta a perforatiót. A vizsgálatok során 7 esetben megtartott májtompulatról és egy negatív röntgenleletről számol be, felhívja a figyelmet a Judin által ajánlott, 3 testhelyzetben végzett, 2 irányú röntgenátvilágításra.

Ezután a ma használatos conservatív és radicalis műtéti megoldásokra tér ki, majd ismerteti az általuk végzett és utána vizsgált műtéti eseteket. A 14 esetben végzett resectio (1 halál) mortalitása 7.1%. Utánvizsgálatkor sokkal jobb eredményeket látott a resecáltakon, mint az egyszerű eljárásokkal (sutura, sutura + G. E. A.) operált betegeken. Hivatkozva Judinra, ki 426 esetének több mint 3/4 részében resectiót végzett és összmortalitása mégis csak 13.1% (a resecáltaké 7.8%), abban az esetben, ha a beteg állapota megengedi, ajánlja a resectiót.

Matuschek B.: *A III. számú sebészeti klinikán 10. év alatt 304 gyomorátífürödést operáltak.* Eseteikből 61.9% 6 órán túli átfürödés volt, ami ijesztő szám. A resectio előnyei: recidivák a minimumra csökkennek. A gyulladást szöveteket eltávolítjuk. Ulcus jejuni pepticum ritka. A fekélyátífürödés kérdése és a fekély problémája ezzel megszűnt. Az esetleges későbbi rosszindulatú elfajulás is kizárható. Az irodalomból 20 resectiót végző sebész halálozási statisztikáját nézve, ez 0–51%-ig változik. Középeredményt véve 17.9% mortalitásnak felel meg. Ezzel szemben 304 esetükre csak az elvárást elvélve 24.5% halálozás esik, ellenben ez a 6 órán belüli eseteket véve 9.7%-ra csökken. Igaz ugyan, a későbbi resectiónak is van mortalitása; a resectiók mortalitása 3.5–6%-ig nem perforatiós esetekben. A két szám összeadása még így sem éri el a 17.9%-os mortalitást.

A resectio hashártyagyulladásos állapot nélkül is hatalmas feladatot ró a szervezetre. Kétségtelen, hogy a toxikus állapotban és sokban lévő betegre nézve óriási megpróbáltatást jelent a műtét. A resectiókor a sebész gyulladt területeken dolgozik. A resectiónál éppen a gyulladás miatt varrat-elégtelenség lehet, sőt utóvérzések is származhatnak a műtéti területekről. Néha még resectio után is fellépnek panaszok, nem beszélve az ulcus jejuni pepticumról. Nem tagadható az a tény, hogy főleg az acut ulcusok elvárása után a betegek egy része panaszmentes lesz. Betegek közül 48% volt panaszmentes és 16%-ban került a sor későbbi resectióra. 304 esetéből 5 esetben végeztek azonnali resectiót. Mind meggyógyultak. Hat esetben a pylorus annyira beszűkült, hogy GEA-t végeztek. Ezek közül 2-ben azonban a fekély újból perforált. A többi esetben csak suturát végeztünk, esetleg cseplest is fektetve az elvárási helyére. Három esetükben két fekély egyidejű perforációját találták.

Resectio végezhető korai esetben, kevés folyadékterhelés esetén; az egységes eljárás elvét szem előtt tartva, az egyszerű elvárást tartják helyesnek és legenyhébbnek; tekintettel a műtéttel járó halálozás arányilag igen alacsony voltára.

Milkó V.: *A gyomorperforatio műtéti ellátását illetően dogmatikus álláspontra helyezkedni nem lehet.* Minden eset egyénileg bírálendő el a perforatio helye és minősége, az átfürödés óta eltelt idő, a hashártya és a beteg általános állapota, s végül, de nem utolsósorban a műtő vérmérséklete és technikai készültsége szerint. Ezek a szempontok fogják eldönteni, hogy adott esetben a resectio vagy átfürödés egyszerű elvárása lesz-e célravezetőbb. Hozzászóló osz-

tályának jó eredményei alapján arra alkalmas esetben inkább hajlik a resectio felé s ebben a törekvésben megerősítik az újabbban közölt hatalmas anyagra és feltűnően kedvező eredményekre támaszkodó orosz statisztikáik is. A radicalisabb álláspont különösen indokolt a közkórházi beteganyagban, miután ezeknek a betegeknek existentialis érdeke az, hogy bajuktól véglegesen megszabaduljanak, ez pedig biztosan csak a resectio által érhető el.

Március 1-i ülés.

Előadások:

Torday Á.: *A sternalpunctio diagnostikai jelentősége.* Anaemia pernicioza kezeletlen eseteiben a körjelzést támogatja: a vele megállapítható kétes esetekben a betegség, továbbá májra jól reagáló esetekben a remissio. Nem szolgált ellenben elegendő támaszpontot korai esetek felismerésére, sem a májjal már kezelt esetek körismézésére. Felhasználható, bizonyos körülmények figyelembevételével, annak elbírálására, hogy az anaemia pernicioza mellett fennáll-e szövödmény, vagy hogy esetleg nem valami más ok tartja-e fenn az anaemiát. — Agranulocytosisban a sternalpunctióval mutatható ki, hogy a pro-myelocyta, vagy a myelocyta-metamyelocyta alakról van-e szó, vagy más, fiatalkori és segmentált alakok vannak túlsúlyban, ami főleg a prognosiban értékesíthető. Az agranulocytosis és az aplastikus anaemiát a velőlelet alapján lehet esetleges leukemiától, vagy lymphogranulocytosistól, vagy tumortól elkülöníteni. — Werlhoff-kórra jellemző a megakaryocyták megszorodása a velőben. — Bár a vizsgálat körülményes és az egyes sejtalakok biztos felismerése nehéz és gyakorlottságot kíván, remény van arra, hogy a jövőben ezt az eljárást diagnostikai célból és a betegség lefolyásának ellenőrzésére kiterjedtebben fogják alkalmazni.

Telegdi I.: *Leánygyermek gonorrhoeájáról. Fertőzősi módok és kezelési eljárások.* Anamnesisben meglegően gyakran szerepelt „WC”-es eredet. Legtöbbször a beküldő orvos magyarázata alapján. Alaposabb kikérdezés után azonban legtöbbször sikerült kideríteni a fertőzés valódi eredetét. 214 esetből 27 coitus vagy kísérlete révén fertőzött (azért ilyen sok, mert a rendőrség minden ilyen esetet a Szent László-kórházba küld). Szülő, testvér, albérlőtől (közös ágy, fehérnemű, stb.) 73, kórház 6, menhelyi vagy kihelyezett leány 21, bölcsők és napközi otthon 19, óvoda és iskola 28, nyaralás 7, barát 8, intézet 2, „W. C.” csak 41 és ismeretlen 19. Tehát a „W. C.” fertőzés csak elvétve fordult elő. Helyi kezelés: hypermangan, hypermangan-kénsav, zephirol, argoflavin, antagosan, noli hatástalannak bizonyult. Hypermangan-bórsav, chlorzink, rivanol, tryptaflavin, citrom, argil, soramin klinikai gyógyulást eredményezett 3–6 (–10) nap alatt, 25% recidiva. A, B₁, C, D, friss gyümölcskivonat, napozás, quarz — az általános ellenállóképesség fokozása — nem javította az eredményeket. Saját vér, resorcinen, tryptaflavin, rivanol, lázkeltek (tej, typhus, coli, stb.), solganal B 01 injectiók hatástalannak. Folliculus hormon csak átmeneti javulást okozott. Arthigon, compligon, opsogon, go. autolysatum, friss endo- és polyvalens vaccina, go. + coli + staphylococcus: i. v., subcut. és intracut. adva eredménytelen. Neotropin, vestin, deseptyl, neosanamid csekély hatásúak. Uliron, elektyl-re 2–4 nap alatt klinikai gyógyulás. Egy kúra után a folyás pár esetben kiújult, de a 2-ik kúra elején megszűnt. Recidiva az esetek tizedrészében. Bact. gyógyulás az esetek nyolcadrészében. 3x4 nagy 7 napos kúrát kaptak. Vaccina előkészítés, hormon és helyi kezelés nem adott jobb eredményt. 2 beteg uliron-exanthemat kapott. Egy 8 éves leány 42 gr. elektyl után kiterjedt bőr- és nyálkahártyavérzéseket, anaemiát, leukopeniát kapott, 2 hét alatt gyógyult. Szem go.-ban a tej bizonyult leghatásosabbnak.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztályának február 14-i ülése.

Előadás:

Neuber E.: *A skleroma fajlagos reactioi és fajlagos gyógykezelése.* Előadó rámutat arra, hogy a complement-kötéses reactio segítségével lehetett legelőször a skleromabacillus typhus-fajlagosságát kimutatni a tokos bacillusok csoportján belül. Utóbbi reactiót 1908–09. építette ki Goldzieher M. munkatársaival. Rámutatott arra is, hogy az agglutinációs és praecipitációs serológiai eljárások is alkalmasak a skleroma- és az egyéb tokos bacillusok typhus-

fajlagosságának kimutatására, érzékenységükben azonban messze elmaradnak a complement-kötéses reakciók mögött. Különösen rámutat az *allergiás* reakciók megbízhatóságára, melyeket az előadó dolgozott és épített ki, főleg az intracutan allergiás reakciók értékét emeli ki, melyek helyi és igen gyakran gócreakciót is adnak. Felhívja a figyelmet arra is, hogy az allergiás reakciókat az anergiás skleromás betegek nem adják, utóbbiakat előbb roborálni kell. A roborálást előadó kezdetben vas- és arsenkészítményekkel kísérte meg, mely fáradásai azonban meddőek maradtak, végül az aranyterápiában (solganal B) találta meg a legértékesebb roboráló gyógyszert. Éppen ezért az anergiás, későbbben pedig minden skleromás beteget a fajlagos vaccina-kezelés előtt megfelelő aranykezelésben (2–5 solganal B) részesített s csak azután tért át a fajlagos vaccina-kezelésre. Előadó rendkívül fontosnak tartja az adagolás módját s ebből a célból megfelelő biológiai módszert dolgozott ki. A vaccina-kezelést kb. 4–5 naponként adja, fontosnak tartja továbbá hogy lehetőleg minden kedvező adag mérsékelt helyi- és górcsereakciót váltson ki. Körülbelül 10–15 vaccina-kezelést kap a beteg egy kurában.

Rendszerint egy ilyen kombinált (arany + fajlagos vaccina) kezelés elegendő a teljes gyógyuláshoz; amennyiben egy ilyen kombinált kúra nem volna elegendő, akkor 6–8 heti pihenés után egy második, esetleg egy harmadik kúra is végezhető.

Legújabb fajlagos gyógyeljárásai közé tartozik: a *fajlagos reconvalescens savóval*, továbbá *skleromás reconvalescens vérevel* történő gyógykezelés. Utóbbiak elsőrangú gyógyhatást fejtenek ki, különösen akkor, ha a skleromás szervezet erősen leromlott és legyengült, s nem alkalmas vaccina-kezelésre, amely utóbbi esetben a szervezetnek magának kell a fajlagos reagínokat kitermelni. A reconvalescens savóval a skleromás beteg készen kapja a fajlagos reagínokat, melyeket rögtön értékesíthet. A skleromás reconvalescens vérevel történő kezelés (vérátömlesztés) tulajdonképpen a legbiztosabb és leggyorsabb gyógyeljárás, sajnos csak ritkán alkalmazható, mert skleromás reconvalescens egyén sem áll mindenkor rendelkezésre, a vérátömlesztés alkalmával ezenkívül a vércsoportokra is tekintettel kell lennünk.

Végeredményben megállapítja, hogy fajlagos gyógyeljárásaival skleromás beteget az utóbbi esztendőben kivétel nélkül meggyógyította s e kísérleteivel a skleroma kórismézésének és gyógyításának a kérdését megoldott problémának tekinti.

Bemutatás:

Lénárt Z.: Két *Neuber-féle vaccina-kezeléssel* gyógyított skleroma esete. Az első beteg Békés megyében lakó 56 éves férfi, aki tracheotomizálva került a klinikára. A hangszálak alatti nyálkahártya hatalmas megvastagodása 2–3 mm-nyire szűkíti a glottist. Tbc-re, luesre negatív a vizsgálati eredmény. Az intracutan allergiás reactio skleroma vaccinával már 100-szoros hígítással erősen pozitív volt. Nyolc vaccina oltás után a glottis-rés, különösen hátul tágabb lett, de a beteg fogyott. Solganal curát végeztünk, mire a beteg meghízott. Ezután újabb specificus kúrát kezdtünk. Allergia $1/10$ hígítású vaccina gyenge, $1/5$ hígítás erős reakciót váltott ki. A kezelést $1/10$ hígítással kezdjük; az injectiók erős localis, kisebb általános reakciót okoztak. Az első 8 oltással összesen 21 általános vaccina injectiót kapott. A vaccina-kezeléssel egyidejűleg a géget O'Dwyer tubusokkal tágitotta. Az első alkalommal a 2-es számú tubus volt bevezethető, ezután a tubusvastagságot úgyszólván esetről-esetire fokozni tudta és meglehetősen rövid idő alatt a 18-as számú, kb. gyűrűsujnyi vastag tubus volt bevezethető. Jelenleg a glottis annyira tág, hogy a beteg bedugaszolt cannul lélegzik és a canulát el lehet távolítani. (Ez a bemutatás utáni napon megtörtént.)

A második beteg Budapesten lakó 45 éves nő. A jobb orrbemenetben az alsó kagyló mellső végére ráterjedő, halványvörös, kemény, fájdalomatlan infiltratum látható, a choanák szélén különösen a jobboldalon hasonló beszűrődött csomók vannak. Az orrbemenet infiltratumból próba-excisziót végeztünk. A szövettani vizsgálat skleromát derített ki. Ezután elvégeztük a skleroma intracutan reactióját, amely alkalommal a 100-szoros hígítású vaccina is erős bőrreakciót okozott. Hat solganal injectio után, 100-szoros hígítással megkezdjük a specificus vaccina-kezelést. Nyolc oltás után az orr mellső részén lévő beszűrődés helyén sima heg látható, a bal choana eléggé szabad, a jobb choanában fennáll még az infiltratum.

Felhívja a figyelmet arra, hogy az eredmény szempontjából nagyon előnyös, ha nem várjuk meg a fajlagos kezelés befejezését, hanem a beszűrődéseket korábban kiirtjuk

és a gégében korán kezdjük el a rendszeres dilatációt. Az általános és helyi gyógyítás kombinálása kitűnő eredményt nyújt és a betegek jobban reagálnak a fajlagos kezelésre.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Gynaekologiai Szakosztályának febr. 16-i ülése.

Bemutatás:

Pallós K.: *Ritka petefészekdaganat esete.* A II. sz. női klinikán észlelt fibroma thecocellulare xanthomatodes ovarii (Löffler—Priesel tumor) esetet mutat be. Az 52 éves ásszony jobboldali diónyi petefészekdaganata rendellenes vérzéseket okozott. Emiatt méhkaparás: a nyálkahártyán nagyfokú glandularis hyperplasiát mutatott. Mivel a rendellenes vérzések castratiós röntgenbesugárzásra nem szűntek meg, eltávolították a méhet és függelékeit. A hátsó falban myoma, az izomzatban endometritis. A jobboldali petefészek diónyi daganata jellegzetes theca-sejtű daganat. Felhívja a figyelmet a theca-sejt daganatok és a granulosa sejt-daganatok azonos tüneteire és hasonló szövettanára. Kiemeli azonban a thecasejt-daganatok kifejezetten desmogen jellegét. A thecasejtű daganatok — éppen úgy, mint a granulosa-sejt-daganatok — mesenchymalis eredetűek. A kettőt egymástól csak fejlődésbeli fokozatok választják el. A bemutatott esetben a röntgenbesugárzás nem szüntette meg a beteg vérzéseit: ebből azt a következtetést vonja le, hogy a theca-sejtű daganatok a röntgenbesugárzással szemben resistensebbek. Inoperabilis, vagy teljesen el nem távolítható daganatok esetében ezért a besugárzásnak nagyobb adagokkal kell történnie.

Előadások:

v. Sövényházi Á.: *A szülési shokról.* A környéki vér- és nyirorendszer kóros működészavarának következtében beálló keringészavart — a „minus dekompenzatiót” pathológiai klinikai vonatkozásaiban ismerteti. Az elméletek érintésével különösen a gyakorlati részekre tért ki. Szüléssel kapcsolatban a vegetatív idegrendszer ingadozó egyensúlyi helyzete és sok egyéb körülmény teszi lehetővé a shock, — illetőleg collapsus kifejlődését. E két elnevezés ma már ugyanazon fogalom, illetőleg körkép jelölésére használatos.

Néhány, — különböző alapon kifejlődött és gyógyult — jellegzetes szülési shock esetet ismertet. Ezek alapos klinikai észlelésével világítja meg a kérdést. A gyógykezelés sikerének alapfeltétele a körkép felismerése és az alapok lehető kikutatása. A differential-diagnosis nehézségei közepette az azonnali vörös-vérsejt-számolásnak van nagy jelentősége.

A szülési shock-esetek legnagyobb része 4 főcsoportba foglalható: 1. anaemiás; 2. neuritikus, 3. kevert (vérszegény és ideges alapon) és 4. toxikus collapsus. A gyógykezelés a modern szerzők szerint: 1. az érmozgató központ izgatását; 2. a környéki vérdepók kiürítését; 3. a vérszegénység növelését célozza. A különböző kezelési módok mellett, súlyos esetben mindig a vérátömlesztés vezet célhoz.

Fekete S.: *A szülési shock esetei* ma gyakrabban észlelhetők, mint két évtized előtt. Osztályán két és félezer szülés kapcsán 4 esetet észlelt. A megülő shock-készség mellett néha csekély jelentőségű segítő tényezők váltják ki a shockot, így pl. kisebb vérzés, a már levált lepény kinyomása, intravenás injectio. Törvényszéki szempontból fontos, hogy ezeknek a „kiváltó” tényezőknek a jelentőségét ne becsljük túl. Magát a shock-készséget néha constitutionalis tényezők előre engedik sejtetni: általános hypoplasia, kis szív, keskeny aorta, vagotonias hajlam. Több hajlamosító adottság esetén az egyébként csekély zavarok nem csak összeadódnak, hanem valósággal hatványozódnak.

Shock különböző formában nyilatkozhatik meg. Egyik esetben a rendes szülés után 1.5 és 10 órával később jelentkezik shock, annak ellenére, hogy a szülő nő állandó megfigyelés és kezelés alatt volt. Később a gyermekágyban látászavar mutatkozott, a szemészeti lelet az a. centr. retinae görcsét mutatta. Az ilyen esetek könnyen összetéveszthetők görcsnélküli eklampsia eseteivel. Fontos a shock idejekoráni felismerése. Ebben a pulszszám s teltség általában használható jel, de vannak esetek, ahol a szapora pulzus átváltozik ritka érverésre s ez megtéveszt. Emiatt ajánlja a vérnyomás rendszeres mérését a terhesség s szülés alatt. Jól használható az előadó által is alkalmazott vörös-vérsejt-számolás, amely talán az anaemiától elkülönítést is lehetővé teszi.

A shock gyógyítására nem ad adrenalint, mert ez a szív munkáját erősen megnehezíti. A coramin, tetracor, lobelin, icoral, camphor, coffein, strychnin mellett legjobb

az intravenás cukor, konyhasó, s vérátömlesztés. A szülészeti osztályokat úgy kell berendezni, hogy vértadó percek alatt rendelkezésre álljon.

Batizfalvy J.: Hogy az elvesztett vér mennyiség ön-magában nem lehet elegendő magyarázata a súlyos, esetleg halálhoz vezető collapsusnak, arra már volt alkalma rámutatni a méhenkívüli terhesség folytán műtét nélkül elhunytakról szóló munkájában (1925.), amikor pontos mérések állapították meg a hasüregebe kiömlött vér mennyiségét, ekkor kitűnt, hogy aránylag nem túl sok vértől is bekövetkezhet elvérzés, amiben nyilván az egyéni constitúciónak van jelentékeny szerepe. A collapsus gyűjtőfogalma alá tartozó körkép egyes eseteiben nem egyszer bonctani substratumot is állapíthatni meg, amilyen volt az az észlelése, amikor a szülés utáni hirtelen halálnak magyarázataként a boncolás a szív ingervezető kötegébe történt vérzést állapított meg.

Vannak betegek, akik a vérátömlesztéstől — megfelelő csoport ellenére — súlyos collapsus állapotába juthatnak, ha a vérátömlesztés nem verpótlás, hanem egyéb célból történik, mint amilyen vérátömlesztést végeztek évekkel ezelőtt, amikor vajudó vérével próbáltak szülést megindítani, túlhordás esetén. Ha súlyosan anaemiás betegnek adjuk ugyanazt a vért és az állapot nem javul, hajlandók vagyunk az esetleges rosszabbodást, collapsust az anaemia rovására írni, holott lehetséges, hogy épen a vérátömlesztés volt a rosszabbodás kiváltó oka.

Laczka S.: Shok az arra hajlamos egyénekben jelentkezik, kiken bizonyos fokú belső secretiós zavar van. Jelentkezhet félelemérzés kiváltása folytán is. Egy kétoldali adnextumoros betegnek 37.6 C°-os hőmérséklet mellett 20.0 ccm sajátvér-injectiót adott. Az első injectiós simán viselte el, a második sajátvér injectio után félórán tartó súlyos shokot kapott, melyből kezelés után magához tért.

Egy VI—VII. hónapos terhesen kis vérzés miatt hüvelytamponade történt. A tampon másnap eltávolítását követő hüvelyöblítés közben olyan erős shokot kapott a félelemtől, hogy pár percen belül, még az ágytálon meghalt. A boncolás nem tudott más egyebet, mint status thymikolympathikust kimutatni.

Horváth K.: Az elhúzódozó szülés. Az I. sz. női klinika 10 éves anyagában 18.329 szülésből 2160 esetben haladta meg a szülés ideje az átlagos értékeket (I. P. esetében 24, M. P-ban 12 órát) 295 esetben a szülés 48 óránál tovább tartott.

A szülés elhúzódozásának végső oka legtöbbször fájás-nyengeség, de az elsősleges kiváltó okok között a szülési rendellenességek igen nagy csoportja szerepelt. Az elhúzódozó szülések után mind az anyai, mind a magzati halálozás kb. kétszer akkora, 48 órai vajudás után született magzatok halálózása közel kétszer akkora, mint a klinika egész szülészeti anyagában; gyakoribb az atonia és a lepény kézzel történő leválasztása is. A lázas gyermekek száma főleg a szülés extrem elhúzódoása mellett emelkedik; általában gyakoribb a gyermekági hőemelkedés és involutiós zavar, mint egyébként.

Fájáskeltők helyes alkalmazásával, görcsoldó szerekkel (atropin+papaverin) a méhszáj kézzel történő tágitásával, ballon behelyezésével, arra alkalmas esetekben művi burok-repszéssel, tehát aránylag csekély és kevésbé ártalmas beavatkozással, — megfelelő javallattal mellett a fogóműtét és császármetszés idejében elvégzésével célszerű a szülés gyorsítása, vagy befejezése, mert ezáltal eredményeinket kedvezőbbé tehetjük.

Bud Gy.: A meleg, hasátkötés, különösen pedig az ujjal történő méhszajtagítás és mint adjuvans a chinin-thymophysin, stb. jól bevált fájáskeltők. Jó a szerzetet phentetése is.

Nem ismerjük a szülés motoros automatizmusát. A terhesség a pete növekedési tényéből származó élettani inger, amelynek hatására párhuzamosan növekszik a méh. Saját szülészeti észleléseiben elméletileg, a chorionepithelioma klinikuma révén, sikerült a petében és anyában elkülöníteni egy III. idegrendszer, amit a Spemann-féle organisátorral azonosnak fog fel. Transformator-organisátorok nevezte. Ha ez bennül, akkor a chorionbolyhok chorionepitheliomává, a bakteriumok invasív természetűvé transformálódnak. Az eklampsia motoros tüneteit a terhességi inger okozta sejt-

transformálódás előzi meg. A pete transformator-organisátora hat az anya III. idegrendszerére és ezúton annak sejt-szövetjei transformálódva növekszenek. A terhesség megszakadtával a mesenchym sejtek makrophagokká lesznek és sejteltakarítással, bakteriumok elleni küzdelemmel foglalnak (Stieve). Itt látja a védekezés kérdésének nyitját. Az anya belső secretiós apparatusa is transformálódik. A magzat 280 nap alatt fejlődik ki, lassan túlsúlyra jutnak a fájáskeltő hormonok és a többi ingerrel együtt megindítják a szülést. Az anya motoros berendezése eltávolítja a magzatot transformator-organisátorával együtt.

Batizfalvy J.: Az elhúzódozó szülés okai között megemlítenének véli a korai lepényleválást, különösen annak toxikus alakját, az ú. n. uteroplacentaris apoplexiát, aminek épen egyik igen jellegzetes tünete a tágulási szak nagyfokú elhúzódoása, illetőleg teljes elakadása azáltal, hogy az izomzat túlságosan feszült, illetőleg a benne keletkező vérömlenyek folytán rhythmusos összehúzódoásra képtelenné válik.

Az elhúzódozó szülés kezelésében még jobban hangsúlyozandónak tartja a görcsoldószerek alkalmazását (spasmalgin), amivel akárhányszor sokáig elhúzódozó szülések lefolyását feltűnően meg lehet gyorsítani. E szerek adagolását újabban thymophysinek egyidejű alkalmazásával kombinálják.

A Magyar Phonetikai Társaság febr. 21-i ülése.

Bajkay T. alelnök elnöki megnyitójában meleg szavakkal üdvözlöi a Felvidék visszacsatolása alkalmából a felszabadult és visszatért magyar testvéreket. A magyar tudomány érdekében a kitartó munkálkodás és a külfölddel felvett kapcsolatok kimélyítésének szükségességét hangsúlyozza. A beszéd és a hangtan fejlődését ismerteti és rámutat arra, hogy külföldön a régebben létesített és kitűnően felszerelt intézetek értékes munkát fejtenek ki a beszéd- és hanghibákban szenvedők érdekében és a tudományok fejlesztésében. Magyarországon nagy haladást jelentene, ha az iskolák mellett 1900-ban létesített, de a világháborút követő anyagi nehézségek folytán megszüntetett logopaediai osztályok, amelyekről a külföldi megszűntetett logopaediai osztályok, amelyekről a külföldi szegzők is elismeréssel emlékeztek meg, újból felállíthatnának.

A főtitkár, pénztáros és számvizsgáló bizottság jelentése, majd a felmentvény megadása után *Schulmann A.* indítványára a közgyűlés a most lelépő tisztikarnak odaadó és fáradhatatlan működéséért jegyzőkönyvi köszönetet szavazott meg. A közgyűlés ezután a következő tisztikart választotta meg:

Elnök: *Bajkay Tibor*, ügyvezető alelnök: *Schulmann Adolf*, ülésevezető alelnökök: *Némái József, Istenes Károly*, főtitkár: *Polyánszky Tibor*, titkár: *Sófalvy Rózsa*, pénztáros: *Szecsény György*, ellenőr: *Molnár Imre*, számvizsgáló bizottsági tagok: *Szolcsányi János, Rehák Pál, Szilvássy Sándor*, számvizsgáló bizottsági póttagok: *Meszleny-Martón Elemér, Ujhelyi Erzsébet*, választmányi tagok: *Ajkay Zoltán, Balassa József, Deseő Dezső, Kelemen György, Lénárt Zoltán, Liebermann Tódor, Réthy Aurél, Safranek János*.

Bajkay T. elnök megköszöni a maga és tisztviselőitársai nevében a megtisztelő bizalmat. Méltatja a Társaság előző elnökeinek, *Farkas Géza, Lénárt Zoltán* és *Sarbo Artur* professoroknak hervadhatatlan érdemeit és a Magyar Phonetikai társaság munkájához fáradhatatlan működésüket felajánlja.

Sófalvy R.: Adatok a hibásbeszédűek örökléséhez. Több szerző felfogásának a vázolója után főképen a Gyógy-pedagógiai Tanárképző Főiskola áll. kórtani- és gyógytani laboratóriumának (*Szondi dr.*) örökléskutatási eredményeit ismerteti:

A dadogás az esetek 80%-ában öröklött genuin megbetegedés és ezt a következők bizonyítják: 1. A dadogók megjelenése a születési sorrendben; 2. Ahol utánzás gyanúja merül fel, ott kimutatott, hogy a dadogó családjában vagy a nagynéni, vagy az unokatestvér, vagy egyéb rokon dadogott; 3. A dadogás örökletessége és a dadogók öröklési talajának szigorú azonossága, vagyis a dadogók családjában 30%-ban öröklődik a dadogás homolog, azaz azonos formában. A dadogók öröklési talajából jövő családtagok között az epilepsia és a migrain gyakoribb, mint az átlag-

népesedésben. A szülők között 15-szörösre, a testvérek között 7-szeresre, a szülők testvérei és a nagyszülők között 3-szorosra emelkedik a gyakoriság az epilepsiában; migrain esetében a testvérek közül 2-szeresre, szülők közül 5-szörösre emelkedik a gyakoriság a dadogók családjában, mint az átlag népesedésben. Szondi szerint a dadogás az epilepsia és a migrain szoros öröklésbiológiai rokonságban állanak. Ezt M. Scheemann 260 dadogón végzett saját kísérleteivel is alátámasztotta és megerősítette. A genealogiai kutatások során az öröklés biológiai exact módszerekkel kiszámították, hogy a genuin dadogás két öröklési tényező által determinált, két-tényezős, visszaütő (dimer recessiv) átöröklést mutat. A mendeli törvények alapján ebből folyik: ha mind a két szülő genuin dadogó, úgy 25%-os lesz a dadogó gyermekek száma. Ha mind a két szülő egészséges, de a családban örökletes a dadogás, úgy a gyermekek 6-9%-a fog dadogni. A genealogiai vizsgálatok beigazolták, hogy az epilepsia, migrain és a dadogás örökletes talaja azonos, mert a dadogók családjában az epilepsia és a migrain megjelenése feltűnően gyakori. A megbetegedési számok az epilepsiára és migrainre a dadogók családjában ugyanolyan nagyok a testvérekre kiszámítva, mint epilepsiára, illetve migraines családot testvéreik. Ha az egyik szülő epilepsiás, vagy migraines, az utódok között ugyanannyi dadogót találunk, mintha az egyik szülő dadogó lett volna. Akár epilepsiás, akár dadogó szülőktől indulunk ki, mindig kétfactoros, visszaütő, tehát a dimer recessiv átöröklési irányban oszlottak meg a dadogók és nem dadogók, az epilepsiások és nem epilepsiások, a migrainesek és nem migrainesek az utódok között.

Schulmann A.: A gyogyepedagógiai kórtani laboratóriumnak alkatelemző és örökléskutató munkája a beszédneurosisok sok terén értékes megismerésekhez vezetett. Megmutatta, hogy ki a dadogó és milyen őstalajból származik. Ezek a megismerések a dadogó beszéd javítását is megfelelő irányba terelték azzal, hogy az egész ember veendő a gyógyítás alapjául. Az örökléskutatás eredményeiből azt a tanulságot kell lezűrünk, hogy a beszédneurosisok leküzdésében a praeventio nagyon fontos. Kötelességünk olyan nevelési és orvoskezelési rendszert kiépíteni, amelyen a praeventio nemcsak óhajként, hanem tényként érvényesül. Ha tekintetbe vesszük, hogy az összalkosság 3%-a szenved valamilyen beszédzavarban, amely socialis és jellembeli értékében károsítja az egyént, úgy ezt népbajnak lehet minősíteni és praeventióval kell ellene a küzdelmet megindítani.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift. 14. sz. Gottlebe P.: Klinikai tapasztalatok depotinsulinnal; — Steinebrei H.: A C-vitamin telítési mértéke koraszülötteken; — Schäfer R. és Gennerich H.: A thrombocyták vércsoportspecifikusa; — D'Alessandro G.: Haladás a tuberculosis serodiagnostikája terén, különös tekintettel egy új reactióra; — Griebel: Glossitis superficialis, mint hypovitaminosis és viszonya a nyelvtuberculosishoz; — Andersen O.: Vizsgálatok paraffinolaj hatásáról az A-vitamin felszívódására; — Hesse E.: Silicium és a nyúl cholesterinsclerosis; — Scheid W.: Psychosisok a gyomor-bél funkció zavarai; — Nordbö R.: Calciumionok aktivitásának meghatározása biológiai folyadékokban; — Jakob A.: A vérfesték lebontása tiszta bakteriumtenyészetekkel és a koproporphyrin III. biológiai synthesise; — Duesberg R.: A vérkeringés kezelése lobaris pneumoniában.

Münchener Medizinische Wochenschrift. 14. sz. Rostock P.: August Bier; — Lang J.: Széljegyzetek a meniskus-ártalom kérdéséhez; — Müller R.: A schizophrenia görcskezeltése és combnyaktörés; — Betzmann A.: Idegentestek a mellhártyaüregben; — Payr E. Kávéalj a gyomor-bélcsatorna és epeutak betegségeinek kezelésében; — Zwicker A.: Az epeutak röntgendiagnostikája; — Rascher S. és Trumpp: Kristallographiai rákdiagnózis; — Reding R.: Mit kell tudni a gyakorló orvosnak a rákkutatás általános eredményeiről? Höfer: A veleszületett ferdenyak kezelése; — Knorr M.: A száraz és nedves sterilizálás előnyei és hátrányai; — Magnus G.: Súlyos fertőzés alszárnyvőértágulat könnyű fel-sebzése után; — Pochlmann: A novocaintúlérkenység kezelése; — Schmitz: A műtéti eredmény szavatolása.

Deutsche Medizinische Wochenschrift. 14. sz. Runge H.: Az elhúzódo terhesség; — Dennig H.: Vészes vérszegénységben szenvedő betegek orvosi és socialis gondozása; — Wannemacher E.: A fog streptococcusfertőzése és a dentalis gócfertőzés; — Morell Th.: Synthetikus hormon vagy

teljes mirigykivonat az emberi hormonkezelésben; — Mohr H.: Mekkora az ember C-vitaminszükséglete; — Nuck: A Talcum-portüdő; — Prockat F.: Technikai óvintézkedések a portüdőbetegségek megelőzésére; — Waldeyer L.: Functionalis zavarok kezelése a nőgyógyászatban; — Kahmann I.: Keringési zavarok kezelése; — Peiper A.: „Állati hypnózis” gyermekeken.

Wiener Klinische Wochenschrift. 14. sz. Gabriel E.: Alkoholkérdés és ifjúsági mozgalom; — Dworacek E. és Pesta H.: A keratin spektralanalytikai kimutatása stb.; — Winwarter T.: Az epeutak műtéti anastomosisai; — Schwab N.: Az utódelfajzás elleni törvény végrehajtása és eredményei.

Medizinische Klinik. 14. sz. Magnus G.: Friss sebek primaer ellátása; — Schöne G.: Száraz, vagy nedves kötés; — Lehmann I. C.: Individualizálás a kábítószer megválasztásában; — Finsterer H.: Az érzéstelenítés jelentősége a laparotomiák lefolyására; — Baumgartner W.: Az osteomyelitis oka és lefolyása; — Regensburger R.: Adat a keresztjáji fájdalom kóroktanához; — Fick W.: Újabb klinikai tapasztalatok a pleuraempyema lefolyásáról és kezeléséről; — Petermann I.: Anastomosisok az epeutak és a gyomor-bélcsatorna között; — Wildegans H.: A heveny appendicitis korai diagnosisa; — Rieder W. és Seggel R.: A lépkürtás javallata és végleges eredményei.

La Presse Médicale. 27. és 28. sz. Hamburger M. és Courtin R.: Hyperfolliculinia által okozott psychikus és infundibularis tünetek; — Martin E. és Sciclounoff F.: A provocált hyperglykaemia alacsony görbéinek klinikai jelentősége; — Letulle R.: A Nicolas-Favre-betegség; — Delanoë E.: Trachomatherapia; — Leriche R. és Jung A.: Vizsgálatok a Popa-féle cerebrostimulinnal; — Lombard P.: Cheiloplastikák; — Clément R.: A dolichostenomelia (Arachnodactylia, dolichostenia, Marfan-féle tünetcsoport); — Ramond L.: Anaemia, láz és subikterus.

The Journal of the American Medical Association márc. 25. R. Frits: Időszakos egészség-vizsgálat, mint klinikai vizsgálati módszer; — H. A. Lindberg, M. H. Barker: A thio-cyanatok toxikus tünetei; — C. F. Garvin: A thio-cyanatok halálos mérgezési tünetei; — I. E. Benjamin, I. M. Ruegger és F. A. Senior: Keresztezett fertőzés pneumococcus-pneumoniában; — H. M. Margolis, G. Krause: Postoperatív parathyreoidás-tetania; — I. H. Stokes, N. R. Ingraham jr.: Syphilis és a törvény; — I. Millet: Az arc diabetes okozta gangraenája; — I. I. Müller, H. K. Faber: Immunisatio számárköhögéssel szemben.

VEGYES HIREK

Személyi hír. Miskolc Dezső professort a Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiatern levelező tagjává választotta.

A balatonfüredi Orvoshét előadói. Május 15-től 21-ig a balatonfüredi Orvoshét előadásait — eddigi értesítések szerint — a következők fogják megtartani: Angyán János, Bakay Lajos, Bókay Zoltán, Burger Károly, Hainiss Elemér, Miskolc Dezső, Verebélj Tibor egyetemi ny. r. tanárok, Schmidt Ferenc egyet. rk. tanár, Barla-Szabó József, Borsos László, Haynal Imre, Perényi Gábor, Udvardy László, egyet. magántanárok, Szukováthy Imre e. ü. főtanácsos, Sümeji József e. ü. tanácsos és Steiger-Kazal Dezső kórházi főorvos. Orvoshallgatók jelentkezhetnek a balatonfüredi fűrdőgazgatóságnál.

Az Orvosképzés 2. száma megjelent a következő tartalommal: Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottságának közleményei: Darányi Gyula: Adam professor 25 éves jubileuma; Balogh Ernő: Sejték, szövetek kóros alakjait tüntető szemléltető újabb biophysikai módszerek; R. Prigge (Frankfurt a/M): Az immunbiológiai kutatás újabb problémái; Hetényi Géza: A colitisről; Kövestillegthy Iván: A húgycsőrák sugaras gyógyítása; Horányi Béla: Vitamin és idegrendszer; v. Sövényházy Ágost: Myomások szülése; Oláh Emil: Újabb megfigyelések az iritis rosaceáról; Remetei Fülöp Ferenc: Adat a rejtett here csavarodásához; Kassay Dezső: Beszámoló a Kassay-féle „amigdialektom”-mal végzett műtétekről; ifj. Scipiades Elemér: Egyes megfigyelések amerikai tanulmányutamon; Juvancz Iréneusz: Basedow-kóros és hyperthyreosisos nők alkatának jellemző méreteiről; Molnár László: A stomatologia haladása és fejlődésének iránya az utóbbi években (Összefoglaló referátum.) Könyvismertetés.

A „LEO RETARD INSULIN“ — protamin Insulin — standard készítmény, megbízható, egyenletes hatású

HETIREND

Április 17-én este 7/17 órákor a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Nyíró Gyula*: A heveny elmezavar kórjósolata.

Április 19-én d. u. 6 órákor az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága előadássorozata (Bőr- és nemikórtani klinika). *Neuber Ede*: Újabb irányelvek a bőr- és nemibetegségek kórismézésében és gyógykezelésében.

Április 21-én d. u. 6 órákor a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése. Bemutatás: *Romhányi György*: A szív fejlődésmechanismusa. (Hydrodinamikai modell és rajzfilmbemutató.) — Sorozatos előadások havonta: Az újabb kutatások eredményei a gyakorló orvos szempontjából. V. előadó: *Benedek László* (ideggyógyászati szempontból), *Bakay Lajos* (sebészeti szempontból): A központi idegrendszer térszűkítő folyamatairól, főképen az agydagangokról. — Hozzászólók: *Horányi Béla*, *Juba Adolf*, *Környei István*, *Kulcsár Ferenc*, *Lang Imre*, *Lehoczky Tibor*, *Mátlay György*, *Perémy Gábor*, *Romhányi György*. — Tekintettel arra, hogy az előadók óhaját értelmében az ülés tárgysorozata egy estén befejezendő, az ülés pontosan 6 órákor kezdődik és előreláthatólag csak 9 órákor fog befejeződni.

Április 25-én: d. u. 6 órákor a Magyar Gyermekorvosok Társasága ülése (Gyermekklinika tantermében). *Zimányi István*: Kéthetes újszülött szokatlan tünetekkel kísért sinus-thrombosisa. (Mult ülésről elmaradt.) *Flesch István*: Acut myelosis. (Mult ülésről elmaradt.) *Romhányi József*: Lépvénastenosis. *Kerpel-Fronius Ödön*: Vele született struma újszülöttben. *Lévai István*: Urticaria pigmentosa. *Gergely Károly*: Csecsemőkori csonttörékenységek esete.

Frontátvonulások és kísérőjelenségeik március 28.— április 10. között. A kéthetes időszak első két napján három erős fejlettségű front (egy felsiklási front és két betörési front) vonult át felettünk, ami példátlanul erős frontopathicus megterhelést jelent. A hét többi napjain a frontátvonulások száma általában még jelentékeny volt, de fejlettségük már csekélyebb lett. Az április 3-iki felsiklási front praefrontális szirokkója azonban a déli és délutáni órákban sok panaszt okozhatott. A második hét frontokban szegény volt. A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatóak.

Átvonulás ideje Budapestben	A front lejtéje		Fejlettsége	Kísérő eseményei
	hó	nap			óra
Március	28	1	betörési	mérsék.
	28	15	felsiklási	erős
	28	16	betörési	mérsék.
	28	19	erős	erős
	29	1	..	..
	30	8	..	mérsék.
	30	18	..	gyenge
	30	22	felsiklási	gyenge
	31	10	betörési	gyenge
	31	18	..	gyenge
Április	31	21	..	gyenge
	1	8	..	gyenge
	1	14	felsiklási	gyenge
	2	2	betörési	gyenge
	2	3	..	mérsék.
	2	7	..	gyenge
	2	8	..	gyenge
	2	11	..	gyenge
	2	13	..	gyenge
	3	18	felsiklási	mérsék.
3	13	betörési	gyenge	
4	10	..	..
4	22	..	..
5	5	..	mérsék.	
6	10	..	..
8	12	..	gyenge	
9	1	..	..
9	4	..	..
9	16	..	..
10	6	..	..
10	19	..	..

1886—1939. sz.

Alapítványi Közkórház, Gyöngyös.

PÁLYÁZATI HIRDETMEY.

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

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

A pályázni óhajtok szabályszerűen felszerelt és felbepregetett kérelmei a Gyöngyösi Alapítványi Közkórház bizottságának címezve, a kórház igazgatóságához küldendők meg. Pályázati határidő 1939. május 8. napjának déli 12 órája. Elkésve érkezett, a már közszolgálatban állók által pedig a szolgálati út megkerülésével beadott, vagy hiányosan felszerelt kérelmeket figyelembe nem vehetem.

Pályázhatnak nőtlen orvosdoktorok, vagy orvosnők. Magángyakorlat nincs megengedve. Az állás azonnal elfoglalandó. A választás egy évre szól, azonban javaslatomra további egy-egy évre meghosszabbítható. Távozás két hónappal előbb bejelentendő.

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

Gyöngyös, 1939. április hó 3.

Dr. Wiltner Sándor
igazgató-főorvos.

230—1939. kig. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMEY.

A nógrádvármegyei „Mária Valéria” közkórházban lemondás folytán megüresedett *alorvosi*, illetve az esetleges előléptetés folytán megürülő egy *kisegítő orvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek.

Az alorvosi állások javadalmazása a 124.000—1926. N. M. M. sz. miniszteri rendeletben megállapított fizetés. 1 szobából álló lakás és tisztai ételmezés, amelyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. Pályázhatnak nőtlen, illetve hajadon orvosdoktorok. A kinevezés 2 évre szól, mely további 2—2 évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható.

A kisegítő orvos alkalmaztatása ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető és végleges alkalmaztatásra jogalapot nem szolgáltat. Az alkalmaztatás csak egy évre terjed és újabb pályázat által kerül újra betöltésre. Javadalmazása a kisegítő orvosnak másodmagával természetbeni lakás, fűtés, világítás és tisztai ételmezés, havi 80 P díjazás.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények 1939. május 20-án déli 12 óráig Baross József dr. főispánhoz címezve a kórház igazgatójához nyújtandók be.

A pályázati kérvényhez csatolandó: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. erkölcsi bizonyítvány (politikai megbízhatóságról); 3. magyar állampolgárságot igazoló okmány; 4. magyar orvosi diploma; 5. curriculum vitae; 6. testi és szellemi alkalmasságot igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány. Esetleges eddigi működést igazoló bizonyítványok.

Balassagyarmat, 1939. április 6.-án.

Kenessey Albert dr. s. k.
m. kir. egészségügyi főtanácsos,
kórházigazgató-főorvos.

Svábhegyi Szanatórium

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

Lahmanszerű kúrák

Bircher-Benner-féle nyers-diéta

TONSILLITIS esetén azonnal hat **MEDOBIS KUP-CHINOIN** 2 db-ot tart doboz

Magyarországon 1939 március 26 tól április 1-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb.) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Ce-rebroszp. e.		Poliomyelitis ac. ant.		Anthrax		Morbilli.		Varicella		Pertussis		Influenza complic.		Malaria		Typhus exanth	
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt
1. Abaúj-Torna	157.551	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	5	4	—	2	—	—	—	—	—	—	
2. Bács-Bodrog	115.387	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
3. Baranya	251.803	1	—	1	1	—	—	3	—	3	—	1	—	—	—	—	—	35	10	21	3	4	—	—	—	—	—	—	
4. Bars és Hont	145.389	3	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	
5. Bereg és Ugocsa	162.173	6	1	—	—	—	—	3	1	1	—	1	1	—	—	—	—	1	1	6	—	25	—	—	—	—	—	—	
6. Békés	339.708	—	—	—	—	—	—	8	—	1	—	—	—	—	—	—	—	28	3	5	1	2	—	—	—	—	—	—	
7. Bihar	183.857	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	30	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	
8. Borsod	298.610	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	1	3	—	2	—	—	—	—	—	—	
9. Csanád-Arad-Torontál	174.715	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	14	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	
10. Csongrád	147.834	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
11. Esztergom	101.932	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	
12. Fejér	230.967	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
13. Gömör és Kishont	104.459	5	—	—	—	—	—	1	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
14. Győr-Moson	157.476	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	39	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	
15. Hajdú	183.748	—	—	—	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	42	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	
16. Heves	324.836	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	17	3	2	—	1	—	—	—	—	—	—	
17. Jász-Nagykun-Szolnok	426.074	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	2	7	—	1	1	—	—	—	—	—	—	
18. Komárom	287.234	4	—	—	—	—	—	2	—	12	—	—	—	—	—	—	—	24	3	2	6	—	—	—	—	—	—	—	
19. Nógrád	256.727	2	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	4	12	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
20. Nyitra és Pozsony	190.811	1	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
21. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.503.136	2	—	—	—	2	—	23	—	48	—	—	—	—	—	—	—	8	23	49	12	1	—	—	—	—	—	—	
22. Somogy	391.883	2	—	—	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	9	11	1	1	3	—	—	—	—	—	—	
23. Sopron	141.863	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
24. Szabolcs	429.614	3	2	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	78	—	15	—	4	—	—	—	—	—	—	
25. Szatmár	137.494	3	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	30	1	1	—	5	—	—	—	—	—	—	
26. Tolna	264.410	1	—	—	—	—	—	1	—	5	1	—	—	—	—	—	—	—	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	
27. Ung	73.269	1	—	—	—	—	—	4	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	
28. Vas	271.102	1	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
29. Veszprém	249.509	—	—	—	—	1	—	1	—	2	—	1	1	—	—	—	—	42	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	
30. Zala	370.132	2	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	1	5	—	—	—	—	—	—	
31. Zemplén	198.948	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	6	4	—	—	8	—	—	—	—	—	—	
I. Baja	31.644	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
II. Budapest	1.067.124	6	—	—	—	3	1	32	1	78	—	—	—	—	—	—	—	43	72	19	9	—	—	—	—	—	—	—	
III. Debrecen	127.817	—	—	—	—	1	—	6	—	4	—	—	—	—	—	—	—	71	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
IV. Győr	51.115	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	34	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
V. Hódmezővásárhely	59.076	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
VI. Kassa	58.082	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	7	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
VII. Kecskemét	83.559	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
VIII. Miskolc	67.373	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
IX. Pécs	73.204	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	
X. Sopron	35.974	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
XI. Szeged	140.671	—	—	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	68	9	—	3	—	—	—	—	—	—	—	
XII. Székesfehérvár	42.253	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Összesen:	10.110.543	56	5	1	1	10	2	121	5	212	1	6	4	—	1	—	—	661	180	145	52	74	1	—	—	—	—	—	

RIZOMALTAN

KROMPECHER BUDAPEST, VI., NÁDOR-UTCA 15.

Szárított rizsnyák és dextrin-maltose előnyös arányú keveréke
Dyspepsiára hajlamos csecsemők kiváló tápláléka

Újszülöttek táplálására is bevált
 Közgyógyyszerellátás terhére rendelhető

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A gyulai m. kir. Állami kórháznál megüresedett *alorvosi és kiségitő orvosi* állásra pályázatot hirdetek. Az alorvosi állás javadalma a X. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, 1 bútorozott szobából álló lakás, fűtés, és világítással, valamint I. oszt. ételmezés, az önköltségi ár 50%-ának megtérítése mellett. A kiségitő orvos javadalma havi 80 pengő tiszteletdíj, ingyenes elhelyezés (fűtés, világítás), valamint I. oszt. ételmezés az önköltségi ár 50%-ának megtérítése mellett.

Az állásra csak nőtlen (hajadon) orvosok pályázhatnak. A kinevezendő alorvos, ill. alkalmazandó kiségitő orvos szolgálatának tartama alatt nem nőülhet meg (nem mehet férjhez) s a kórházban a részére kijelölt szobában bentlakni tartozik. Magángyakorlatot nem folytathat.

Az állások azonnal elfoglalandók.

A kérvény 2 pengős okmánybélyeggel ellátva a Nagyméltóságú m. kir. Belügyminiszter Urhoz címezve, a kórházigazgatóhoz adandó be 1939. április 30-án déli 12 óráig.

A kérvényhez a következő mellékleteket kell csatolni: 1. születési anyakönyvi kivonatot, 2. hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítványt, 3. magyar honosságot igazoló bizonyítványt, 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet, 5. közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló hatósági orvosi bizonyítványt, 6. esetleges szakképzettséget igazoló okmányokat, 7. katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat, 8. orvosi kamarai tagság igazolását, 9. nyilatkozatot afelől, hogy a pályázó közhivatalnál, közintézetnél, ill. közintézménynél állandó javadalmazással járó orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betölt-e avagy nem. Ha betölt, az alkalmazó szervezetet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölni; 10. curriculum vitae, nyelvismeretekre vonatkozó adatokkal, 11. egyetemi lecke-könyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat.

Közszolgálatban állók az 1—8. pontokat esetleg hivatalos törzskönyvi másolattal, ill. szolgálati és minősítési táblázat másolattal is igazolhatják. Kérvényüket felettes hatóságuk által láttamoztatni tartoznak. Amennyiben a magyar honosság a törzskönyv, ill. szolg. és min. táblázat másolatán hivatalosan igazolva nincs, úgy ezt külön kell igazolni.

Az a pályázati kérvény, mely a 9. pontban előírt nyilatkozatot nem tartalmazza, figyelembe nem vehető.

Gyula, 1939. április 6.

Kórházigazgató.

3192—1939. K. sz.

Szabolcs vármegye alispánja.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Szabolcs vármegyei Kisvárdai Közkórházban betöltésre kerülő *kiségitő orvosi állásra* pályázatot hirdetek. A kiségitő orvos javadalmazása havi 80 pengő, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás és elsőosztályú ételmezés, melyért megtérítést nem kell fizetni. Az alkalmazás ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető, így végleges alkalmazásra jogalapot nem szolgáltathat s az alkalmazás mindig csak egy évre szólhat. Orvosi magángyakorlat nincs megengedve. Pályázati kérvények szabályszerűen felszerelve, Szabolcs vármegye főispánjához címzett s az alispáni hivatal iktatójában (emelet 4. sz.) 1939. évi április hó 25.-ének délelőtti 12 órájáig adandók be. Hiányosan felszerelt kérvényeket figyelembe nem vehetnek. A kérvényhez csatolni kell: 1. Születési anyakönyvi kivonatot; 2. Hatósági erkölcsi bizonyítványt; 3. Magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt; 4. Az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; 5. Egyetemi lecke-könyvet; 6. Szigorlati bizonyítványokat; 7. Közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló újkéreltű tisztiorvosi bizonyítványt.

Nyíregyháza, 1939. évi március hó 18-án.

Borbély Sándor dr. s. k.
alispán.

FAGIFOR „Cito“ lag. orig.

Calcium sókat tart. jóízű mentholos kreosot syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

„CITO“ gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Abauj-Torna vármegyei II. Rákóczi Ferenc-közkórháznál lemondás, illetőleg kinevezés folytán megüresedett *két segédorvosi állásra* ennel pályázatot hirdetek. Az állás azonnal elfoglalandó!

A segédorvosi állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítással és 50%-os térítmény ellenében I. oszt. intézeti ételmezés. — Pályázni csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak, bentlakás kötelező, magángyakorlat megengedve nincsen. A kinevezés két évre szól, mely további két évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható.

A szabályszerűen felszerelt kérvények méltóságos Dr. báji Patay Sámuel főispán úrhoz címezve, a kórház igazgatóságának küldendőek meg.

A pályázati kérvényhez csatolandók: 1. születési anyakönyvi kivonat, 2. erkölcsi bizonyítvány (politikai megbízhatóságról), 3. magyar állampolgárságot igazoló okmány, 4. magyar orvosi diploma, 5. curriculum vitae, 6. az esetleges eddigi működést igazoló bizonyítványok.

Szikszó, 1939. április hó 3.

Dr. Kiszty Jenő s. k.
igazgató-főorvos.

Lapunk mai számához a Magyar Pharma Gyógyáru rt. (Budapest, V., Arany János utca 10.) *Prontosil*-ről szóló ismertetését mellékeljük.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

CONTRATUSSIN

a légzőszervek hurutos megbetegedéseinél
(Pertussis!)

Főraktár: Dr. BAYER ANTAL gyógyszerháza
Budapest, VI., Andrásy-ut 84.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytattak:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON,

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, MISKOLCZY DEZSŐ, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR,
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDA KOVITS KAMILLÓ, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Boros József: A szívizom betegségeinek elektrokardiografos diagnosizáról és értékeléséről a prognosis szempontjából. (381—386. oldal.)

Kiss Pál: Vörheny okozta pararhythmia. (386—390. oldal.)

Telbisz Albert és Kuchárik József: Adatok a mustárgáz hatásmechanismusához. (390—393. oldal.)

Bak Róbert: A vegetatív-dystoniás depressióról. (393—394. oldal.)

Benderek István és Külley László: Gyógymasszázs és mechanoterápia (folytatás). (394—396. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (65—68. oldal.)

Irodalmi szemle: Belgyógyászat. — Sebészet. — Szülészeti és nőgyógyászat. — Szemészet. — Gyermekegyógyászat. — Orr-, gége- és fülgyógyászat. — Bőrgyógyászat. (396—398. oldal.)

Könyvismertetés: (398—399. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (399—400. oldal.)

Winkler Lajos †

Lapszemle, vegyes hírek: (400—404. oldal és a borítólapp III. és IV. oldalán.)

A szívizom betegségeinek electrocardiografos diagnosizáról és értékeléséről a prognosis szempontjából.*

Írta: **Boros József dr.** egyetemi ny. r. tanár.

(Klinikai előadás.)

A szív működés áramának az ismerete a múlt század közepére nyulik vissza, annak vizsgálata azonban csak e század elején nyert klinikai jelentőséget; *Eithowen* húros galvanometere (1903) volt az első eszköz, mely lehetségessé tette klinikai szempontból is használható elektrokardiogramm regisztrálását. Az elektrokardiographia igen gyorsan fejlődött: *Eithowen* maga 1906- és 1908-ban közölte első klinikai vizsgálatait, azután rövid idő alatt széles körben terjedt el az elektrokardiographia annak ellenére, hogy az eszköz kényes és költséges is volt. Hazánkban *Jendrassik* vásárolta klinikája számára az első apparátust (*Edelman* típusú, húros galvanometer) és *Herzog* 1912-ben már számos esetről jelentős klinikai tanulmányt közölt.

Herzog közleménye híven tükrözi vissza az elektrokardiographia akkori állását. Nem csadálható, hogy akkor főképen az arhythmia analysis felé irányult az érdeklődés, hiszen az eddig a polygraphia módszereivel történt és egyáltalán nem volt könnyű. Ezzel szemben azonnal látható volt, hogy az elektrokardiographia az arhythmia analysis tekintetében csodálatos új lehetőségeket nyújt. *Herzog* is, mint akkor még minden vizsgáló, főképen ilyen irányban dolgozott és a szívizom betegségeinek elektrokardiografos diagnosizát csak mint a jövő lehetőségét említi. Bár az arhythmias szív működés vizsgálata azóta is folyton újabb eredményekkel gazdagítja ma is ez irányú ismereteinket, nem kétséges, hogy ezen tudomány súlypontja azóta már régen áttevődött azokra a vizsgálatokra és eredményekre, melyek a szívizom betegségeire vonatkoznak.

*) A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1939. február 24-i ülésén tartott előadás nyomán.

A kísérleti orvostudomány óriási fejlődése lehetővé tette, hogy a betegágy melletti munkánkat szerencsésen egészítheti ki a laboratóriumi vizsgálatok eredménye. Valóban úgy van, hogy a laboratóriumi leletek nélkül számos betegség diagnosizása és gyakran prognosizása is bizonytalan marad, néhány laboratóriumi lelet azonban a diagnosizás biztosságát és a prognosizának legalább is valószínűségét nyújthatja. A szívizom betegségeinek diagnosizásához az elektrokardiographia rendkívül sokkal járulhat hozzá és gyakran a prognosizát is könnyebbé teszi. Ám annak ellenére, hogy csakugyan sok az, amit e laboratóriumi vizsgálati módszer nyújthat, mégis már most is, mielőtt erről beszámolnék, eleve hangsúlyozni szeretném, hogy semmiesetre sem tekinthető az elektrokardiographia önálló diagnosztikai eljárásnak, csak a betegvizsgálat kiegészítő részének. Mint ahogy egy vérvizsgálata csak ritka esetben jogosít a beteg ismerete nélkül véleményadásra, éppen úgy áll ez az elektrokardiographiára is; nem helyes, ha laboratóriumi ember bizván tapasztalataiban és jártasságában véleményt mond, mert ehhez a klinikusnak van igazán joga, aki a beteget ismeri. Azon példák alapján, melyekkel bátor leszek ezt megvilágítani, jogosan emelhetünk kifogást az ilyen, egyáltalán nem helyénvaló, kellő klinikai alapot nélkülöző és sajnos gyakran tapasztalható véleménynyilvánításokkal szemben.

A szívizom megbetegedése az ingerület lefutását, vagy ahogy egyszerűen *Pardee* magát kifejezi, a contractio módját megváltoztatja. *Pardee* szerint ugyanis nincs semmi bizonyíték arra, hogy ingerület és contractio között valami lényeges különbség lenne: ingerület szerinte a contractio kezdete, kifejezve a szívizomban a contractio kezdetén beálló kémiai változást. Ha a szív nagysága, alakja, structurája megváltozik, megváltozik az ingerület útja, terjedésének módja és megváltozik az elektrokardiogramm alakja. Legtöbbet mondhat nekünk a kamralengés megváltozása, amiért főképen ennek változásaihoz fogom magam tartani, nem akarván rövid rendelkezésre álló időmet a P hullám és az AV intervallum kóros változásainak ismertetésével eltölteni, bár a szívizombetegségek szempontjából

annak is gyakran lehet komoly jelentősége. Mégis leg-többet e tekintetben a QRS complexum, az ST szakasz és a T hullám megváltozása nyújt. Az elektrokardiogram ezen részeinek változásai nyilván az intraventricularis vezetés zavarai által okozottak, bár e tekintetben is vannak még ma is vitás kérdések. Weber pl. minden változást az intraventricularis ingervezetés zavarával magyaráz, vele szemben azonban Schellong „az ingerület lefutása” és „az ingerület módja” (Erregungsablauf és Erregungsform) között lényeges különbséget tesz. Szerinte a kamrai ingerlefutás kifejezője a QRS complexum, a munkaizomzat ingerület mikéntjének kifejezője az ST—T szakasz. Szerinte az ingervezetés zavara a QRS, a kezdeti lengés megváltozásában, az ingerület mikéntjének zavara pedig az ST—T szakasz megváltozásában jut kifejezésre.

Felfogás dolga, ki melyik magyarázathoz csatlakozik; a kamralengés megváltozása a szívizom betegségeiben ma már tapasztalati tények alapján is olyan jól ismert, hogy a klinika számára gyümölcsözően felhasználható még akkor is, ha a változások pontos magyarázata tekintetében egyöntetűség még nem alakult ki. De ezen elváltozások értékelése körül is vannak ma még felfogásbeli különbségek és példaképpen ismét Weber és Schellong vitáját említem meg. Előbbi pl. általában minden kóros elváltozást az ST szakasznak, specialisan pedig a depressióját is szívizombántalomnak minősíti, akár organikus elváltozás, akár mérgezés legyen is annak oka; utóbbi ezt korántsem ismeri el, mert pl. a digitalis nem mérgező adagjában is depressióhoz vezet; itt Schellong szerint csak az ingerület módja változik meg anélkül, hogy az a szívizom bántalmazottságát jelentené.

A kamracomplexum szokatlan vagy kóros alakváltozásának értékelése nem mindig könnyű. E tekintetben nagyon megkönnyíti a dolgunkat az, ha valamely kóros elváltozás kifejlődését figyelemmel kísérhetjük. Ha ismerjük a beteg régebbi görbét és az újabb attól eltér, akkor aránylag kisebb, jelentéktelenebb elváltozások is azonnal jelentőséget nyerhetnek, ha a beteg állapotában egyébként is változás állott be. Így az R hullám megvastagodása, csomósodása, vagy kisfokú felrostosodása a QRS complexum lényeges kiszélesedése nélkül néha igen nehezen értékelhető elváltozás. A III. elvezetésben egyedüli ilyen csomósodást pathológiának értékelni nem helyes és e tekintetben érvényesül az az általános, kevés kivétellel bíró szabály, hogy általában komolyan azon elváltozások értékelhetők, amelyek legalább két elvezetésben és egymásnak megfelelően fellelhetők. Weber, Dressler, Bauke, Pardee egyaránt úgy tapasztalják, hogy a basalis csomósodás — mert sokszor fordul elő egészségesen — legtöbbször nem jelent kóros jelenséget, inkább az a vastagodás, vagy csomósodás, ami az R hullám derekán, vagy a csúcán van. A csomósodás azonnal nagyot nyer jelentőségében, amint a görbében más szívizombántalomra utaló jelenség is van és sokat jelent, ha szemünk előtt fejlődik ki valamely olyan betegség kapcsán (influenza, rheuma, diphtheria, szívinfartus, stb.), ami szívizombántalomhoz szokott vezetni. Annak ellenére, hogy gyakran jelentheti a csomósodás a szívizom betegségét, óva intenek attól, hogy ezt az elváltozást egyéb súlyosabb jel nélkül a prognózis szempontjából értékesítsük. Willius régi általánosan ismert adatai, melyek feltűnően rossz prognosist mutatnak, ma már nem állhatják meg helyüket, mert nyilván más fontosabb együttes elváltozásokat kellőképpen nem értékelt.

Hogy több elvezetés egybehangzó lelete mennyire fontos, azt a „low voltage” esete bizonyítja legjobban, ami egybehangzó vélemény szerint csak akkor jelentős jele a szívizom betegségének, ha mindhárom elvezetésben egyaránt megvan és feltéve azt is, hogy azt extrakardialis okok nem hozzák létre (myxoedema, perikardialis exsudatum, emphysema). 1 millivoltsos érzékenységgel 5 mm-nél alacsonyabb hullámok szokatlan jelenség és pathológiás voltának okát egyéb tünetek ismerete mellett biztosan meg fogjuk találni; abszolút bizonyító, ha megfelelő betegségben szemünk előtt fejlődik ki. Jelentősége kétségtelen akkor is, ha lázas betegségben múltán látjuk; (pl. pneumoniában, Turner); a szívizom — talán csak toxikus, de akár organikus és gyógyuló — bántalmazottságának ilyenkor is komoly jele. Általában diffus myokardialis leasio jelének tartják akkor, ha a T hullám is kicsiny és még inkább, ha az esetleges kamrai extrasystolék is hasonlóan törpék. Amerikai szerzők sokan és nagyon sokat foglalkozta a low voltage kérdésével. Sprague és White, Hepburn és Jamieson egyaránt komoly klinikai és prognostikai jelentőségűnek tartják és úgy vélik, hogy egészséges szívnek ilyen görbéje nincsen. Willius csak akkor tartja jelentősnek, ha emellett az elektrokardiogram más kóros elváltozást is mutat. Turner komoly jelentőségűnek tartja és prognostikailag is kedvezőtlennek, tekintet nélkül arra, vajjon a szívnek egyébként milyen elváltozása van, vagy egyáltalában kimutatható-e egyébként szívbetegség? Általában nem tarthatjuk jó szívnek azt, amely fokozatosan kisebbedő lengéseket mutat; a változás, a progressio itt sokat jelent és rendszeren a keringés, a szív munka romlásának egyéb jeleivel párhuzamos. Steuer boncolt 50 esete mind lényeges szívizom-elváltozást mutatott, 90%-ban a low voltage szívgyengeséggel karöltve fejlődött és feltűnő sokszor (76%) coronaria elváltozással járt együtt. Uhlenbruck szerint súlyos megítélés alá esnek az ilyen görbék és vele egyetértve magam is azt hiszem, hogy különösen anginas betegek és szívinfartus után a low voltage görbéknek igen kedvezőtlen prognostikai jelentőségük van. Hasonló véleménnyel vannak a szívinfartust illetőleg Jagic és Zimmermann is. Weber is hangsúlyozza a low voltage gyakoriságát szívinfartus után és Hochrein akár a T és ST megváltozása nélkül is. Utóbbi tapasztalatok alkalmasak arra, hogy Turnerrel szemben azt bizonyítsák, hogy adott esetben más- és más megítélést érdemelhet a „low voltage” aszerint, hogy milyen klinikai képpel karöltve fejlődik ki.

A kamracomplexum meghosszabbodása, amennyiben a meghosszabbodást a QRS complexum kiszélesedése okozza, egyhangúan elismerten súlyos jelentőségű, ha bizonyos fokon túlmegy. Nem egészen tisztázott azonban a kamracomplexum ezen kívüli meghosszabbodásának jelentősége. Bár a teljes kamralengés tartama nem fedi mindig és teljesen a systole, a mechanikus contractio idejét, szokás mégis az elektrokardiogram kamralengésének alapján a systole tartamára következtetni. Ez függ elsősorban a szív működés frequentájától és az összefüggést a Friedericia ($8.22\sqrt{RR}$) és talán még jobban a Bazett ($0.39\sqrt{RR}$) index fejezi ki. A ventricularis complexum meghosszabbodása, mint azt újabban Hegglin és Holzman, Hecht és Korth is kimutatták, függ a vér ionizált calciumtartalmától; tetaniában hosszabb, intravenás calcium adására prompt rövidül, Recklinghausen-betegségben rövidebb. A myokardium betegségeiben elvárható volna, hogy az ingerület lassu haladása, a contractio gyengébb volta miatt megnyúlják az ST—T szakasz, de mint azt Schlom-

ka és König kimutatták, ez a meghosszabbodás rendszeren oly kicsiny, hogy nehezen értékelhető. De a klinika számára azért is alig vehető tekintetbe ilyen változások, mert kimutatásuk különleges technikát (gyorsjárati regisztrálást) követelnek; tekintetbevéendő mindig a beteg kora (a korról a systoletartam physiologiásan is nő), a Bazett- vagy Friederica-index és csak ezenkívül, rendszeren csak néhány σ -nyi (15—20) megnyúlás maradna értékelhető.

A QRS complexum kiszélesedése, amely rendszeren annak csomósodásával jár együtt 0.1-ig vagy azon felül tudnivalóan mindig kóros. Feleslegessé válik azonban, hogy ezzel külön részletesen foglalkozzam, mert ez egyedül úgyszólván soha, hanem mindig más elváltozásokkal együtt fordul elő. A QRS kiszélesedése ugyanis fokozatosan maga után vonja, aszerint, hogy azt mi okozza, a kezdeti lengés nagyságváltozását (high voltage) vagy alakváltozását és az ST szakasz és T hullám megváltozását is.

A QRS legerősebb kiszélesedését vonja maga után az az intraventricularis vezetési zavar, ami az egyik, vagy másik tavaraszár teljes vagy mindkettőnek részleges sérülése következtében jelentkezik. E pathologiás elektrokardiogramokról igen közismert voltuk miatt tulajdonképpen alig volna mondanivaló, az Eppinger és Rothberger, majd Rothberger és Winterberg állatkísérletei óta általában tisztázott kérdésnek számít. Annyit meg kell mégis említenem, hogy újabb időben amerikai szerzők Oppenheimer és Wilson leletei alapján, így Pardee is, a görbe alakjából a laesio localis diagnózisát nem tartják olyan biztosan lehetségesnek, mint azt azelőtt hittük. Oppenheimer és Wilson ugyanis olyan esetekben, amidőn a görbe a régi felfogás szerint bal szárblockra utalt, jobb szárlaesiót találtak a szív vizsgálatakor és máskor fordítva bal szárlaesiót jobb Tawara-blockos görbe alkalmával, ezért új nomenklaturát ajánlanak, amely a réginek fordítottja. Pardee ezek alapján ezt a nomenklaturát el is fogadja. Battro, Braine és Orias igen alapos munkával, az elektrokardiogram, a vena jugularis, a centralis arteriapulsus és a szívcsúcslökés együttes regisztrálása útján kimutatták, hogy Pardee felfogása legalább is az esetek nagy részére vonatkoztatva helyes és Castellano is ezen a nézetben van. Roberts és Wilson ezenkívül állatkísérletekre is támaszkodva a jobb Tawaraszárlaesio újabb elektrokardiogram alakját írták le. Roberts és Wilson adatait Evans és Turnbull a közelmúltban is helytállóan találták és ezt az „atypusos” alakot a tipusosnál gyakoribbnak találják. E görbét általában az jellemzi, hogy gyors kezdeti lengés után, melyek az I—II-ben pozitív, III-ban negatív széles szakasz (QRS második fele) és azután concordans utólengés jön. Scherf szerint annyira azonosak az eddig ismert ilyen görbék, hogy biztosan azonos anatómiai elváltozásokon alapulnak. Oppenheimer és Rotscheild által elnevezett „elágazási block” (arborisationsblock) Mahaim szerint nem az ingervezető rendszer finomabb elágazásainak sérülésén alapul, hanem mindkét Tawaraszár nem teljes együttes sérülése okozza ezt a kóros görbétípust. A görbére jellemző a széles alapon felrostozódott QRS complexum és az elsőben legtöbbször negatív T, de nagyon hasonlíthat a szárblock görbéhez és akkor attól esetleg csak a „low voltage” különbözteti meg. Igen sok átmenet és sokszoros változatosság van tehát e görbék között, melyeknek pathologiás volta az ingervezető rendszer kamraseptumban futó részének egyik, vagy mindkét oldali sérülésén alapul; a felfogások tehát nem egyöntetűek, a jellemzőnek ismert tulajdonságokat másképp

és másképp magyarázzák, egy azonban mindig állandó és jelentőségében ma is változatlan: a QRS complexum nagyon széles volta, az 0.12"-nél mindig hosszabb, rendszeren 0.14—0.16" tartamú és nézetem szerint biztosan a leglényegesebb tulajdonsága ezeknek a görbétípusoknak, melyeket a klinikai jelentőségük is egy csoportba foglal. Azelőtt azt gondoltuk, hogy a görbe alakja sok esetben biztosan jelzi a szívizom betegségének helyét; ma látjuk, hogy ez kevésbé lehetséges, de tudjuk, hogy mindig súlyos szívbetegségekkel van dolgunk, ha e görbétípusok valamelyikét regisztráljuk. Ismeretes Willius régi, a prognosis szempontjából az elektrokardiogrammos elváltozásokat először tárgyaló nagy statistikájának megállapítása, mely szerint e betegek nagy része betegségük felfedezésétől számított néhány év alatt meghal. Willius statistikáját két évtized alatt sok hasonló statistika követte mind a rossz prognoszt hangúlyozva, melynek magyarázatául mindjobban az a nézet terjedt el, hogy e betegek legnagyobb része coronaria beteg, Hübener szerint pl. 90%. Boden szerint 1 év alatt mintegy 41% halálozás van, mások szerint még sokkal több. Mindezen prognostikai statistikáknak nagy hibája, hogy kevésbé veszik tekintetbe a klinikai képet és nem hangsúlyozzák a tény, hogy a beteg azért megy orvoshoz, ezért készül róla elektrokardiogram, mert szív bajának klinikai tünetei, decompensatio, asthma cardiale, angina, stb. őt orvoshoz viszik. Ha válogatás nélkül történnék minden 40 éven felüli férfiről (férfiakon átlag tizszer olyan gyakori, mint nőknél, Hübener) elektrokardiographiás felvétel, bizonyára akadna nem egy olyan eset, ahol szár, vagy elágazási block görbét kapnánk teljesen panaszmentes egyéneken; nyilván ezek lehetnének azok, akik ezen igen súlyosnak megismert elektrokardiographiás lelet mellett is hosszabb életűek. Mert a szívstatistikák szerint néhány év alatt az ilyen betegek legnagyobb része meghal, azért adott esetben ilyen véleményre ez nem jogosít, csakis akkor, ha klinikailag is alátámasztható a rossz prognosis. Magam 8 évig észleltem igen jó conditióban lévő Tavaraszárblockos betegeket; malignus tumor miatt bekövetkezett haláláig nem is tudott szívjáról, decompensált sohasem volt. A prognosisban óvatosságra int Pardee is. Hübenernek biztosan igaza van, amidőn a szárblock és elágazási block között ebből a szempontból különbséget nem tesz.

Szükségesnek látszik, hogy néhány szóban a „balszív túlsúly” extrem görbealakjait megemlítssem, mert azok értékelésében teljes egyetértés még nem alakult ki. Bizonyos, hogy az ilyen görbe nagyon hasonlíthat a szárblock elektrokardiographos képéhez, ha a QRS complexum kiszélesedett és a Thullám discordansan az első elvezetésben negatívvá válik. Ma már mindenki egyet ért abban, hogy ezek a magas (high voltage) balszív-túlsúlygörbék a balszív hypertrophiájával és dilatációjával függenek össze és az ingerületnek a bal szívfélben, a szívcsúcstájon való elkésése folytán jönnek létre. Nem egyeznek azonban a felfogások az elsőben néha mély, V-alakúan negatív T-re vonatkozólag. Ha két monophasisos görbéből synthetisáltan látjuk az elektrokardiogramot, ami állatkísérletben (Weber) nagyjából az unipolaris elvezetések útján bizonyítottan vehető, akkor a csúcstáj negativitásának elkéséséből egymagában is teljes magyarázatát kapjuk a deprimált ST-nek és negatív T-nek. Weber és Radnai azonban azt vélik, hogy ilyen esetekben is a koszoruserék rossz vérellátása az oka a negativitás késésének, a negatív T-nek. Bell az ilyen esetek nagyrésztében talált is coronaria elváltozást, azonban mindezen adatok sem szolgáltatnak ele-

gendő olyan bizonyítékot, mely a negatív T coronaria eredetét bizonyítani tudná. *Schellong, Master, Uhlenbruck*, stb. és mások sem hiszik, hogy itt erről szó lenne. A discordans „high voltage” elektrokardiogramm annál kifejezettebb, mennél nagyobb a hypertonia foka. Tény, hogy a hypertrophia és dilatatio nagyobb fokával a discordans „high voltage” balszív-túlsúlygörbe egymagában is megmagyarázható. (*Dressler*.)

A T hullám nagysága és alakja sokféle okból változhat meg. A mi szempontunkból eleve fontos az a tény, hogy a III. elvezetésben a T gyakran normalisan kóros lelet értékesíthető; a II. vagy III. elvezetésben negatív T mindig kóros jelenség. Ugyancsak szabály, hogy csak az elsőben negatív T az, ami egyedül is mint kóros lelet értékesíthető; a II. vagy III. elvezetésben csak akkor, ha még legalább egy másik elvezetésben is kóros.

A QRS complexum megváltozása, elsősorban akármilyen okból történő kiszélesedése maga után vonhatja a T megváltozását, annak lelapulását, vagy negatívvá válását, de a QRS változása nélkül is bekövetkezhetik ez és akkor talán még jelentősebb. Az I-ben vagy az I—II-ben mindig nagy jelentőségű. Bármily súlyosan értékelendő tünet, tudni kell, hogy múlóan is gyakran látjuk.

A szívizom diffus anoxaemiája a T hullám lelapulásához, negatívvá válásához vezethet; nyilván ugyanaz az oka az elektrokardiogramm ilyen elváltozásának, súlyos anaemia eseteiben. Számos véreztetési állatkísérlet (*Kounts és Gruber, Miki, Dietrich, Rothberger és Goldenberg, Radnai, Paschkis és Flaum, Borgard és Koch, Kounts és Hammonda, Dietrich és Schwiegk*, stb.) alapján megállapíthatók voltak az anaemia okozta típusos, kóros elváltozások. Fokozatos véreztetésekor először lapossá, majd negatívvá válik a T₁ és T₂; további véreztetés (30% hgl-on alul) folyamán magas, hegyes pozitív T támad és később, esetleg már praemortalisan, az ST szakasz magasan az R leszálló ágára kuszik fel, hogy a görbe monophasissá, a szívinfarctus görbéjéhez hasonlóvá válják. Emberen a belégzett levegő ritkításával igyekeztek ugyanezen elváltozásokat előidézni és az eléggé sikerült is. *Doetsch és Rühl* úgy találták, hogy 5—6000 m. magasságnak megfelelően ritkított levegőben a T₁ és T₂, néha a T₂ és T₃ lelapul, sőt negatívvá válhat. Betegszívű emberen, vagy ha ritka levegőben dolgoztatunk, ezen elváltozások hamarabb állnak elő és kifejezettebben. Ezzel szemben feltűnő kevés adat van spontán anaemiás betegek kóros elektrokardiogramra vonatkozóan. *Misske és Ottó* 182, *Zimmermann* 250 beteget vizsgáltak ilyen tekintetben és jellemző elváltozást alig találtak, azoknak ritka voltát hangsúlyozzák. *Aschenbrenner* esete nem meggyőző. *Bloch* 88 esetének felében talált kóros elváltozást az elektrokardiogrammon, de ezek csak jelentéktelenek voltak és semmiesetre sem következetesek. *Pickering* és *Wayne* anoxaemiás elektrokardiogram elváltozást nem észleltek. *Hochrein* és *Mathes* hangsúlyozzák éppen úgy, mint *Misske* és *Ottó*, hogy milyen ritka és jelentéktelen anaemiásokon az elektrokardiogram anoxaemia okozta elváltozása és ezért az állatkísérletnek e tekintetben az emberre történő átvitelétől óvakodni kell. Ezzel szemben magam klinikámon feltűnő sokszor láttam poshaemorrhagiás anaemiás betegen típusos elváltozást. 5 esetben (7 közül) lapos, illetőleg negatív T fejlődött ki, négyszer az I. és II-ben, egyszer a II. és III-ban. Vértransfusio után egy esetben a lapos T sokkal magasabbá vált.

Tudnivaló sok tapasztalatból, hogy fertőző betegségekben nyilván toxikus alapon, múló T₁ negativitás

támadhat, pl. diphtheria (*Hartl és Richter*), rheuma, tonsillitis kapcsán. De myokarditist, a szívizom organikus betegségét is jelentheti ez, akár maradandó T₁ negativitást is okozhat, ami azonban még ilyen esetben is elmúlhat. Mérgek: CO, de — mint az én egyik esetemben — arsen is okozhatja. Mindezen eseteket említenem kellett, hogy a T₁ negativitásnak múló előfordulására a figyelmet felhívhassam, mert a maradandó T₁ negativitás komoly jelentősége már régen átmenvén az orvosi köztudatba, ezen esetek ismerete alkalmas arra, hogy túlértékelés ellen védjen.

Mint a T, úgy az ST szakasz hasonlóképpen és hasonló okból megváltozhatik, állandóan, de múlóan is. Általában ugyanazon okok okozhatnak ST depressiót, amelyek a T hullámot lapossá, vagy negatívvá teszik; a kettőnek azonos okokból gyakran egymáshoz kötött változása jólismert jelenség. A múló ST depressiónak az I. és II. elvezetésben, gyakran egyúttal a III-ban csakis I esetéről történjék ezúttal külön említés, arról, amelyik digitalis hatásban következik be. Digitalis (*Nicolai, Cohn*) ugyanakkor, amidőn a kezdeti lengést (R) gyorsabbá, esetleg nagyobbá teszi, az ST szakaszt az isoelektromos vonal alá nyomja, vagy ha az deprimált volt, ezt a depressiót fokozhatja. A T hullám ellapulhat vagy két phasisúvá válhatik, amikor az első negatívot a pozitív phasis követi. A pozitív T negatívá a szokásos medicinalis dosistól nem válik; „toxikus” adagok amerikaiak szerint a T-t is invertálhatják.

A digitalis ST depressio jelentősége ma is vitás; *Weber* toxikusnak tartja, *Schellong* nem. *Weber* szerint az ingervezetés zavara okozza, *Schellong* szerint az ingerület módja, alakja változik meg általa. Utóbbi szerző szerint tehát nem a specificus izomzatra, hanem a munkaizomzatra hat és felfogása ezzel hasonlít *Pardee* felfogásához, aki a contractio megváltozásának tulajdonítja az ST depressiót. Tudni kell azt, hogy az ST digitalissal szemben nagyon érzékeny és a depressio nagyon hamar bekövetkezik; egy esetemben 0.3 mg. strophantin intravenás adása után már 1 órával kifejlődött; de éppen úgy tudnunk kell, hogy digitalis elhagyása után hetekig megvan. Nem tarthatjuk mérgező jelenségnek, szívizomártalomnak therapiás adagok után, mert a szív munka fokozatos javulása, erősödése közben jön létre, mert ugyanakkor megnő és gyorsul a kezdeti lengés és nagyobbra nő az esetek egy részében a T hullám is az ST egyidejű depressiójával.

Weber az egyik szívfél ingervezetésének csökkenésében látja az ST depressio és T negativitás okát, ami az I. és II-ben a balszív, II. és III-ban a jobbszív vezetés-zavarát jelentené. Ez a negativitás kisebb fokban már a túlsúlygörbékben ki kell, hogy fejlődjék, nagyobb fokban azonban a szárblockgörbékben látjuk kifejlődvé; a fokozatos átmenet szerinte tökéletes. Az ST és T negativitáshoz szerinte tehát a QRS complexum kiszélesedése tartozik kicsiny, vagy extrem mértékben. Az ok legtöbbször a vérellátás zavara, anoxaemia.

Weber felfogásában érdekes az a magyarázat, hogy miért van az, hogy ha a szív diffuse anoxaemiássá válik, akkor úgyszólván mindig I-ben támad a T negativitás. Ennek oka szerinte a balszív sokkal izmosabb volta, amely ezáltal nehezebben táplálható, zavarok iránt érzékenyebb (*Störenpfindlich*). Ezért tartja a hypertrophiás izmot kisebb értékűnek a normalisnál, amivel azonos nézetten van amerikai szerzőkkel, elsősorban *Harissonnal*.

Biztos, hogy a ST depressio és a T negativitás sokszor ilyen egyszerű módon nem magyarázható. A szívizom gyengesége, a contractio csökkenése szintén gyakran jár együtt T negativitással és láthatjuk, amint fo-

kozatos decompensatio a T fokozatos negatívá válását idézi elő. *Schellong* szintén a szívizomzatba, a munkát végző izomtömegbe localisálja azon elváltozást, ami az ST depressióhoz és a T negativitáshoz vezet és a QRS complexumot ilyen szempontból az ST—T-től függetlennek hiszi.

Akárhogy is jön létre, bizonyos, hogy maradandó, állandó T negativitás az I., vagy az I. és II. elvezetésben csak kóros viszonyok között jöhet létre és mindenkor a szívizom maradandó betegségét jelenti; a III. elvezetésre ez csak egészen korlátolt mértékben vonatkozik, de a szabály áll akkor, ha a II. és III. elvezetésben egyaránt negatív a T. Úgyszintén ez a jelentősége a mindhárom elvezetésben negatív T-nek. Az ST depressiója gyakran kíséri a T negativitását és ekkor ugyanilyen jelentőségű; ha T negativitás nélkül fordul elő, óvatosságra int, mert egyszerű egyoldali vezetéskésés lehet az oka organikus szívizombetegség nélkül (túlsúlygörbék a szív helyzetváltozásakor, stb.) Gyakran az ST szakasz és T hullámok megváltozása az I. és III. elvezetésben diszcordansan történik.

Ma már bizonyítottnak vehető, hogy a negatív T₁ a balszív csúcstájának, a negatív T₂₋₃, a basisnak, vagy a bal kamra hátsó részének zavarával függ össze. Bizonyos az is, hogy leggyakrabban vérrellátási zavar okozza a koszoruserék szűkülete, sklerosisa folytán és ezért használja számos szerző szívesen a bal és jobb „coronariaelgtelenség” kifejezést T negativitás esetén.

A T negativitás különben az I. és II. elvezetésben igen nagy jelentőségű. Ha állandó (és nem „high voltage” elektrokardiogramról van szó), akkor legtöbbször súlyos szívizombetegséget jelent. A coronaria-thrombosis után keletkező görbék tanítottak meg arra (*Parkinson* és *Bedford*, *Pardee*, *Lewis*), hogy a szívizompusztulás következetes jele, amiért a coronariák keringészavarától függőnek tartják. Nem csoda, hogy súlyos szívbetegségeken látjuk, akiknek klinikai lelete, rossz prognózisukat amúgy is nyilvánvalóvá teszi. Amidőn tehát először *Willius*, később még számosan a T₁ és T₂ negativitás oly rossz prognózisára figyelmeztetnek, tulajdonképpen a jól megfigyelő klinikusnak nagyon sok újat nem adnak. Mindazonáltal ez a lelet a klinikusnak talán legértékesebb segítsége a diagnosis és prognosis tekintetében. *Willius* statistikájában a T₁ negatív eseteknek 86%-a, a T₂ és T₃ negatívoknak 73%-a egy éven belül meghalt; olyan nagy számok ezek, melyeket a későbbi statisztikai adatok nem tudtak teljes mértékben megerősíteni, de mindenképpen megközelítik azt. *Dressler* az első csoportban 60% mortalitást látott egy év alatt. A T₂ és T₃ negativitásának prognosisa úgylátszik valamivel jobb; *Hamman* eseteiben csak 37% halt meg négy éven belül. Igen rosszá teszi a prognosist az, ha a T negativitáson kívül a szívizombetegség más jeleit is mutatja a görbe: csomós R, vagy S, széles QRS, elágazási block és low voltage.

Az elmondottakon kívül még csak az acut coronaria thrombosis jellemző elektrokardiographiai leletéről kell említést tennem, hogy a leadott kép nagyjában teljes legyen. Az itt észlelhető elektrokardiographiai kép különösen azért érdekes, mert folytonos változásával a részben már említett és még említendő pathológiás leleteknek nagyon tanulságos sorozatát tárja elénk.

A *Pardee* majd *Parkinson* és *Bedford* ismertette különös görbeporma, amely acut coronariathrombosis után igen korán, már néhány óra múlva kifejlődhetik, azért bír rendkívüli érdekességgel, mert nagyon hasonlít a monophasisos görbéhez, amelyből nagy valószínűséggel a normalis elektrokardiogramm összetevő-

dik. Az emberi pathológiában ez úgyszólván az egyetlen eset, amikor ilyen görbe keletkezik és pedig valószínűleg oly módon, hogy a szívizom egy részletének anoxaemiája miatt ott működési áram nem képződve, a fiziologiás antagonistának monophasisos árama jut túlsúlyra. Biztos megállapítást nyert, hogy a bal kamra hátsó falának infarciálódása következtében olyan görbe jön létre, amely a III. elvezetésben mutat pozitív monophasisos típust, a bal kamra és a jobb kamra elsőalsó felszínének és a szívcsúcsnak elpusztulása az I. elvezetésben hoz létre ilyen görbe alakot. De nem csak ez jellemző, hanem az is, hogy az ilyen görbe az anoxaemiás izomterület lassú reaktiválódása következtében úgy módosul, hogy a baloldali-szívcsúcslaesióban az I. elvezetésben, a hátsó fal laesiója esetében pedig a III. elvezetésben domború ST szakasz, mély V-alakú T és mély Q képződik (coronaria T, *Pardee*.) Mindezek tulajdonképpen ismert tények. Csak azt szeretném leszögezni, hogy a legújabb vizsgálatok is megerősítették, hogy a coronariathrombosis diagnosisára vonatkozó ezen első megállapítások teljes mértékben helytállóak bizonyultak, úgy, hogy meglehetősen biztonsággal állítható fel az elektrokardiogram alapján a jobb- vagy baloldali coronaria elzáródásának diagnosisa.

Friss szívinfartus után a görbe fokozatos átalakulása rendkívül változatos képet nyújt és a szívizombetegségekre jellemző mindazon pathológiás elváltozásokat mutathatja, mint maradandó elektrokardiogramformát, amiről eddig szó volt. De nem szabad elfelejteni azt, hogy minden pathológiás elváltozás a görbében megszűnhet és a szívinfartus utáni legjellemzőbb görbe is később teljesen normálissá válhat. Meg kell említenem azonban azt, hogy van olyan szívinfartus is, amidőn az elektrokardiogram egyesek szerint semmiféle kóros elváltozást nem mutat, amire legutóbb *Jagic* és *Zimmermann* is figyelmeztetnek. Én azonban azt hiszem ilyen eset nem létezik. Ha ugyanis jellemző elváltozásokat keresünk, akkor gyakran csalódhatunk, mert sokszor fogunk olyan esetre bukkanni, amelyben nem az előbb említett elváltozásokat, hanem valamilyen más, kórosnak tudott egyéb tünetet találunk. Gyakori az, hogy a görbe alakja nem változik, csak feszültsége és low voltage támad, vagy a QRS complexum lassú, fokonyként bekövetkező felrostosodása, kiszélesedése, a T hullám lelaposodása, negatívá válása anélkül, hogy coronaria T, vagy kezdetben monophasisos alak előzte volna ezt meg. Ha sorozatos felvételeket készítünk, akkor minden esetben tapasztalhatjuk, hogy a görbe megváltozik és e tekintetben minékünk is az a megfigyelésünk, hogy ép az ilyen atypusos esetek szoktak klinikailag is a legsúlyosabbak lenni. *Barnes* is megjegyzi, hogy ha elég sűrűn és kellő időben készítünk görbéket, akkor szívinfartus minden esetében találunk valamilyen kóros elváltozást, a görbe valamilyen irányú megváltozását. Véleményem szerint az ú. n. „Stumme Zoone”, ha van is, ilyen methodika mellett a legnagyobb ritkaságszámba megy.

A mély Q₃, amely a legnagyobb hullámhoz viszonyítva legalább $\frac{1}{4}$, (*Pardee*), de talán helyesebben legalább $\frac{1}{2}$ nagyságú, igen fontos jele lehet a szív súlyos betegségének és leggyakrabban a coronaria thrombosisban fordul elő, mint azt először *Pardee* megállapította. Ezt a megállapítást későbbi vizsgálatok és tapasztalatok is megerősítették (*Levine*, *Fenichel* és *Kugell*, *Edeiken* és *Wolferth*, *Willius*, stb.). Nem von le az elektrokardiogram e fontos elváltozásának értékéből az sem, hogy nemcsak szívinfartus eseteiben, de más szívbetegségeken, így többek között rheumás myo-

karditis, hypertensio, egyéb okból keletkező szívizombetegségekben is előfordul (*Fenichel és Kugell, Willius, stb.*). Tény az is, hogy egészséges szív elektrokardiogrammján is előfordulhat, ha nem is olyan gyakran, mint azt pl. *Ziskin* észlelte volna (23.2%-ban.) *Willius* 300 esetben csak háromszor észlelte. Ennek ellenére a legújabb vizsgálatok ismét megerősítették, hogy a mély Q_3 nagyon gyakori jele a jobb coronaria elzáródás okozta szívinfarctusnak, amikor a bal kamra hátsó fala sérül. Ugyanezen bal hátsó fali infarctusban, különösen, ha a szívizomsérülés kiterjedt, a Q_3 -mal együtt mély negatív T_3 is fejlődik ki. *Barnes* ezeket a görbéket $Q_3 T_3$ típusú görbéknek nevezte el hangsúlyozván, hogy ilyenkor a bal kamra hátsó falának basisrésze is az infarciált területhez tartozik. *Feldman és Kornblum, R. France, Fenichel és Kugell és Knauer* ehhez hozzáteszik, hogy főképen a septum hátsó harmadának pusztulása felelős a mély Q_3 hullám keletkezéséért. Ezen görbetyussal szembenáll (*Barnes*) a $Q_1 T_1$ típus, mely a szív elülső falának, a szívcsúcson és a septum elülső felének pusztulásakor keletkezik; a negatív T_1 jellemző, állandó jelenség ilyenkor, míg a Q_1 szintén gyakran többé-kevésbé kifejezetté válhatik, bár szabály, hogy nem olyan mély és nem olyan gyakori, mint amilyen a Q_3 szokott lenni az említett esetekben. *Feldman* 108 szívinfarctus esetben 51-szer talált mély Q hullámot, de csak 19 volt az I-ben, mindig $Q_1 T_1$ típusnak megfelelően, a többi a III-ban és részben $Q_3 T_3$ típushoz tartozott.

Saját tapasztalataim szerint a jobb coronaria elzáródásakor, mely a bal kamra hátsó falának kiterjedt pusztulásához vezet, majdnem minden esetben kifejlődik a mély Q_3 , rendszeren $Q_3 T_3$ típusban, tehát a T együttes negativitásával együttesen. A mély Q_3 nem mindig korai változás, bár gyakran már az első időben, a magas ST szakasszal egyidejűleg támad; máskor azonban lassanként, a negatív T_3 fejlődésével párhuzamosan fejlődik ki és fokozatosan mélyül. Ilyenkor állandó elváltozások maradványává szokott válni és úgy látszik, hogy az összes jellemző elváltozások között a legállandóbb, legritkábban regressiv, amiért a régi szívinfarctus görbéken leggyakrabban fellelhető kóros lelet. Mindazonáltal teljes mértékben ez is csak akkor bizonyító — bár a mély Q_3 már egymagában is jogosít a régi szívinfarctus gyanújára —, ha más kóros lelettel együtt fordul elő, lehetőleg nemcsak a III., hanem a II. elvezetésben is. Gyakori lesz a II. elvezetésben is a többé-kevésbé kifejezett, vagy mély Q , a negatív T hullám, az S hullám teljes hiánya; utóbbi helyén nem egyszer csomósodás lehet. Mindezek az elváltozások alkalmasak arra, hogy a mély Q_3 jelentőségét bizonyító erővel ruházzák fel, míg egymagában értékelni csak igen nagy óvatossággal szabad (*Barnes*). A kifejezett, vagy mély Q_1 hasonló elbírálás alá esik.

Az acut szívinfarctushoz tartozó görbék nagyon kevéssé használhatók fel a prognosis szempontjából. E betegségben a klinikai kép a döntő. Az acut stadiumban sohasem tudjuk, hogy a görbe hogyan fog átalakulni, tehát csak később, a görbe fokozatos átalakulásának mikéntjéből következtethetünk valamit. Jobb jövővel biztat az az eset, amelyikben a görbe ismét normalissá vált. A maradandóan pathológiás görbe alak olyan megítélést követel, amilyen az elváltozás és erről a fentiekben már volt szó. A prognosis szempontjából azonban általában nem a görbetypus a döntő, hanem az a tény, hogy koszorúsérbetegekről van szó, ami mindig súlyosan esik a latba a beteg jövő sorsát illetően. Nem jó mindazonáltal, ha low voltage támad és az maradandóvá válik; ha ezzel együtt I-ben negatív T

állandósul, akkor különösen rossz prognoszt kell feltelegnünk.

Az elmondottak természetesen csak kis részét képezik annak, amit a szívizombetegségek elektrokardiographos diagnosisáról ma már tudunk. Az elektrokardiographia nap-nap után fejlődik és még e tekintetben is nagyon sok fejlődés várható. Az elmondottak talán arra elegendőek, hogy az elektrokardiographia nagy használhatóságát a szívbetegségek diagnosisában és prognosisában, mely már a nélkülözhetetlenséggel határos, kellőképen bizonyítsák.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Vörheny okozta pararhythmia.*

Írta: Kiss Pál dr. egyet. magántanár, adjunctus.

A vörheny lezajlása alatt és után gyakran észlelünk a szíven elváltozást. A klinikusok általában különválasztják a „septikus elváltozásokat” a „vörhenyszív” névvel jelölt kórképtől. Septikus jellegű szívmegetegedés rendszerint septikus vörheny, vagy vörheny okozta pyaemia alatt jön létre. Az ilyen jellegű szívbetegség lefolyása legtöbbször súlyos, a kórjósolat kedvezőtlen. Szerencsére az e fajta kórkép ritka. Vörheny okozta „septikus szívmegetegedés”-től élesen el kell különítenünk a „vörhenyszív” elnevezéssel jelölt megetegedéseket. A „vörhenyszív” tünetei közül egyiket-másikat pontos klinikai vizsgálattal a gyermekkori scarlatinás betegek túlnyomó többségében kimutathatjuk. Megtaláltuk e tüneteket a legutóbbi évek járványai alatt legtöbb esetben még akkor is, ha a scarlatina lezajlása egyébként semmiben sem tért el a megszokottól. „Vörhenyszív” elnevezéssel klinikai szempontból általában a következő tünetcsoport foglalható össze: pulsus labilitás; az első szívhangok tompává, puhává, elmosódottá válása, esetleg eltűnése; a szívcsúcson és legtöbbször a II.—IV. borda magasságában a bal parasternalis vonalban puha systolés zörej feltűnése; ritkábban a II.—III. borda magasságában mindkét oldalt parasternalisan durván kaparó systolés zörej kialakulása; a pulmonalis II. hangjának ékeltsége, hasadtsága, kettőzöttsége; néha embryocardia, szív dilatatio, arhythmia egészítik ki fenti tüneteket.

Évek óta nem elégít ki, hogy vörhenyes gyermekek szívelváltozásait az egészen gépies és vázlatos „vörhenyszív” elnevezéssel jelöljük. Többszáz vörhenyes gyermek pontos klinikai és elektrokardiographiás vizsgálatával igyekeztünk a „vörhenyszív” nagy gyűjtőfogalmát részekre bontani. Igyekeztünk ezt az elnevezést a kórisméink közül elhagyni s helyette minden esetben pontosan meghatározni a szíven észlelhető működési zavar lényegét. Eddigi eredményeink alapján azt hisszük, hogy ez az esetek többségében sikerült is. Úgy gondolom, nem kell hangsúlyoznom, hogy az egyes szív működési zavarok között a pontos elkülönítő kórisme felállítása fontos, hiszen e nélkül nem lehet a megfelelő kezelést sem kiválasztani.

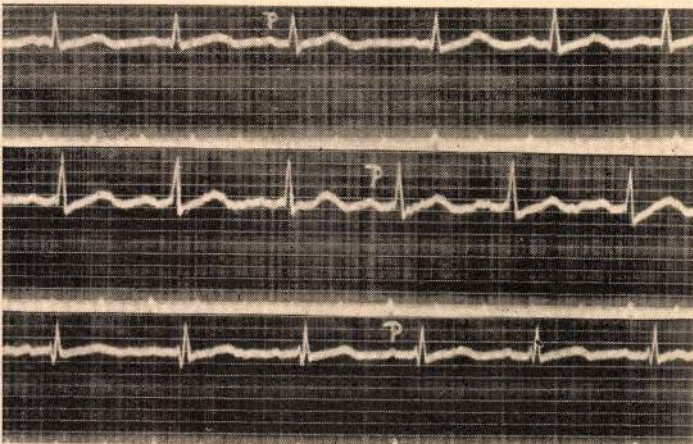
Leírtuk fentebb, hogy a vörhenyszív elnevezéssel jelölt tünetcsoport egyik tagja az arhythmia. Már korábbi közleményeinkben is foglalkoztunk azzal, hogy egyszerűen „vörheny arhythmia” elnevezéssel nem elé-

*) A Magyar Gyermekorvosok Társasága XV. bemutató ülésén tartott előadás nyomán.

gedhetünk meg. Vörheny alatt ugyanis nomotopiás és heterotopiás arhythmia nagy változatosságban fordulhatnak elő és pedig az egyes arhythmiaféleségek nemcsak külön-külön, más-más gyermekben, hanem ugyanazon gyermekben a vörheny lezajlásának különböző heteiben megcserélődhetnek, változhatnak, vagy egymásra halmozódhatnak. Ismertettünk egy olyan esetet, amelyben a betegség alatt ismételtén túlzottfokú sinus tachykardiát, majd a betegség 6. hetében arhythmia észleltünk. Ezt az arhythmia Wenckebach-typusú pitvarkamrai dissociatio idézte elő. Az ismertett másik esetünkben a kezdeti sinus-tachykardiát a láz elmúltával sinus-arhythmiaval kísért kifejezett sinus-bradykardia váltotta fel, majd a betegség 16. napján a rhythmust kamrai eredetű extrasystolék zavarták. Leírtunk továbbá egy olyan vörheny-esetet is, amelyben a kezelő orvos meglegedett egyszerű „vörheny arhythmia” kórismével s mi supraventricularis extrasystolés arhythmia találtunk. Mind a három kórkép más kezelést igényelt. A megfelelő kezelési mód kiválasztása természetesen csak a pontos elkülönítő kórisme alapján sikerülhetett. Ha ez nem történt volna meg, úgy meg kellett volna elégednünk az egészen gépies „vörheny arhythmia” diagnosissal s a kezelésünk is csak egészen gépies lehetett volna. Mindhárom eset egyénileg megfelelő kezelésre teljesen gyógyult.

Fenti felfogásunk helyességének további igazolására alábbiakban egy ritkábban észlelhető arhythmiaféleségnek vörheny alatti előfordulását ismertetjük.

G. T. 4 éves fiút 1937 V. 2-án vettük fel a klinikára, mindenben jellegzetes scarlatinája 2. napján. Hőmérséklete 37.2°C , a percnként 118-as pulsus kellő teltségű, kellő feszességű, a vérnyomás 105/65 Hg. mm. volt. A szív vizsgálata a rendestől csak annyi eltérést derített ki, hogy a szívhangok kissé tompábbnak tunk. A vizeletben pozitív urobilinogen reakción kívül más kóros nem volt kimutatható.



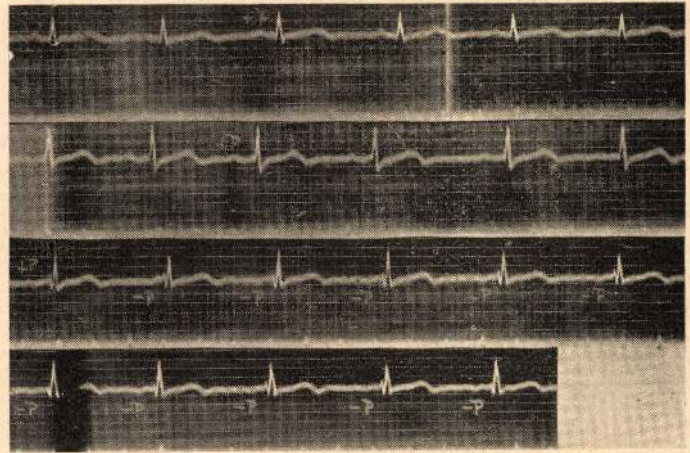
1. ábra. Ekg.: 2636. Felvéve 1937. V. 3-án. Felülről lefelé I., II., III. levezetés. Időjelző $\frac{1}{5}$ ". Húrkitérés 20 mm. Lásd szövegben.

A betegség 3-ik napján (V. 3.) készített elektrokardiogrammon (1. ábra) a következőket találtuk: sinus tachykardia, kismagasságú sinus arhythmia; mindhárom levezetésben pozitív, jól képzett, 1 mm. magasságot meghaladó P hullám; a pitvar-kamrai ingerületátvezetési idő 0.125"; a QRS complexum a III. levezetésben kettőzött, melynek első része alig 2 mm. magas, második része meghaladja a 6 mm-t, a QRS complexum lezajlási ideje 0.075"; az S—T szakasz lefutási iránya mindhárom levezetésben a rendestől kissé eltér, vízszintes rész nélkül, meredeken halad alulról felfelé, a II. és III. levezetésben az isoelektromos vonal alá szorított; a T mindhárom levezetésben pozitív, jól képzett, 2 mm. magasságot meghaladja.

A vörhenykiütés 3 napig maradt meg, ezalatt a hőmérséklet 37.1 — 37.7°C között váltakozott, a pulusszám leszállt 100 körüli értékre, a közérzet teljesen jó volt.

A betegség 6. napján (V. 6.) a legmagasabb hőmérséklet már csak 37.2°C . A szív vizsgálatok kifejezett légzési arhythmia észleltünk és feltűnt, hogy a korábban csak tompábbnak hallott szívhangok úgy változtak, hogy a csúcson most már az első hang nem volt tiszta, hanem elmosódott színezetű lett. Az ekkor készített elektrokardiogram mutatja, hogy a korábbihoz viszonyítva a sinus tachykardia megszűnt, viszont a sinus arhythmia és az S—T szakasz fentebb leírt elváltozásai kifejezettebbek lettek.

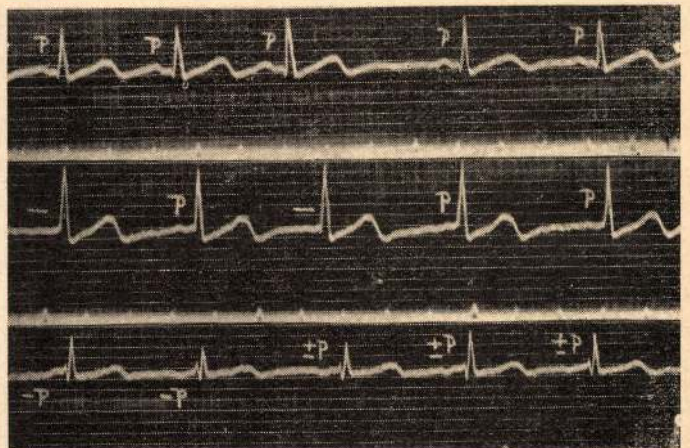
A betegség 10. napjáig (V. 10.) a hőmérséklet még időnként elérte a 37.3°C -ot, a pulsus percenkénti száma 96—114 között váltakozott, a vérnyomás változatlanul 105/65 Hg. mm. körül. A vizelet rendes, a közérzet jó, a szívhangok teljesen tiszták, a pulsus kellő ékeltségű, kifejezett sinus arhythmia továbbra is észlelhető.



2. ábra. Ekg.: 2636-B. Felvéve 1937. V. 10-én. Felülről lefelé: I., II., III., III. levezetés. A 4-ik sor a 3-ik sornak közvetlen folytatása. Az I. és II. levezetésben a P hullámok mindenütt pozitívek, jól képzettek; értékelhető magassági csökkenés csak a II. levezetés 5. szívrevolúciója P hullámán van, ami egybeesik a légzés okozta bradykardiás szakasszal. A 3. sorban lévő III. levezetés első P hulláma még pozitív, ezután végig a 4. soron át is a P mindenütt negatív maradt.

Az ekkor készített elektrokardiogrammon (2. ábra) az eddigiekhez az csatlakozott, hogy a P hullám a felvétel egyes szakaszaiban kifejezetten negatív lett.

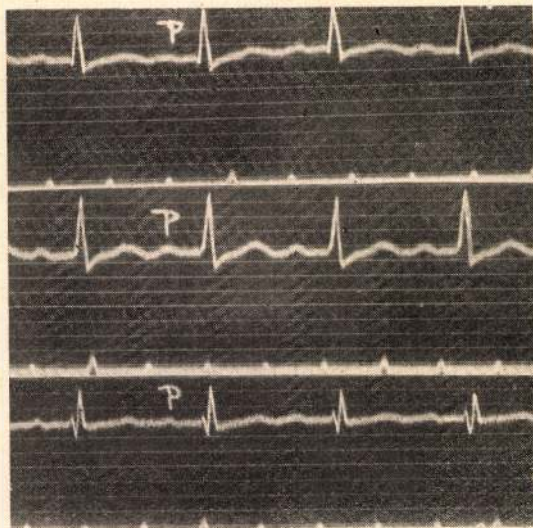
A betegség 15. napján (V. 15.) klinikailag ugyanaz a helyzet, mint korábban, azonban az elektrokardiogrammon (3. ábra) a P hullám elváltozásai még kifejezettebbek.



3. ábra. Ekg.: 2636-C. Felvéve 1937. V. 15. Felülről lefelé: I., II., III. levezetés. Időjelző $\frac{1}{5}$ ". Húrkitérés 20 mm. Az I. levezetésben kifejezett sinusarhythmia, a P hullámok e felvételi szakaszon jól kiképzettek, pozitívek. A II. levezetésben az 1. és 3. szívrevolúció alatt P nincs, a 2. szívrevolúció alatt P jól kivehető, a 4. és 5. alatt éppen csak kiemelkedik az isoelektromosból. A III. levezetésben a P végig kifejezetten negatív. QRS complexum kissé kiszélesedtebb, mint korábban, S₁ és S₂ csomós, S₃ hiányzik, (S—T) az I. és II. levezetésben kifejezetten eltér a rendestől.

bek lettek, a QRS complexum kisfokban kiszélesedett és az S—T szakasz már leírt elváltozásai fokozódtak.

A betegség 17. napján (V. 17.) d. u. a hőmérséklet 38.3°-ig emelkedett, a jobb állszögletben lymphadenitis kezdődött, a pulsus per centenkénti száma felment 120-ra. A lymphadenitis a betegség 26-ik napjáig állott fenn. Ezen idő alatt a pulszszám állandóan 110—120 között ingadozott, a vörsvérttestsüllyedés 15 percre gyorsult. A hőmérséklet a lymphadenitis fennállásának első 5 napján 38—38.5°-ig emelkedett. Az általános klinikai, valamint a fülészeti vizsgálat a lymphadenitisen kívül más eltérést nem mutatott ki; a vizelet rendszeres maradt, a pulsus minősége, a vérnyomás és a szív physicalis vizsgálata a korábbi napokéval megegyező leletet szolgáltatott.



4. ábra. Ekg.: 2636-D. Felvéve 1937. V. 19. Felülről lefelé: I., II., III. levezetés. Időjelző $\frac{1}{5}$ ". Húrkitérés 20 mm. Sinus-tachykardia. P mindhárom levezetésben kifejezetten pozitív. P—R távolság 0.15". R₂ felszálló ága kezdetén csomós, S—T elváltozások kivehetők.

A betegség 19. (4. ábra) és 22. napján készített elektrokardiogramok azt mutatták, hogy a sinus tachykardia visszatért s ezzel egyidőben a sinus arhythmia megszűnt; a pitvari-kamrai ingerületátvezetési idő a korábbi 0.125"-ről felemelkedett a tachykardia dacára 0.15"-re; az R₂ felszálló ága csomós lett; az S—T elváltozások megmaradtak. Ebben a tachykardiás szakban a P hullám megint pozitív lett.

Kezelésül 3 napon át 3x $\frac{1}{2}$ tableta ambesid (Richter)-t adtunk per os, ugyanakkor naponta 3x1 óra tartamára jejes borogatást, éjjelre párokötést alkalmaztunk a nyak azon részére, ahol a mirigygyulladás volt. Teljesen mozdulatlan fekvést rendeltünk.

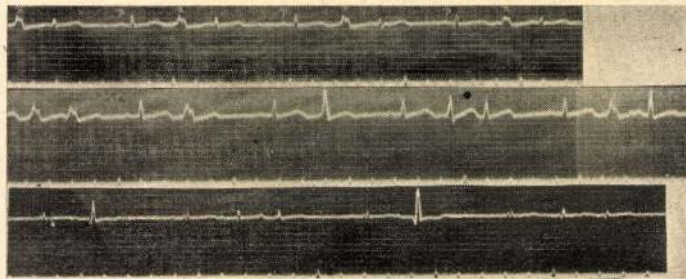
A betegség 23. napjától (V. 23.) a gyermek már csak subfebrilis, a napi legmagasabb hőmérséklet 37.1°, a pulsus per centenkénti száma ébrenlétben ennek dacára sem szállt le 100 alá, éjjel alvás közben azonban 70—90 közötti értékeket olvastunk. A szíven a physicalis vizsgálat semmi elváltozást nem mutatott ki. A vérnyomás egy alkalommal mérve 88/55 Hg. mm., egyébként mindig, mint korábban, 100/60 Hg. mm. körüli volt.

A betegség 25. napjától (V. 25.) láztalan, a 29. napon (V. 29.) megindul a hámlás, fokozatosan mind több időt tölt ágyon kívül s tekintve a szép május végi meleg időt, kint játszik a kertben.

A betegség 31. napján (V. 31.) készített elektrokardiogrammon a P hullám elváltozásai megint ugyanolyan fokban látszanak, mint ahogy azt a 3-ik ábrában leírtuk: a felvétel egyes szakaszain pozitív, más szakaszain hosszú időn át negatív, vagy teljesen isoelektromos; az S—T szakasz elváltozásai enyhébb fokban látszanak.

A betegség 32. napján (VI. 1.) kora reggel még a gyermek felkelése előtt teljesen szabálytalan szív működést észleltünk. A percenként 100-as pulsus közepes, középtelt; a vérnyomás d. e. 96/60 Hg. mm., délután 105/64 Hg. mm. A szívcsúcson egészen puha jellegű sys-

tolés zöreje, ékelt második hangok és teljesen szabálytalan rhythmus hallható. A szívtempulat a korábbihoz képest nem változott. A gyermek közérzete nem rossz, utasítás dacára sem fekszik nyugodtan.



5. ábra. Ekg.: 2636-G. Felvéve 1937. VI. 1-én. Felülről lefelé: I., II., III. levezetés. Időjelző $\frac{1}{5}$ ". Húrkitérés 20 mm. Lásd szövegben.

Az elektrokardiogrammon (5. ábra) a pararrhythmia érdekes megjelenési alakját láthatjuk. Különösen az I. levezetésben felvett szakaszon igen pontosan kivehető, hogy nem kizárólag a sinus-rhythmus uralkodik a szíven. A sinus-vezérlésű rhythmus is megvan és önmagukhoz viszonyítva szabályos időközökben a teljes szíven uralkodóvá válnak időnkint azon ingerületek, melyek a sinusból indulnak el és végig tudnak haladni mind a pitvari, mind a kamrai rendszeren. Ezeknek a szívrevolúciónak megfelelő elektrokardiogramokon az összes összetevők és azok egymáshoz való viszonyai mindenben rendesek. Ilyen az I. levezetésben a 3., 6., 9-ik, a II. levezetésben a 3., 5., 7., 10-ik és a III. levezetésben az 1., 3., 6., 8-ik szívrevolúció. Ezekben úgy a P, R, T kitérésbeli nagysága, mint a P—R, QRS, S—T lezajlási ideje és lefutási iránya mindenben megfelel a korábbi napokban felvett görbék sinus-rhythmusának. Ezen sinus-vezérlésű rhythmus mellett észlelhető egy ettől élesen elkülönülő rhythmus. Ez a második rhythmus önmagában véve ugyancsak szabályos, úgy hogy ezen rhythmusban létrejövő egyes szívrevolúciók egymáshoz viszonyítva ugyancsak szabályos távolságban jönnek. E rhythmus jellegzetes kamrai vezérlésnek felel meg. E rhythmusba tartozik az I. levezetésben az 1., 4., 7., 10-ik, a II. levezetésben az 1., 2., 4., 11-ik szívrevolúció. A kamrai rhythmus szabályossága a maga teljességében kivehető az I. levezetésben felvett szakaszon; a II. levezetésben felvett szakaszon azonban a kamrai rhythmus szabályosságát ennek a rhythmusnak szempontjából extrasystolék megzavarják.

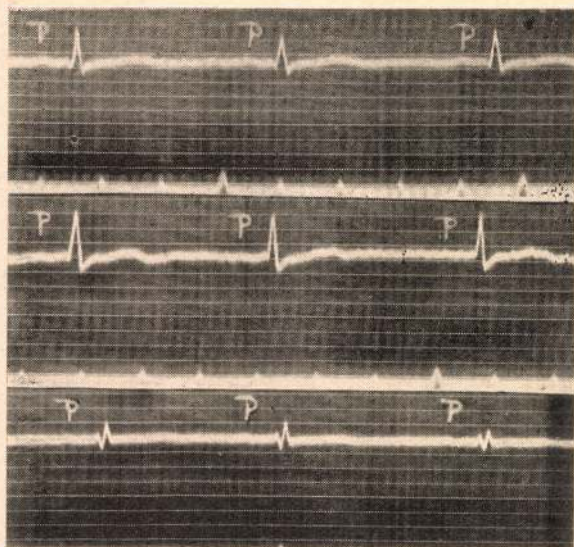
Kivehető ezen két külön vezérlésű rhythmus mellett egy harmadik rhythmus is, amelyik e kettő közül egyiknek sem felel meg. Ez a harmadik vezérlés az I. levezetésben felvett szakaszon ugyancsak teljesen szabályszerű működést fejt ki, úgy hogy, mint a két másik rhythmusban, úgy ezen rhythmusban létrejövő egyes szívrevolúciók egymáshoz viszonyítva ugyancsak szabályos távolságban jönnek. A II. és III. levezetésben felvett szakaszon azonban a szabályosságot ugyancsak megzavarják ennek a rhythmusnak a szempontjából extrasystolék. Ehhez a harmadik vezérlésű rhythmushoz tartozik az I. levezetésben a 2., 5., 8., 11-ik, a II. levezetésben a 6., 12-ik és a III. levezetésben a 2., 6-ik szívrevolúció. Ezeket a harmadik rhythmushoz tartozó elektrokardiogramm-részeket jellemzi, hogy pozitív P-vel kezdődnek, azonban a P-R távolság olyan nagyfokban megrövidült, hogy a P szinte közvetlenül megy át az R felszálló ágába. Hogy a kamrai complexum nem a sinusi ingerre válasz, mutatja az is, hogy a QRS complexum alakja határozottan eltér azoktól a QRS complexumoktól, amelyek a görbe azon szakaszain láthatók, ahol az egyazon

sinus ingerület áthalad mind a pitvari, mind a kamrai rendszeresen. Olyan e harmadik rhythmus QRS complexuma, amilyent az *atrioventricularis*, illetve *supra-ventricularis* vezérlésnél szoktunk látni.

Ezt az egymást váltogató három különböző vezérlésű rhythmust a II. és III. levezetésben még megzavarják ezen sajátos rhythmusokon kívül jövő extrasystolék, ilyen a II. levezetésben a 8., 9.-ik, a III. levezetésben a 4., 5., 9., 10.-ik szívrevolutio.

Az éppen most leírt szív működési zavart *interferentialis dissociationak* fogtuk fel s a szívizom vörheny okozta anatómiai elváltozásában kerestük eredetét.

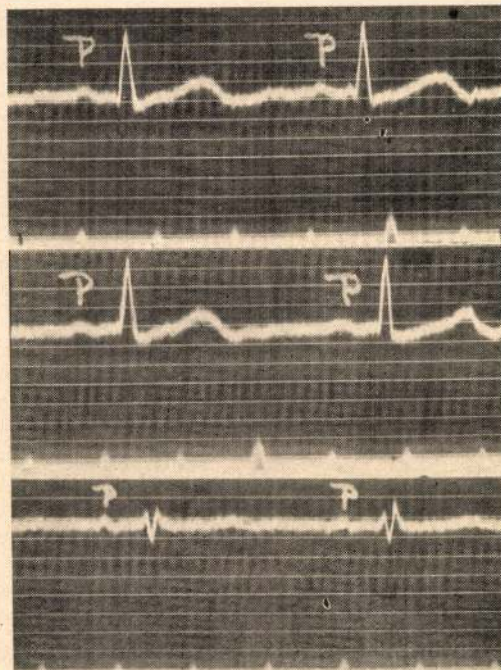
Kezelésül naponta 10 ccm 20%-os glucose oldatot + 0.05 g. digitalist adigan lanata (Richter) formájában adtunk intravenásan és per oralisan ezzel egyidőben naponta 3x0.15 g chinint, továbbá nyugtatóul naponta 3x0.015 g sevenaletát. Három napi kezelés után a szív fenleírt működési zavara megszűnt. A csúcson a systolés zörej azonban ezután is állandóan hallható maradt.



6. ábra. Ekg.: 2636-K. Felvéve 1937. VI. 4-én. Felülről lefelé: I., II., III. levezetés. Időjelző $\frac{1}{5}$ ". Sinusrhythmus. P alig 1 mm. magas, P-R távolság 0.125", R csak a II. levezetésben haladja meg az 5 mm. magasságot, T egyik levezetésben sem éri el a 2 mm. magasságot. S-T szakasz lefutása az I. és II. levezetésben kissé eltér a rendestől.

A betegség 35. napján (VI. 4.) készített electrocardiogrammon (6. ábra) már újból sinusrhythmus látható, a P hullámok pozitívek, de alacsonyak; a P-R távolság 0.125", az R és T magassága az eddigiekhez képest kissé csökkent; az S-T szakasz elváltozása az I. és II. levezetésben kisfokban még kivehető. A kezelésben ekkor annyit változtattunk, hogy a digitalist most már elhagytuk s csak 10 ccm 20%-os glucose oldatot adtunk naponta intravenásan; nem folytattuk a sevenal adását sem és a chinin adagját napi 3x0.05 g-ra csökkentettük.

A betegség 41. napján (VI. 10) készített electrocardiogrammon (7. ábra) a P pozitív irányú, magassága rendes; a QRS alapján laevogramra lehet következtetni, S₁, S₂ csomós; S-T szakasz lefutása fentiek értelmében még kóros; T az I. és II. levezetésben meghaladja a 2 mm magasságot. Ugyanekkor a pulsus kellő feszességű, kellő teltségű, percenkénti száma 100 körül; a szívtompulat normális nagyságú, a csúcson továbbra is hallható a fúvó systolés zörej; vérnyomás 105/60 Hg. mm.; vizeletben kóros nem mutatható ki; közérzet jó; láz nincs. Minden kezelést elhagytunk. A betegség 44. napján még további ágynyugalmat tanácsolva a gyermeket a klinikáról elbocsátottuk s átadtuk a kezelést az otthoni orvosnak.



7. ábra. Ekg.: 2636-R. Felvéve 1937. VI. 10-én. Felülről lefelé: I., II., III. levezetés. Időjelző $\frac{1}{5}$ ". Lásd szövegben.

Epicrisis: 4 é. fiú egészen enyhe, alig subfebrilitással járó scarlatinája körlefolását a 17. betegségi napon nyaki lymphadenitis zavarta meg, ami közel 10 nap alatt fejlődött vissza. Már a lymphadenitis megjelenése előtt feltűntek a szíven elváltozások, melyek később súlyosbodtak. A vörheny első napjaiban a szokásos kezdeti sinus tachycardiát, kissé tompább szívhangokat és az electrocardiogram S-T szakaszán elváltozását észleltünk. A 10. betegségi napon minden klinikai tünet nélkül kóros lett az electrocardiogram pitvari része, majd a 17.-ik napon megnyult a pitvar-kamrai ingerületátvezetési idő. Az electrocardiogrammon észlelt elváltozások szigorú fektetés alatt fokozatosan csökkentek, úgy hogy a 29. betegségi naptól megengedtük az ágyból való felkelést és a szabad levegőn való mozgást. Két napi fentlét és mozgás után a szív működésben súlyos rhythmuszavar keletkezett és a csúcson systolés zörej vált hallhatóvá. Ezt a rhythmuszavart electrocardiographiás vizsgálat alapján a pararhythmia azon csoportjába soroztuk, amit *interferentiás dissociationak* nevezünk. A pararhythmia-t az jellemzi, hogy a szívben egymással párhuzamosan több „ingerközpont” ad le hatásos ingerületet. Ez rendes körülmények között természetesen nem lehetséges, mert hiszen rendszeren a szívet a sinuscsomó vezérli. Egészséges körülmények között tehát csak a sinus ad le hatásos ingerületeket, amelyekkel a másod- és harmadrendű központokat elnyomja. Pararhythmia akkor jön létre, mikor a sinuscsomón kívül két vagy több alacsonyabbrendű „ingerközpont” mintegy felszabadul a sinusból jövő ingerület elnyomó hatása alól. Erre lehetőséget az ú. n. „védőbloká” kialakulása ad. A védőblokád ugyanis a szóban levő alacsonyabbrendű ingerközpontban keletkező ingerületet mintegy megvédi a sinus felől jövő ingerület elnyomásával szemben. Helyesebben kifejezve a védőblokád lehetővé teszi az alacsonyabbrendű ingerközpontban keletkező ingerületnek, hogy hatásossá válhassék. Ennek a védőblokádnak a milyenségéről még egészen pontos adataink nincsenek. Magáról a pararhythmia névvel nevezett szív működési zavarról azonban Kaufmann és Rothberger vizsgálatait, valamint az utánvizsgálók mun-

kái óta klinikai szempontból ismereteink elég bőségesek.

A pararhythmias kórforma nem egységes s a gyakorlat szempontjából elfogadhatjuk azt a beosztást, mely három főcsoportba osztja a pararhythmiasokat. Az első csoportban a döntő rhythmust egy bizonyos ingerközpont vezérli (ez lehet mind a sinuscsomó, mind valamelyik alacsonyabbrendű központ), a szóban lévő második ingerközpont működése időnkénti extrasystole alakjában jut kifejezésre. Ez fedi az *interferentia* fogalmát. Ilyenkor tulajdonképpen arról van szó, hogy a két párhuzamosan működő ingerközpont időnként kioltja egymás ingerületét s így hol az egyik, hol a másik veszi át a szív vezérlését. A második csoportba tartoznak a *pararhythmias dissociatio*k. Itt a dissociatio oka nem a vezetőrendszer *elsőleges* megbetegedésében keresendő, hanem a pitvar-kamrai különálló működés oka az alacsonyabbrendű ingerközpont felszabadulásában, kóros aktivitásában van. A pararhythmias harmadik csoportja az *interferentiás dissociatio*. Ilyenkor a két első csoportbeli működészavar egymással kombinálódik. E kórforma kialakulásakor bár külön, önállóan is működnek a kamrák, mégis az automatikus kamrai működés rhythmusát *interferentia* módjára időnként megzavarja a pitvar-kamrai rendszeren teljesen átvezetett s a *teljes szív* összehúzódását létrehozó sinus-ingerület.

Ha e rövidre fogott összefoglalással esetünk elektrokardiogrammait összevetjük, látható, hogy e beosztás szerint esetünk a *pararhythmias harmadik csoportjába* tartozik, tehát *interferentiás dissociatióról* van szó. Az automatikusan működő kamrai rhythmus pontosan kivethető az 5. ábra legfelső során lévő (I. levezetésben felvett) elektrokardiogramm-szakaszon. Ezt a kamrai önálló rhythmust meg-megszakítja szabályos időközökben olyan sinus-ingerület, ami teljesen átvezetődik a pitvar-kamrai rendszeren s a teljes szív összehúzódását kiváltja. Érdekes még az is, hogy ezt a két rhythmust ugyancsak szabályos időközökben még egy harmadik rhythmus is megszakítja. E harmadik rhythmus *supraventricularis* vezérlésű.

Az 5. ábra II. és III. levezetésében felvett elektrokardiogramm szakaszok elemzését megnehezíti, hogy a fent leírt rhythmusokat még külön, *időnként beugró extrasystolék* megzavarják. Az ilyen extrasystolék létrejöttére az ad lehetőséget, hogy a pararhythmias működési zavarok esetén tulajdonképpen a pitvar és kamrák között *felülről lefelé nincs vezérlési zavar*. Eljuthatnak tehát a kamrákba és kamrai összehúzódást is kiválthatnak s így megzavarhatják az automatikus kamrai rhythmust mindazon pitvari ingerületek, melyek két feltételnek megfelelnek: 1. a pitvar-kamrai ingerületvezetőrendszer *refractaer stadiuma* után keletkeznek (u. i. pararhythmias dissociationál *refractaer stadiumon* kívül a vezetőrendszer felülről lefelé működésképes s így ilyen időpontban át is vezeti a pitvari ingerületet a kamrákba s azokat összehúzódásra is bírja), 2. azok a pitvari ingerületek, melyek a kamrák automatikus működése szempontjából elég korán jönnek s keletkezésükben időszzerűleg megelőzik a kamrai izomzatnak azon *refractaer stadiumát*, amely az önállóan működő kamrai vezérlés által kiváltott kamrai systoléhoz tartozik. Esetünkben a fennálló hármass önálló rhythmust II. és III. levezetésben felvett elektrokardiogramm szakaszon (5. ábra) mint külön extrasystolék ilyen pitvari ingerületek zavarják meg. Az ilyen pitvari ingerület tehát csak akkor lehet a kamrák szempontjából eredményes, mikor időszzerűleg úgy keletkezik, hogy keletkezésének ideje nem esik túlközel sem a megelőző s már lezajlott, sem az éppen most következő kamraösszehúzódáshoz. Ha

ugyanis a keletkezési idő az éppen öt megelőző szívösszehúzódáshoz esik túl közel, akkor a pitvari ingerület azért lesz frustrán, mert a pitvar-kamrai ingerületvezető-rendszer *még refractaer* s így nem vezeti el a pitvari ingerületet a kamrákhoz; ha viszont e pitvari ingerület keletkezési ideje az éppen *rákövetkező* kamraösszehúzódáshoz esik túl közel, akkor a kamrák szempontjából frustrán lesz a pitvari ingerület azért, mert *már* a kamrai izomzat *refractaer* s így arra nem válaszol. Esetünkben ezért jelennek meg ezek a külön pitvari ingerületek a kamrák szempontjából bizonyos fokig interpolált extrasystolékhoz hasonló időpontban.

Tekintettel arra, hogy az eset gyógyult, szövettani vizsgálat nem állhat rendelkezésre. A leírt működési zavart mégis a szív azon anatómiai elváltozásainak működési kivetítőjeként fogjuk fel, amilyen anatómiai elváltozásokat különösen *Fahr*, s hazánkban legutóbb *Bézi* olyan meggyőzően különít el más eredetű elváltozásoktól.

Összefoglalás: Egy olyan vörhenybeteg gyermek kórlefolyását ismertetjük, akinek szívélváltozásait régebben „vörhenyszív” kórismével jelöltük volna. Sorozatos elektrokardiographias felvételekkel és pontos klinikai észleléssel a kórformát határozottan körülírhattuk. A pararhythmias azon alakjáról volt szó, amit *interferentiás dissociation*nak nevezünk. Párhuzamosan három különálló vezérlésű rhythmusban működött a szív. Sinus-, kamra- és kamrarendszerenfelüli ingerközpont működött önállóan és adott le párhuzamosan önálló hatásos ingerületet. Különös volt még a körképben az, hogy a fenti három rhythmust még időnként megzavarta interpolált extrasystolét *utánzó* s a kamrákra is eredményessé vált pitvari ingerület.

Az eset kapcsán ismét felhívjuk a figyelmet, hogy a betegágnál az általánosító „vörhenyszív” kórisme helyett határozzuk meg minden esetben pontosan, hogy tulajdonképpen milyen működési zavarról van szó. Állítunk fel tehát a szív működési zavaráról pontos elkülönítő kórismét s ne elégedjünk meg a „vörhenyszív” vagy „vörhenyarhythmia” gépies diagnosisival.

A Pázmány Péter Tudományegyetem Gyógyszertani Intézetének közleménye. (Igazgató: Vámosy Zoltán ny. r. tanár.)

Adatok a mustárgáz hatásmechanizmusához.

Irta: Telbisz Albert dr. és Kuchárik József dr.

Ebbecke, Krogh, Lewis, Zottermann stb. rámutattak arra, hogy különböző faktorok által kiváltott bőrgyulladásnál histaminszerű anyagok válnak szabaddá. A szövetek rendes körülmények között is tartalmaznak eddig még ismeretlen, esetleg hatástalan kötött állapotban lévő histaminszerű anyagokat. A bőrt ért inzultusok — szöveti elváltozást, helyi anyagcserezavart okozva — felszabadítják ezeket az anyagokat, amelyek most már hatásukat kifejthetik. A hyperaemiát edénytágító anyagok okozzák, amelyek a szövetrésekben felszaporodnak. Az edénytágító anyagok megváltoztatják a permeabilitást is; a hyperaemián kívül a hólyag, illetve az oedémás duzzanat keletkezésének okát ebben láthatjuk. *Krogh* felteszi azt, hogy a histaminszerű anyagokon kívül nehezen diffundáló kolloidális anyagok — histamin kolloidok — is hatnak. A hatásos anyagokat a keringő vér rendkívül lassan, vagy egyáltalában nem sodorja tovább. *Lewis* a mustárgáz által a bőrön okozott elválto-

zást, az ibolyántúli sugarak által okozott bőr-reactióval azonosnak tartja.

A mustárgáz tipikus hólyaghúzó hatást csak embe- ren fejt ki. Állatokon hólyagot nem hűz, hanem a bőr alatt kocsonyás oedemát okoz. Nagyobb mennyiségű anyag felszívódásakor az állat elpusztul; ilyenkor a boncolás nem derít ki semmit. Erősen hat a mustárgáz pl. tengeri malacon. Az állat hátára egy csepp (esetünkben 0.014 g.) mustárgázt cseppentve, teljes felszívódás után halvány pírón kívül más nem látható. Huszonnégy óra múlva a bőr a rácseppentés helyétől kb. 2 cm sugarú körben elődomborodik. A terület közepén halvány pír látható, a bőr megtapintva vastag, ráncba nem emelhető, szemben a tengeri malac normalis körülmények között papírvékonyágú és könnyen ráncbaszedhető bőrével. Rámetszve, a bőr alatt, közepén kb. 1 cm. vastag a széle felé vékonyodó kocsonyaszerű, a subcutis kötőszöveti hézagaiban összegyűlt vizenyő látható. Annak ellenére, hogy az állaton mustárgáz nem okoz hólyagot úgy mint emberen, a keletkezett vizenyő a hólyaggal analógiába hozható. Mindkettőnél a kötőszövet, illetőleg a bőr hézagaiban nagy mennyiségű vizenyő halmozódik fel.

Tisztázni óhajtottuk azt, hogy a mustárgáz okozta kocsonyás oedémában histamin kimutatható-e és ha igen, milyen mennyiségben. A histamin kimutatására a biológiai utat választottuk, amellyel Gaddum és Dale szerint sokkal kisebb histamin mennyiséget, sokkal specifikusabban lehet kimutatni, mint vegyi úton. A histamin az összes húsevők, így a macska vérnyomását még gammányi mennyiségben is süllyeszti, viszont a növényevőket (nyúl, tengeri malac) mély aether narkózisban emeli. Ez olyan jellegzetes reactio, melyet histaminon kívül egyetlen vérnyomás süllyesztő anyag — cholin, acetylcholin, adenosin, kallikrein — sem hoz létre.

A histamin kimutatására a Riesser féle eljárást választottuk.

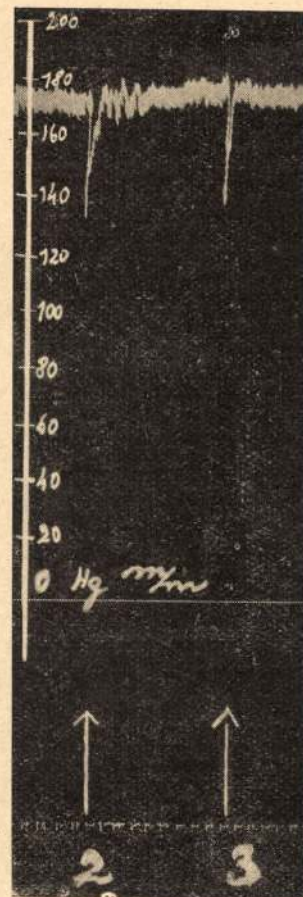
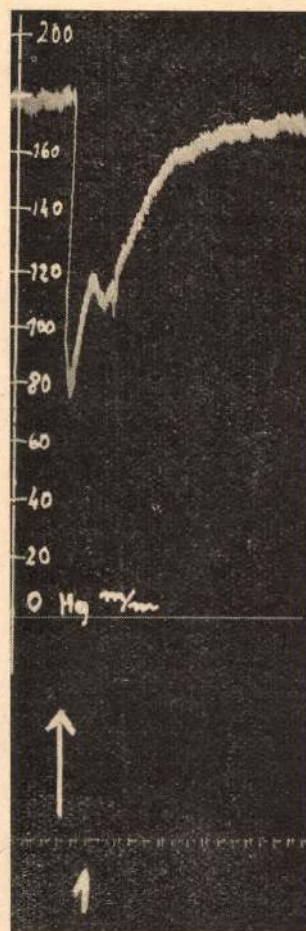
Mindenekelőtt meggyőződünk arról, hogy az eljárás jó-e és másrészt, hogy mi azt jól végezzük-e; ezért 1 mg histamint az eljárás minden fázisán végigvittünk. Az eljárás végén 10 ccm oldatot kaptunk. A kivonat a macska vérnyomásán rendkívül hatásosnak bizonyult. A lemerített histaminból valószínűleg tehát nem pusztult el semmi. Az első ábra az 1 mg-ból készült 10 ccm kivonat 1 ccm-ének (kb. 0.1 mg histamin) hatását mutatja macska vérnyomásán.

Ezután a mustárgáz oedéma kivonatot készítettük el.

Tengeri malac leborotvált hasára 1 csepp mustárgázt cseppentettünk. Az állatot hátfekvésben rögzítettük. Fekve tartottuk kb. háromnegyed órát, ezen idő alatt a csepp felszívódott. Az állatot ezután a ketreche visszahelyeztük. A vizenyő 24 óra múlva teljesen kifejlődött. A tengeri malacot tarkócsapással leöltük. Hasát sterilen felváltuk és a bőr belső felszínéről a kocsonyás vizenyőt lehúztuk. Ezt azonnal 10%-os trichloreccsav oldatba tettük és abban egészen finoman felaprítottuk. Fehér, tejszerű kicsapódás jelezte, hogy az oedéma fehérjét is tartalmaz. (A trichloreccsavat edénnyel együtt az oedéma folyadék betétele előtt és után lemértük, így a vizenyő mennyiségét ismertük). A kivonat készítését azonnal elkezdtük, amelyet általában 10 ccm-re készítettünk. Ismerve a vizenyő súlyát és a készült szűrlet mennyiségét a kapott hatást ismert histamin oldat hatásával össze tudtuk hasonlítani. Így nemcsak minőségi, hanem mennyiségi következtetést reméltünk levonni.

A kivonatokat a legnagyobb gondossággal és állandóan ugyanolyan módon készítettük.

A vérnyomást Dial-lal altatott macskákon egyszerű higanymanométerrel az egyik carotisban véres úton mér-



1. ábra. Macska vérnyomás. Dial-narcosis. Időjelzés 10".
1. jel: 1 ccm. (kb. 0.1 mg. histamin) kivonat.
2. ábra. Macska vérnyomás. Dial-narcosis. Időjelzés 10".
2. és 3. jelnél 1—1 ccm. kivonat.

tük. Dialból intraperitonealisan testsúly kg -onként 0.7 ccm-t adtunk. Az állatok 10—15 perc alatt elaludtak. A kísérlet alatt az állatok melegített asztalon feküdtek és természetesen lélekzettek. A kísérleti állatok vérnyomása mindig nagyon jó volt.

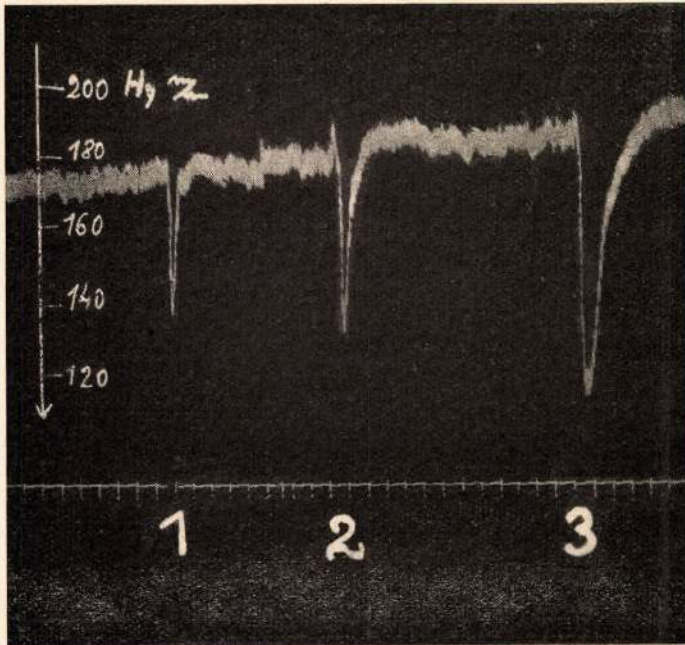
A második ábra az egyik ilyen kivonat hatását mutatja a vérnyomásra. A 2. és 3. számú jelnél 1—1 ccm oedéma kivonatot adtunk. Nyolc g oedémából 10 ccm kivonatunk volt. Egy ccm kivonat, amely 0.8 g oedémának felel meg, rögtön mély, de gyorsan múló vérnyomásesést okozott.

A harmadik ábra egy másik kivonat hatását mutatja. Az első jelnél 2 ccm, a másodiknál 3.5 ccm kivonatot fecskendeztünk be intravenásan. A 10 ccm kivonat 8 g vizenyőből készült. Jellegzetesen azonnali meredek vérnyomásesés következett be, amely néhány másodperc alatt javult és visszatért az eredeti szintre. A harmadik jelnél összehasonylítás céljából 5 γ histamin hatását látjuk.

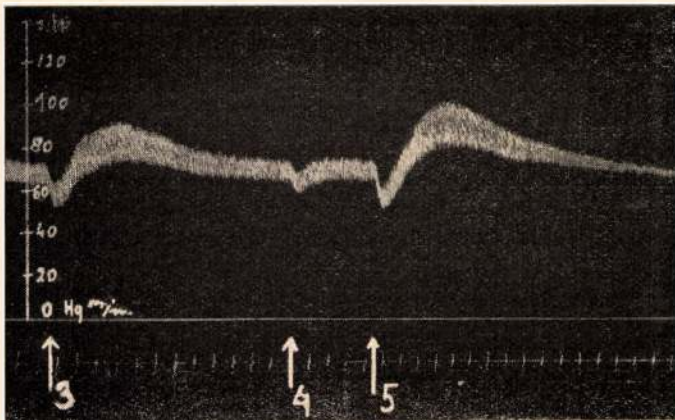
A mustárgáz okozta vizenyő Riesser szerint készített kivonatának hatását macska vérnyomásán még többször kipróbáltuk és a bemutatottal mindig azonosnak találtuk. Mégis a kivonatukban talált vérnyomás süllyesztő anyag azonosítására azt, növényevő állat vérnyomásán — tengeri malacon — tiszta histamin oldat hatásával is össze hasonlítottuk.

Tengeri malacon úgy dolgoztunk, hogy aetherrel a felületes Dial narkozist addig mélyítettük, míg a tiszta histamin oldat vérnyomás emelkedést okozott.

A negyedik ábra a 3. számú jelnél két γ histamin hatását mutatja, a negyedik jelnél biztonság kedvéért a kanült átmostuk, nehogy az előzetesen adott befecskendezés zavart okozzon; noha minden befecskendezés után a kanült 1 ccm physiologiás konyhasóoldattal utána mostuk. Majd az ötödik jelnél 1 ccm oedemakivonatot adtunk. A 10 g mustárgáz-oedémából 4 ccm kivonat készült. A kivonat tehát tömény volt (1 ccm kivonat = 2.5 g oedéma).



3. ábra. Macska vérnyomás. Dial-narcosis. Időjelzés 10".
1. jel: 2 ccm. kivonat. 2. jel: 3.5 ccm. kivonat. 3. jel: 5 γ histamin.



4. ábra. Tengerimalac vérnyomás. Dial + aether-narcosis. Időjelzés: 20". 3. jel: 2 γ histamin. 4. jel: canulle bemosás (második). 5. jel: 1 ccm. kivonat.

A mustárgáz okozta tengeri malac vizenyőből készült kivonat a histamin oldathoz teljesen hasonló módon hatott: emelte a vérnyomást. A kísérletet mind tiszta histamin oldattal, mind egy másik állatból nyert kivonattal megismételve, teljesen hasonló eredményt kaptunk.

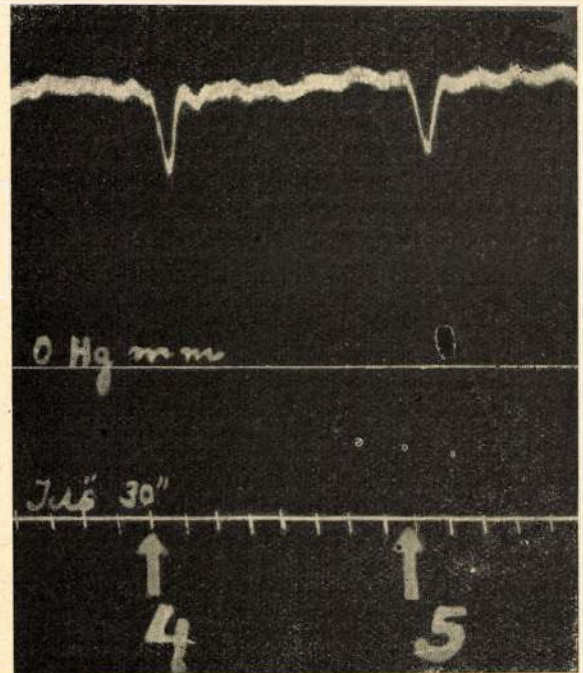
E kísérlet szerint 1 g vizenyőben 1.5–2 γ histamin foglaltatott.

Miután a mustárgáz okozta vizenyő histamin tartalmát megállapítottuk, összehasonlításként ismerni akartuk más kórok által okozott vizenyő esetleges histamin tartalmát is. Vizenyőkeltés céljából morphin-nal, cantharidin-nel, ecetsav-val és mustárolajjal próbálkoztunk.

A tengeri malac borotvált hasára a felmelegített collempastrum cantharidatum-ból egy cseppet helyeztünk. Sem hólyag, sem oedéma nem fejlődött ki, ellenben az állat a második napon kimult. A kísérletet megismételtük azzal a módosítással, hogy a malac hasára rávitt collempastrum cantharidatumot ragtapasszal befedtük. Huszonnégy óra múlva csak minimális infiltráció, kiscokú gyulladás, de oedéma és hólyag nem volt. Ugyanezt észleltük, ha cantharidin tincturát intracutan fecskendeztünk be.

Megkíséreltünk oedémát létrehozni 1%-os morphin oldat intracutan befecskendezésével, valamint ecetsav bőrre ecsetelésével. Mindkét eljárás más állatokon oedémát okozónak bizonyult (Hecht, Lewis) de tengeri malacon oedéma nem fejlődött ki. Végül mustárolajhoz folyamodtunk, melyből 0.05 ccm-t a bőrre cseppentettünk. Három óra múlva kis szilványi, tizenkét óra múlva ötpengősnyi területen a mustárgáz okozta oedémához teljesen hasonló oedema keletkezett. A mustárolaj okozta vizenyő feldolgozása a mustárgáz okozta vizenyővel teljesen azonos módon történt. 6 g oedémából 10 ccm kivonat készült.

A kivonat hatását mustárgáz oedémából készült kivonattal azonos módon macska vérnyomásán figyeltük meg. (5. ábra).



5. ábra. 2900 g. Diallal narcotizált macska. 4. jelnél: 2 γ histamin i. v. 5. jelnél: 5 ccm. kivonat (mustárolaj-oedémából). Időjelzés: 30".

Az 5. ábrán a 4. jelnél 2 γ histamin, az 5. jelnél 5 ccm kivonat hatását látjuk, amelyek egymással minőségileg és mennyiségileg megegyeznek. Az 5 ccm oedema 3 g vizenyőnek, illetve kb. 2 γ histamin vérnyomás súlyosító hatásának felel meg. Egy gramm mustárolaj okozta vizenyőre számítva ez kb. 0.7 γ -t jelent.

A mustárgáz okozta vizenyő histamin tartalma ennél magasabb kb. két- illetve háromszorosa.

Megjegyezzük, hogy a histamin tartalom különbségét nem tartjuk a mustárgáz hatására különösen jellegzőnek; mert elképzelhető, hogy a mustárolaj okozta gyulladásban is histamin szerepel.

*

A mustárgáz vizenyő okát keresve, abban histamin jelenlétét sikerült kimutatnunk. A histamin a normalis szervezetben is hajszálértágító anyag és mint a beveze-

tésben is idéztük, gyulladások, hólyagok, oedemák keletkezésében szerepe van. Kísérleteinkben a histamin jelenléte a vizenyőt próbálja megmagyarázni. A mustárgáz okozta vizenyő oka, vagy legalább egyik fontos oka valószínűleg a jelenlévő histamin s ezzel a mustárgáz hatásmechanizmusának fontos tételéhez jutottunk el. Felvetődik azonban a kérdés, hogy miért van az oedemában olyan sok histamin? Feltevésünk szerint talán a mustárgáz okozta sejspusztulás, sejtelhalás következtében bomlástermékként keletkezik histamin, amely nehezen diffundáló anyag lévén helyben marad és a vizenyőt létrehozza. — Úgy gondoljuk, hogy a talált histamin mennyiségénél fogva nem lehet azonos a bőr piros-fehér reakcióját okozó, a sejtben meglévő és onnan az ingerekre felszabaduló histaminnal.

Összefoglalás:

1. A mustárgáz okozta vizenyőben histamin van; 1 g-ban 1.5—2 %.
2. A histaminnak a vizenyő keletkezésében és a mustárgáz hatásmechanizmusában kóroktani szerepe lehet.

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

A vegetatív-dystoniás depressióról

Írta: Bak Róbert dr.

Az elme-kórtani kutatás már hosszabb idő óta törekszik a maniás-depressió formakör kórélettani meghatározó tényezőinek kiderítésére. A kórélettani kutatások eredményeit ezideig nem sikerült a klinikai körképpel szigorú oki összefüggésbe hozni, de bizonyos vizsgálati eredmények egybehangzó volta megengedhetővé teszi, hogy a klinikai körképpel párhuzamosan haladó, vagy legalább is együttes, kórélettani jelenségekről beszéljünk. Az utóbbi éveknek a vegetatív idegrendszer zavarait érintő idevágó kutatásait csak nagyvonalban vázolva, megemlítem *Massaut* és *Wolberg* egybehangzó eredményeit, egyrészt depressiók csökkent, másrészt a maniások fokozott anyagforgalmáról, továbbá *Schube* adatait a vér cholesterol-szintjének nagyfokú ingadozásáról, illetőleg depressióban jelentkező emelkedéséről és a maniás szakban tapasztalt csökkenéséről. A vércukor-szintnek a körképpel haladó párhuzamos ingadozására *Schou* vet nagy súlyt, továbbá *Cowan*, aki normális és állandó vércukor-értéket megkülönböztető kórisme szempontjából is értékesíthetőnek vél a lelkileg meghatározott tényezőknek elkülönítésére, az örökletes tényezőkkel szemben. A brómszintet *I. M. Sacristan* és *M. Peraita* 13 endogen depressióban vizsgálták (*Zondek—Bier*-féle methodussal) és valamennyi esetben a rendesnél kisebb értékeket találtak, 1 mg% alatt. Továbbá *Nagy Mihály* a debreceni klinika anyagán 20 esetből 12-ben kisebb értékeket talált (60%) (*Leipert—Watzlavek*-féle módszerrel), mely szerint a vérbróm tartalmának csökkenése 30—70%-ot tesz ki. (O. H. 1935.)

Szétágazóbbak a maniás-depressio területén a belső elválasztású mirigyek zavarával foglalkozó vizsgálati eredmények. A hypophysis elülső lebenyének szerepét a csökkent működés értelmében *Penacchi*, valamint *Claude* és *Cuel* képviselik, ezekkel szemben *Braun*, *Urechia* vizsgálatai alapján, aki 8 eset közül csak 3-ban találta a hypophysis elülső lebenyének csökkent működésre utaló kórszöveti elváltozást, továbbá 16

eset közül csak 1-ben pozitív *Abderhalden*-féle reakciót, — esetleges és alárendelt szerepet tulajdonít.

Ugyancsak ellentmondóak a vegetatív idegrendszer tonusáról kialakult vélemények. *Tomasson*, valamint *Leonhard* a parasympathicus tonusának csökkenését teszi fel depressióban, *Christensen* és *Dickmeiss* pedig mindkét állapotkép amphotoniás voltát hangsúlyozza. *Büssow* és *Essen* depressiók galvanikus bőrreflexét vizsgálva, az indulat-ingadozásokkal párhuzamos, tehát fajlagos reakciót nem észleltek, mindössze a vegetativumnak fokozott reakciós készségét, valamint zavarát, különösen mozgásrendszerükben gátolt depressiók esetében.

Legutóbb *Hempel* az ú. n. „vegetatív stigmatisáltak” csoportjától elválasztja a „vegetatív-dyston depressio”-sokat, melyek szerinte öröklés-élettanilag egyes talajon és atypusos „Koppelung” alapján jönnek létre s akiken a megzavart vegetativum körképalakító (pathoplasticus) hatása a klinikai képben különösen határozottan fejeződik ki.

Egy esetünkben, melyben a hangulati ciklusok ingadozását rendszeresen követő vegetatív jelenségek kísérték, nem annyira a vegetatív idegrendszer peripher részében, valamint a belsőelválasztású mirigyrendszerben, hanem a központi vegetatív szabályozásban fennálló zavart tehetjük fel.

A 33 éves nőbeteg családi kórelőzménye tarka képet mutat. Anyai nagyapja iszákos, anyját egy ízben depressiók szakkal intézetben kezelték, egy apai nagynénje nyavalyatörős, két apai unokatestvére idiota. Kórelőzménye az első depressiók szakig, mely anyja halálát követően látszólag következményesen indult meg, lényeges adatot nem tartalmaz. Az első több hónapos depressiót synton állapot váltotta fel, majd a következő depressiók időszakot hypomaniás szakasz, ettől kezdve az elme-kórtani tünetkép 3—4 hetes ingadozásokat a „folie a double form” képét mutatja. Az elme-kórtani tünetkép tartalmi részeit félretelve, kiemelem a megzavart vegetatív működésre jellemző adatokat. Az első depressiók szakban a havivérzés hónapokra elmaradt, s a továbbiakban rendszertelenné vált. Ezzel egyidejűleg rohamos súlycsökkenés, mely kb. 25 kg.-ot ért el. A beteg testsúlya később 15 kg.-mal meghaladta az eredeti állapot testsúlyát, tehát 40 kg.-os súlyingadozás állott fenn. Később a súlyingadozások bár megmaradtak, de nem haladtak párhuzamosan az állapotképpel. Különösen figyelemreméltó, hogy a depressiók szak lezajlását testi sensatiók jelzik, melyek egyben a bekövetkező maniás szak prodromális tünetei. A beteg subjectiven úgy érzi, „mintha belső szervei élni kezdenének”, ebben az állapotban nagyfokú hasmenések indulnak meg, valamint profúz izzadási rohamok. Ez az állapot 2—3 napig tart s a kifejezett hypomaniás szakban már nem észlelhető. Belgyógyászati, neurológiai, szemészeti lelete negatív. Vércukor: 94 mg%. Serumcalcium: 11 mg%. Se. cholesterolin: 180 mg%. Krogh: +10%. A vizsgálatok a vegetatív idegrendszer funkcióját illetően durva elváltozást nem mutatnak, az eredmények összevetése az amphotonia irányában értékesíthető. Az *Aschner*-féle bulbocardialis reflex 84—120, *Tshermák* 88—89, *Claude* 125, erős nyáladzás, könnyezés, kipirulás. Csépay: 14 Hg. mm.

Az adrenalin-görbének kissé elhúzódo emelkedése, továbbá gyors esése és negatív szakasza alapján vago-toniás jellegűnek mondható.

Különösen érdekes kivetített röntgenfelvételünk a töröknyeregről. A sella rendes alakú, nagysága az átlag alsó határán van, határai mindenütt élesek. A processus clinoides anteriorok és posteriorok jól láthatók, normális nagyságúak, határaik ezeknek is élesek. Látható még ezenkívül m. o.-on a processus clinoides medius is. E három proc. clinoides egymással összekötő szalagrendszerben, valamint a tentorium sellaeben kiterjedt mézlerakódás észlelhető. (I. sz. Seb. Röntgen laborat. Gaál dr.) Esetünkben a hypothalamus működészavarára utaló jelenségeket már a klinikai képben felvehetünk. Ezek a paroxystikus tünetek; mint esetünkben a

súlyingadozások, izzadásrohamok, hasmenések, mozgászegénységi és fokozott mozgáskészletési állapotok Szondi vizsgálatai szerint a hypothalamus működés-zavarának következményei.

Sella-leletünket ezirányban kell — ha nagy óvatossággal is — értékesítenünk. Egyrészt a sella szalagrendszerében fennálló kóros mészlerakódás, másrészt ennek elhelyezkedése kettősen utalhatnak a hypothalamikus központok zavart működésére. Ezenkívül felmerülhet a hypophysisnek közvetlen, valamint közvetített, a hypothalamuson keresztül feltételezett működés-csökkenése.

A Morel—Stewart-féle hyperostosis frontalis interna tünetcsoport depressziós kísérőtünetei kapcsán, valamint a Basedow-psychois kórlélektani elemzésénél Somogyi-val együtt (O. H. 1936., 1937.) különösképen hangsúlyoztuk a magasabb neurovegetatív központok, illetve a hypothalamus részvételét a tünetképek előidézésében. Esetünk ismét egy utalás arra, hogy a vegyi szabályozás és a környéki vegetativum vizsgálata mellett, a vegetatív zavaroknak központi eredetére fordítuk a figyelmet.

Gyógymasszázs és mechanoterápia.

† Dalmady Zoltán dr. kéziratának átdolgozásával írták:
Benderek István dr. és Külley László dr.

A gyógymasszázs technikája.

Írta: Külley László dr.

A hátmasszázs technikája.

Hátmasszáznál a beteget hasra fektetjük, homlokát vagy párnával, vagy pedig a betegnek homloka előtt kereszttezett két kezével támasztjuk alá. Hasonfekvésnél ügyelni kell arra, hogy a beteg teljesen vízszintesen feküdjön, ne süllyedjen be a masszázspad párnázatába, mert ez a lumbális lordosisnak erős fokozódását hozza magával s igen sok esetben, különösen derékfájásoknál erős fájdalmakat válthat ki. Derékfájások esetén tanácsos a beteg hasa alá egy keményebb párnát helyezni, hogy a lordosisnak ezt a fokozódását meggátolhassuk, s a beteg kényelmes, fájdalom nélküli elhelyezését biztosíthassuk.

A hátmasszázsnek sokféle indikációja van. Fontos része az általános, frissítő, fáradtságot szüntető masszázsnak. Hátizmaink erősen kiveszik részüket a mindennapi munkából. A fekvésen kívül, tulajdonképpen minden testhelyzetben aktív munkát végeznek, s gyakran székhelyei különböző reumás fájdalmaknak is. A hátmasszázs „vérelvonó”, a szív munkáját könnyítő hatásáról már előbb beszéltünk. Ez a hatása különösen nagyobb testi megerőltetés, erősebb munka, vagy sport után végzett, fáradtságot szüntető masszázsnál értékes és fontos.

A hát masszázst az ú. n. „cikk-cakkos lehúzásokkal” kezdjük. Karomszerűen tartott ujjainkat cik-cakkban húzzuk végig a háton a vállcsúcstól kezdve a gerinc két oldala mellett le egészen a keresztcsont tájáig, majd itt fogást változtatva, ujjaink háti felszínével simítunk végig, az előbbi úton visszafelé. Ezeket a fogásokat gyors ütemben, eléggé erőteljesen, többször megismételjük, egészen addig, amíg a hát bőre felmelegszik és enyhén kipirul. Ezeknek a fogásoknak célja a hát bőrének erőteljes mechanikai ingerlése és bőrhiperémia előidézése. Ha a hát bőre már kissé kipirult, a párhuzamos gyűrásokra térünk át. A párhuzamos

gyűrásokat mindig az ágyéktájon kezdjük s onnan haladunk felfelé, majd újból vissza, amíg a hát egész felületét át nem dolgoztuk többször egymásután. A hát oldalsó felszíneit félkörös gyűrásokkal kezeljük, mégpedig mindkét oldalt egyformán. Utána hosszanti izomgyúrás végzünk a törzs-feszítő izmokon, igyekezve azokat a lehetőség szerint jól kiemelni s nemcsak ujjainkkal, hanem kisujjpárnáinkkal is jól átdolgozni. A hosszanti izomgyúrás befejeztével a trapéz-izmok kiemelhető szélének kétkezes gyúrására kerül a sor (10. kép), majd a hátsó hónaljredő izmait (latissimus csoport) kezeljük, ugyancsak kétkezes gyúrással (11. kép). A lapockatáj



10. ábra.



11. ábra.

ki nem emelhető lapos izmait körkörös gyűrásokkal masszírozzuk. Ezek a körkörös gyűrások már inkább a dörzsölések csoportjához állanak közelebb. A gyűrások befejeztével az ú. n. fésű fogások alkalmazására kerül a sor. Ezek a fogások karomszerűen tartott s a boralatti kötőszövetbe erőteljesen bemélyedő ujjakkal történnek, lényegük a boralatti kötőszövetnek elhúzása, lazítása, izgatása, ú. n. „Reiz-Griff-ek”. Ezek után a fogások után, az elért eredménynek mintegy lerögzítése végett, a hát egész felületét, két kézzel, 3 kört írva le, kisimítjuk. Ez után az erőteljes kisimítás után következnek az ütögetések különböző fajai. Ezek gyors egymásutánban, egymást váltogatva folynak le: paskolás, vágás, féligzárt ököllel ütögetés-, a hát egész felszínén. Az ütögetések után újból simítás következik, erőteljesen, nehezített tenyérrel. A kisimítás után újból bőrizgató fogások, főleg bőreltolások következnek s végül vibráció fejezi be a hátmasszázszt, melyet alulról-felfelé haladó irányban, zárt ujjakkal, a proc. spinosusok felett végzünk.

A lumbo-gluteális masszáz.

Lumbogluteális masszáz alatt az ágyéktáj és csipőtáj masszázkezelését értjük. Végezhetjük, mint az általános masszázsról, de igen gyakran végezzük mint önálló kezelést is, főleg derékfájások esetében. Lumbogluteális és hátmasszázszt végzünk gerincelferdülésnél, a sacroiliacális ízület gyulladásainál, ischiásnál, csipőtáj izomfájásoknál stb.

A lumbogluteális masszázst *párhuzamos gyúrásokkal* kezdjük az ágyéki csigolyák táján, majd *félkörös gyúrásokra* térünk át, s a derék oldalsó felszíneit kezeljük végig. Ezután *hosszanti izomgyúrás*t végzünk a törzsfeszítő izomzaton, a hátmasszázsznál már említett szabály szerint. Ezt követi a nagy tömegű és jól ellazított gluteus csoport *kétkezes gyúrása*. Az ellazításra itt különösen ügyelni kell, mert éppen ennek a tájéknak a masszázsnál „feszít” leginkább a beteg. Mindkét oldali gluteus izomzat átgyúrása után a *körkörös gyúrásokra* és *dörzsölésekre* kerül a sor, melyeket főleg a sacrum felett és a trochanter tájon kell végezni. A dörzsöléseket és körkörös gyúrásokat az ú. n. *izomfelrázás* követi. Ez abban áll, hogy kezünk öt ujját nyújtott helyzetben az ellazított gluteusokra helyezve, miközben ujjaink az izomba könnyedén bemélyednek, mereven tartott kéztő és vállizülettel, könyökből kiinduló, vibráló mozgásokat végzünk. Az izomfelrázást *kisimítás* követi, *nehézített tenyérrrel*. Majd felváltva alkalmazott *paskolások, vágások és ütögetések* fejezik be a kezelést.

A mellkas masszázsa.

A mellkas masszázst, a hátmasszázsához hasonlóan, szintén a *cik-cakkos lehúzások* vezetnek be. Majd a *párhuzamos gyúrásokra* térünk át. A párhuzamos gyúrások után, *félkörös gyúrásokkal* kezeljük a mellkas oldalsó felszíneit. Ezek után a *hosszanti izomgyúrás* következik a mellizmok szabad szélén. A mellizmok ki nem emelhető részét *körkörös gyúrásokkal* dolgozzuk át s a sternum fölött és a bordák porcok részén *dörzsöléseket* végzünk. A dörzsölések után *kisimítás* következik, majd a mellizmokon végzett *paskolások* fejezik be a kezelést. A paskolásokat a mellizmok fölött egyszerre, mindkét kézzel végezzük.

A végtagok masszázsa.

A végtagmasszázszt végezhetjük, mint az általános masszázsról, de végezhetjük mint önálló beavatkozást is. Ha csak u. n. frissítő masszázsról van szó, akkor eltekintünk az izomzat alaposabb átgyúrásától s inkább a keringést fokozó fogásokra, intermittáló nyomásokra, simításokra és az izomzatot lazító *mángorlásokra, kirázásokra* fektetjük a fősúlyt.

Ha a végtagmasszázszt, mint önálló beavatkozást vagy mint az u. n. váltott masszázsról egy részét végezzük, akkor már a gyúrásoknak is nagyobb szerep jut s igyekezünk a végtag minden részét alaposan átdolgozni.

Mindig *teljes végtagot* masszírozunk, tehát a felső végtag masszázshoz a válltájék, az alsó végtag masszázshoz pedig a csipőtájék masszázsa is szorosan hozzá tartozik. Ennek megfelelően kell a beteget a masszázshoz előkészíteni, hogy felesleges ruhadarabok ne zavarjanak a munkánkban s úgy a válltájék, mint a csipőtájék számunkra jól hozzáférhető legyen. Amíg az egyik végtagot kezeljük, a másikat takarjuk le.

A végtagok masszázst mindig *intermittáló nyomásokkal* kezdjük. Az intermittáló nyomásoknak a törzsre is fel kell haladni, tehát a váll vagy a csipőtájék kell befejeződniük. Intermittáló nyomások után *félkörös gyúrásokat* végzünk, mégpedig a végtag proximális ré-

szén kezdve. A *hosszanti izomgyúrásokat* is a proximális részen kezdjük, igyekezünk először a törzshöz közelebb fekvő izomcsoportokat átdolgozni. Ezután az alkar vagy az alszár kisebb tömegű izmait kezeljük *egykezes gyúrásokkal*. Úgyelnünk kell, hogy kezünk ne hagyjon ki részleteket; különösen az alszáron kell az Achilles-in tájéknak gondos átgyúrására vigyázni, mert általában könnyen elkerülheti a figyelmünket, ha csak az izomzat kezelésére gondolunk. A gyúrások után a végtagnak két kézzel történő *kisimítása* következik, majd a *dörzsölésekre* kerül a sor, aszerint, hogy milyen indikációból végezzük a masszázst s vannak e különösebben átdolgozandó részletek. A dörzsölések után *paskolások, ütögetések* következnek s végül az *izmok felrázása, mángorlása*, majd az egész végtag *kirázása* fejezi be a masszázst.

A hasmasszázs.

A legkényesebb beavatkozások egyike, különösen akkor, ha a masszázssal nem csupán a hasfal izomzatát akarjuk javítani, hanem mélyebben fekvő szerveket is akarunk befolyásolni. A hasmasszázsznak igen *szigorú ellenjavaltai* vannak. Ilyenek: az emésztőszervek és a hashártya heveny vagy félheveny megbetegedései; perforáció veszélyével járó állapotok; régi peritoneális összenövések, ha még időnként lázas jelenségeket okoznak; kizárt vagy nem reponált sérv; hasvízkór; a lép és máj megbetegedései; vesegyulladások; minden rosszindulatú folyamat s végül a terhesség. Leggyakoribb *indikációi*: a hasfal izomzatának gyengesége, me-teorizmus, habituális obstipáció.

A hasmasszázs néhány órával étkezés után végezzük, akkor, amikor a gyomor már kiürülőfélben van. Kezelés előtt a beteg hólyagját ürítse ki. A hasmasszázszt hanyattfekvő helyzetben végezzük, csipőben és térdben behajlított alsó végtagokkal. Masszázs alatt a beteg nyugodtan vegyen egyenletes, mély lélegzeteket, hasfalát lazítsa el.

A hasmasszázszt *párhuzamos gyúrásokkal* kezdjük, majd a has oldalsó felszínét *félkörös gyúrásokkal* kezeljük. Ezt követi a rektusok és obliquusok *kétkezes gyúrása*. Az izmokat igyekezünk jól kiemelni és átfogni, hogy fogásaink tényleg csak a hasfalra hassanak. Az izomzat átdolgozása után enyhe, *körkörös gyúrásokat*, inkább *dörzsöléseket* végzünk a vastagbél lefutása mentén, majd a has *kisimítása* következik. A kisimítás úgy történik, hogy jobb kezünket a has felső részére, a gyomorgödör tájékára fektetjük és végigcsusztatjuk a hason úgy, hogy az óramutató járásának megfelelő irányban kört írjon le, melynek középpontjában a köldök legyen. A bal kéz ugyanezt a mozgást végzi. De akkor kezd a simítást, amikor a jobb kéz a köldök alatt van. A has felső, jobb negyedében a jobb kéznek át kell ugrania a balt. Ennek az átugrásnak zökkenés nélkül kell megtörténnie, ami gyakorlatot kíván. A bal kéz folytonos érintkezésben van a hasfallal, míg a jobb kéz simításánál ez a kis megszakítás van. A kéz mindig könnyű, laza tartású legyen és mozgása a váll, könyök és a csukló mozgásaiból tevődjen össze. Legfontosabb a csukló helyes mozgása. Az erő, mellyel a simítást végezzük olyan legyen, hogy a hasfalat csak könnyedén nyomja be. A kisimítás után, enyhe, visszapattanó *ütögetéseket* végzünk két kezünk ujjával felváltva. Különösen hájas hasfalon végezhetjük a hasfal elemelt bőrének ujjaink között való „*görgetését*” is. Ez a fogás a hasfalak, a bőr és a haj megdolgozására szolgál. A hasmasszázszt szintén *vibrációval* fejezzük be. kezünket öklöbezárt ujjakkal a köldöktájra helyezzük, egész enyhén a hasfalhoz szorítjuk s vállból kiinduló

mozgásokkal rezegtetjük. Hogy kezünk ne fáradjon túlságosan a vibráció alatt, fogást változtathatunk a vibráció közben, úgy, hogy egy ideig zárt ököllel, majd szétterpesztett ujjakkal felváltva rezegtetünk. Így nem áll be olyan hamar a rezegtetés alatt különben fellépni szokott görcsszerű fáradtságérzés.

Egy hasmasszázs időtartama kb. 8—10 perc.

(Folytatjuk.)

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Pneumococcus I. okozta tüdőgyulladás specificus kezelése. *M. Finland és J. Brown.* (Amer. Journ. Med. Scienc. 197. 2.) A halálzási arány a serummal kezelt esetekben kb. a felére szállt le (19%). Egyformán hatásos a ló- és a nyúlserum. Jobb eredményt mutat a serumkezelés, ha a beteg kora 50 éven alul van és ha a betegség 5. napja előtt kap serumot. A serumkezelés eredménye ugyanaz, ha a pneumoniához bakteriaemia is csatlakozik. Empyema serumkezelés ellenére is keletkezhet, különösen, ha a beteg későn kap serumot. Sunphanilamid adásától nem láttak jelentős javulást. (G. 25.)

Rényi-Vámos Ferenc dr.

A pylorus mirigyszerv szövettani vizsgálata anaemia perniciósában. *E. Meulengracht.* (Amer. Journ. Med. Scienc. 197. 2.) A pylorus és a duodenum Brunner-mirigysejtjei együttesen alkotják a pylorús mirigyszervet. Anaemia perniciósában a pylorus csaknem, a Brunner mirigysejtek teljesen épek szövettanilag. Ez a szövettani lelet nem szól az ellen, hogy ezek a sejtek termelik az antiperniciósa anyag belső factorát, mert lehet, hogy ép anatómiai viszonyok mellett „functionalis insufficientia” van. (G. 26.)

Rényi-Vámos Ferenc dr.

A vesecerek spasmusának szerepe az albuminuria létrejöttében. *Chesley, Markowitz és Wetchler.* (Journ. Clin. Invest. 18. 1.) Bizonyítható-e a vesecerek spasmusának a szerepe a vesebajos albuminuria létrejöttében? A kérdés eldöntésére módot ad a Hines—Brown-féle próba, melynek lényege, hogy ha a bőrt hideg éri, akkor reflectorikus összehúzódás folytán a vérnyomás emelkedik. Az érösszehúzódás nyilván ráterjed a vese ereire is, ureter-katheterrel pedig egyszerűen ellenőrizhető, hogy megjelenik-e a vizeletben fehérje, ha a vizsgálandó egyén egyik kezét jeges vízbe tesszük. A kísérletek azt mutatták, hogy mindazokban az esetekben, amikor a hideg hatására a vérnyomás emelkedés nagyobb volt 16 Hgmm-nél, a vizeletben fehérje megjelent, illetőleg, ha a beteg már előzőleg albuminuriás volt, úgy az albuminuria fokozódott. A glomerulus filtratum mennyisége a vesecerek összehúzódása folytán a vérnyomás emelkedés ellenére is átlagban 25%-kal csökkent. (G. 27.)

Gömöri Pál dr.

Anoxaemia hatására létrejövő ekg.-elváltozások coronaria keringési zavarok kimutatásában. *Levy, Bruenn és Russel.* (Am. Journ. med. Sci. 197. 2.) Az anoxaemia által létrehozott ekg. változásokat már többen ajánlották a coronariakeringés zavarának kimutatására. A szerzők azt vizsgálták, hogy melyek azok a változások, amelyek már kórosnak mondhatók és a coronariák elégtelensége mellett bizonyítanak. Betegeikkel 10% oxigént tartalmazó oxigén-nitrogén keveréket lélegeztettek be. Az anoxaemia hatására egészségeseken a következő ekg.-eltérések voltak találhatóak: S—T szakasz helyzetváltozása, de a szintváltozás nem nagyobb, mint 1 mm., a T-hullám alacsonyabbá vagy negatívvá válása az I. és IV. elvezetésben, vagy a II. és III. elvezetésben. Kórosnak minősítendőek az elváltozások, ha az S—T szakasz szintváltozása nagyobb mint 1 mm., különösen ha ehhez a T-hullám megváltozása csatlakozik az I. és IV. elvezetésben. Kóros a T-hullám negatívvá válása az I. elvezetésben, ha ugyanabban az elvezetésben az S—T szakasz is megváltozott. A T-hullám negatívvá válása a IV. elvezetésben mindig kóros, akár együttjár az S—T szakasz változásával, akár nem. (G. 28.)

Gömöri Pál dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: Prochnow Ferenc és ifj. Verebélj Tibor.

Az ileocoecum nem specificus gyulladási. *H. v. Haberer.* (Dtsch. med. Wschr. 1939. Nr. 5.) Az ileocoecum nem specifikus, szűkületet okozó, sipolyhajlammal bíró gyulladása Fischer és Lüermann közlése óta mind gyakrabban észlelt önálló kórkép. A diagnózis rendszeren csak a has megnyitása után állítható fel. Kóroktana nem egységes: idegentestek, keringési zavarok, igen gyakran appendicitis, a colitis összes válfajai egyformán szóba jöhetnek. Egy esetben trichocephalus trichiuris, egy más esetben idült recidiváló invaginatio volt a gyulladás oka. Therapiája csak a beteg bélrészlet resectiója lehet. Minden egyéb, nem radicalis beavatkozás csak félmegoldás, amely sipolyképződéshez, vagy ileushoz vezet. (V. 18.)

Galambos József dr.

A serdülő kor heveny csontvelőgyulladásának kezelése. *Petit.* (Presse Méd. 1939. 15.) Szerző kritikusan felsorolja a heveny csontvelőgyulladás különböző kezeléseit, megemlítve az egyes kezelési módok mellett nyilatkozó szerzőket és főképpen az ajánlott kezelési mód alkalmazásának szokásos időpontját. Részletesen megemlékezik a hosszú csontok középrészének teljes eltávolításáról. Ezt az eljárást alkalmasnak tartja súlyos esetekben is arra, hogy meggátolja az ízületekbe való betörést. Összefoglalóan: legfontosabbnak tartja a szigorú rögzítést, a lehetőség szerint késleltetni a beavatkozást addig, amíg a folyamat bizonyos fokig elhatárolódik és a beavatkozást ehhez mérni. Egyetlen egy eljárásról sem mondható az, hogy minden esetben kifogástalan eredményt ad. (V. 24.)

vitéz Novák Ernő dr.

Tapasztalatok a könyökhajlatti orsócsontficam műtéti kezelésével. *Lotsch.* (Zbl. f. Chir. 1938. 37.) Az orsófejec elkülönített ficama eddigi tapasztalatok szerint csak fiatal egyénekben történik. Öregeken a csont törésével társul. Hátsó, vagy oldalsó ficamát könnyű kórimézni s így gyógyítása sem lesz nagy feladat. Az elülső ficam azonban legtöbbször — mint azt a szerző több példával megvilágítja — csupán félficam és látszólag könnyen helyreterelhető. Az ellenőrző röntgenfelvétel és a tapintás egyaránt jó helyzetről fog értesíteni, ha vizsgálatunkat behajlított könyök mellett eszközöljük. Mihelyt azonban a beteg a könyökét használni kezdi s nyújtást végez, a ficam ismét nyilvánvalóvá válik. A szerző szerint, 1—2 véletlentől eltekintve, az orsócsontfejec ficamát nem is lehet műtét nélkül helyretenni, amit anatómiai magyarázattal és sikertelen helyretévesi kísérletekkel bizonyít. Egyben arra is figyelmeztet, hogy a singsont törése is mindig gyanús az orsócsontfejec egyidejű ficamára. A sikerült helyretétel biztos jele az, ha az orsófejec a természetes határokon belül történt mozgások alatt a helyén marad, még akkor is, ha azok közvetlenül a helyretétel után történnek. Minden ellenkező esetben javallt az azonnali műtét oldalsó Kocher-metszésből. A közbeekelt ízületi tokot, az oldalsó szalagot és a gyűrűszalagot oldalra húzza s ha a szalagok nem szakadtak el, akkor hosszanti metszéssel megnyitja őket. A szerző tapasztalata szerint ezek után a helyretetés könnyen megy végbe és néhány öltés elegendő arra, hogy az orsófejec a helyén maradjon, mert a pontos helyretetés után ficamkiújulásra hajlam nem mutatkozik. Idült ficamokban a közbeekelt tokszalag tömegben összenövésék jöttek létre, s ebben az esetben a becsípődött lágyrészek eltávolítását ajánlja. Mivel ficam aránylag rövid idő alatt idültté válik, azért a helyretétel és ennek sikertelensége esetében a műtétet olyan gyors egymásutánban kísérli meg, amennyire csak egyáltalában lehetséges. Egyik esetében ismételt sérülés következében ismételt orsófejecficam állott elő és ebben az esetben is az elmondottakkal tökéletesen megegyezett a helyzet, az eljárás és az eredmény. (V. 26.)

Puky Pál dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Batizfalvy János és Horváth Kornél.

Megfigyelések a méh kibuktatása után végzett harántirányú császármetszések esetében a strassbourgi klinika 6 évi anyaga alapján. *Keller és Vandiest.* (Gynec. et Obst. 38, 1938.) A műtétet néhány kisebb módosítással Doerffler szerint végezték 127 esetben, részben narkosisban, részben gerincvelői érzéstelenítésben. A műtét kivételére könnyű, mert nem kell a hasüreget dolgozni. A nagyobb hassebnak nincs nagy jelentősége, mert megfigyelésük szerint jobban gyógyul és a hassebgnyedések ritkábbak s jobbindulatúak,

mint egyébként. A harántmetszésnek a magzat kihúzása alkalmával keletkező esetleges továbbrepedése nem szokott nagy kiterjedésű lenni s kevésbé kellemetlen, mint hosszirányú metszés esetében az alsó sebzug berepedése. Hat ízben láttak erősebb vérzést a méhsebből, csillapításuk azonban könnyű volt még akkor is, ha az oldalsó érfonatok sérüléséből származott. 11 esetben végzett ismételt császármetszés alkalmával azt látták, hogy a műtéti heg nagyon jó állapotban volt, csak néhány esetben találtak cseplesz-összenövést, vagy felületes hashártyaredőt. Az első szakasz sebé pedig csaknem nyom nélkül gyógyult. 11 esetből 2 ízben eltávolították a méhet is a metszés továbbrepedése miatt, itt azonban a meddővétevés javallata amúgyis fennállott. Az anyai megbetegedés 23.60%, anyai halálozás 4.72%, magzati halálozás 1.5% volt. Tehát a műtét eredménye nem rosszabb a hosszirányú császármetszés eredményénél, a műtét kivitele viszont sokkal könnyebb. (B. 22.)

Cserény László dr.

A piócakezelés jelentősége a műtét utáni thrombosis gyógyításában és megelőzésében. H. Wimböfer. (Ztschr. f. Geburths. 117. köt. 394—404. old.) A thrombosis kezelésében piócák alkalmazásának a gyógyértékét a hirudin véralvadást gátló, baktériumölő, phagocytotrop, értágító és fájdalmat csökkentő hatása magyarázza. E tényezőknél kívül szerepe van még a vérvesztésnek is. A heidelbergi női klinikán 70 műtét és szülés utáni thrombosis esetében alkalmazták a piócakezelést, olyan módon, hogy az első tünetek jelentkezése után a thrombosisos végtagra 3—6 (alszárra 2, combra 3—4) piócat helyeztek s ezt a tünetek javulásától függően 2—5 nap múlva megismételték. Kellő utóvéreztetés után a végtagra rugalmas elastoplast-kötést alkalmaztak és azt felpolcolták. Ezen kezelés után a végtag fájdalmassága nyomban megszűnt, vizenyős duzzadása néhány nap múlva visszafejlődésnek indult, a betegség lefolyása pedig lényegesen megrövidült. A leírt gyógykezelés folyamán az emboliás infarctusok veszélye nem növekszik. Thrombosisban az emboliás infarctusok általános statisztikák szerint 57—59%-ban fordulnak elő, míg a heidelbergi klinika statisztikájában 49%-ban szerepel. Az elért eredmények után a pióca prophylacticus alkalmazását is megkísérelték. Azokban az esetekben, amelyekben a thrombosisnak bizonyos prodromalis tünetei (fájdalmak a vena saphena lefutása mentén, emelkedő pulszszám, bizonytalan magyarázatú hőemelkedések) mutatkoznak, a kezelésre a tünetek azonnal javultak s csak egy ízben lépett fel igen könnyű és gyors lefolyású thrombosis. Később az indicatiós területet kiszélesítve, minden olyan esetben alkalmaztak piócaikat, ahol a thrombosisra bizonyos hajlam látszott fennforgni a beteg constitutiója (adipositas), betegsége (myoma, carcinoma), műtét jellege (hüvelyi méhkiirtás) következtében. 434 ilyen esetből 1.83% kapott csupán thrombosit. (H. 1.)

Váczy László dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: Grósz István.

Adatok az elsődleges zöldhályog klinikumához. Arita. (Acta Soc. Ophth. Jap. 42. k.) A japán szerző az osakai Vöröskereszt kórház szemosztályának beteganyagából gyűjtötte megfigyeléseit az 1932—37. évek folyamán. A glaukoma betegek száma 306 volt (126 férfi, 180 nő), ami az összes szembeteg 0.8%-ának felelt meg. (Nagyon alacsony százalékszám! A budapesti volt I. sz. Szemklinikára 1931—36. év közötti osztályos beteganyagának pl. 8%-a volt glaukoma. Ref.) A betegség leggyakrabban 50—60 év között jelentkezett. A fénytörés a gyulladáshoz alakok esetében többnyire hypermetrop, a simplexben myop volt. A betegek nagy száma magas szemfeszüléssel és erősen beszűkült látótérrel jelentkezett. A heveny szakban iridektomiát, az idült szakban trepanatiót vagy iridektomiát, a simplex típusú esetekben trepanatiót végeztek. A szerző azt ajánlja, hogy ha az egyik szemén már kifejlődött a glaucoma acutum kórképe, a másik, még egészséges szemén prophylacticus iridektomiát végezzenek. (G. 33.)

Biró Imre dr.

Szembetegségek Holland-Indiában. Mulock Houwer. (Archives of Ophthalm. 1939. 3.) A batáviai szemésztanár tanulmánya szerint a vakági arányszám magas: 5:100! Leggyakoribb oka a trachoma, továbbá blenorrhoea és a heveny kötőhártyahurutok; a szaru elgyenedését az elterjedt A-hypovitaminosis elősegíti. Előbbi ellen i. v. typhus-vaccinát használnak. A kankós hurut újszülöttnél ritka és jóindulatú. Noha a lues gyakori, a ker. parench. ritkaság-

számba megy. Kevés a tabes is; viszont közel valamennyi látóidegsorvadással jár (alacsony vérnyomás?). A sclera és szaru gümőkórja szokásos gyakoriságú; annál ritkább az uvea tbc.-je. Ritka a sympathiás szemgyulladás is, noha a szemsérülések ellátása természetesen nem megfelelő. Lep-rás szem-szövödmény kevés, inkább archidéses lagophthalmus-szal jelentkezik. Sok a xerophthalmia, mely jelentősen emeli a vakági statisztikát. 6 év alatt egyetlen uvea-sarcomát sem látott bennszülöttnél. A szürkehályog mint hátsó kérgi homály kezdődik a tok alatt; a gazdag infra-vörös sugárzás játszhat itt szerepet. (G. 31.)

Grósz István dr.

Sulfamidkezelés trachomában. Kirk. (The Lancet. 1938. 17.) Mivel lymphogranuloma inguinale vírusával fertőzött egerek meningo-enkephalitise ellen a szer hatásos, másrészt e vírus hasonlít a tr.-éhoz, indokolt a tr. sulfamid-kezelése. 3x1 tabl. (0.5 gr.) prontosil albumot adtak egy héten át, majd ugyanannyi szünet. 25 esetben — egy kivételével — eredményes volt a kezelés, főleg a szaruszövödmények szempontjából. Előzetesen hónapokon át kezelt 8 eset közül 6 hamarosan javult, egy lassabban. 3 friss esetből 2 szintén gyorsan reagált. (G. 29.)

Grósz István dr.

Trachoma sulfamidkezelése. Hirschfelder. (Arch. of Ophthalm. 1939. 3.) 25 beteg a Richards-féle adagolásban részesült: egy héten 2 cg/Font-testsúly, a következő héten 1.5 cg. A folliculosis felé átmenetet mutató gyermekek nem javultak, úgyszintén a malignus esetek sem (súlyos szövödmények). Viszont jól reagált a második csoport (Tr. IIA) succulens kötőhártyával, pannusszal, kis tüszőkkel. Először az izgalmi tünetek múlnak el (könnyezés, fénykerülés stb.); a bárnyosság a 6. napon szűnik meg. A harmadik csoportban (Tr. III) kifejezett pannusszal, kezdődő hegesezéssel a lefolyás enyhébb. Szövödmények: szédülés, hányás. 3—3 esetben cyanosis és dermatitis. A II. és III. szakban lévő trachomában a succulens kötőhártyára szárító és halványító hatású. Enyhébb pannusnak is jót tesz (I. O. H. 1939. 5. sz.) (G. 30.)

Grósz István dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

Diphtheriás gégeszűkület. — Idegentest okozta szűkület. H. Opitz. (Kinderärztliche Praxis. 1938. 2.) 1½ éves gyermeket, akin diphth. croup gyanúja miatt tracheotomiát végeztek, canule eltávolítása céljából kórházba küldték. A vizsgálat és röntgenfelvétel idegentestet mutatott a larynxban, ami magyarázatát adta, hogy canule nélkül nem kapott levegőt a gyermek. Az idegentest eltávolítása után a légzési nehézség megszűnt és a canule eltávolítása simán sikerült. A szerző hangsúlyozza a differentialdiagnózis fontosságát gyermekkorban hirtelen fellépő légzési nehézségek esetén. Elsősorban pseudocroup, grippés croup, diphth. croup és idegentest jöhet szóba. (K. 17.)

György Ede dr.

Capillarbronchitis vérlebocsátással és vértransfúzióval. Tassowatz. (Nourison, 1938. 5.) Egy esetet közöl; 2 éves fiúgyermek, akit súlyos capillarbronchitissal, asphyxiásan vettek fel. Az eset kapcsán a következőkre hívja fel a figyelmet: capillarbronchitis, ha már asphyxia stádiumában van, nem gyógyítható a szokott cardiacum, oxygen, vérlebocsátás kezeléssel. Gyógyítható: bőséges vérlebocsátás utáni transfúzióval abban az esetben, ha még az asphyxiás stádium elején végezzük, mielőtt kiterjedt bronchopneumoniával állunk szemben. (K. 26.)

Kulcsár Margit dr.

Colitis pseudomembranacea okozta ileus-jelenségek újszülöttnél. Gahlemann. (Mschr. Kinderh. 74. 3—6.) 4 napos leány újszülött esetét közli. Fogóműtétes szülés. A 3. napon hányni kezdett, hányadék sárga színű volt. Az első 3 napon kevés meconium ürült. A felvétel napján hirtelen fesszes lett a hasa, érintésre nagy fájdalmat jelez; ileusra gondolt. A bevezetett szélcső kihúzásakor sok meconium, nyák, membranaszerű cafat és egy 5 cm. hosszú kompakt szövetdarab ürült. Ezután javulás állott be. A 7. napon 15 cm. hosszú, 1.5—2 cm. széles membranaszerű darab ürült. Ettől kezdve lassankint megjavultak a székek és az újszülött gyarapodásnak indult. A 7. napon a vérkép 2% eosinophilíát mutatott. A membrana kiürítésének napján múltó urticariászerű bőrkiütés lépett fel. Kórbonctanilag a kiürített

anyagban: nyáktömeg, leukocyták, erythrocyták, epefesteny, levált hámsejtek voltak láthatók, de semiféle szövetjelenység nem volt kimutatható. Kórbonctani diagnosis tehát colitis pseudomembranacea. Hogy vajjon Czerny szerint egy különösen sensibilis szervezet reakciójáról van-e szó, kérdés marad. Emellett, tehát egy intrauterin sensibilisálódás mellett szólna az urticariás kiütés és az enyhe eosinophilia. (K. 18.)

Gerlőczy Ferenc dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Ajkay Zoltán.

Constitutionalis vizsgálatok orrpolypok esetében. Ertl. (Mschr. Ohrenheilk. 73. 3.) Szerző az orrpolypok keletkezésének okait kutatja constitutiós vizsgálatokkal. E vizsgálatok során a calcium-tükör csökkenését, a kalium megszorodását, általában fokozott alkalosist találtak a vérben. A konyhasó-próbát Mc. Clure-Aldrich szerint végezve, a resorptiós idő gyorsulását látta. Az anyagcsereforgalmat és a belső elválasztási szervek funkcióját a vizsgálatok során fokozottan, egyes esetekben pedig az eosinophil leukocyták megszorodását találta az orrváladékban. Szerző a terápiában fontos szerepet tulajdonít a méz-tartalmú táplálékok fokozott alkalmazásának, kerülve azokat az anyagokat, melyek a vér alkali tartalmát emelik. (A. 25.)

Gergely Zoltán dr.

A septicus sinus cavernosus thrombosisok kórjólátáról. Jeschek. (Monatschr. 73. 3.) Az irodalomban közölt septikus sinus cavernosus thrombosis esetek közül a gyógyultak száma nagyon kevés, Langworthy szerint 7%, de szerző még ennek nagy részénél is kétségbe vonja a septikus jellegét. Saját megfigyelései szerint a lefolyás rendszerint letalis. — 53 éves férfibeteg kórlefolyását ismerteti, kinél felső b. o. bölcsesség-fog eltávolítása után typosus cavernosus thrombosis tünetei fejlődtek ki; a liquorvizsgálat pedig gyenge meningitist mutatott. Az extractio után 3 nappal műtét. Külső supra-orbitalis feltárás, a rostasejtek s iküreg külső megnyitásokor pangásos jelenségeken kívül kóros elváltozás nem volt. A műtét után lázcsökkenés, általános közérzetjavulás állott be, de két nap múlva ismét súlyos meningialis és septikus tünetek léptek fel; lumbalunctio, urotropin és prontosil injectiók hatására lassú javulás állott be; a műtét utáni 9. naptól kezdve pedig — amikor a liquor erősen sanguinolens lett —, az addig változatlanul fennálló protrusio bulbi és chemosis is csökkent. Négy hét múlva a beteg meggyógyult. — Szerző szerint a vena facialis, — angularis, — ophthalmicán át keletkezett septicus cavernosus thrombus a subarachnoidealis ürbe áttörve (sanguinolens liquor) gyógyult. Rámutat a műtét utáni hirtelen javulásra, amely szerinte a venarendszer megnyitását és a thrombus élettani levezetését segítette elő és hasonló esetekben határozott operatív állásfoglalást ajánl. (A. 24.)

Gugi Tibor dr.

BÖRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő.

Az insulínlökés, mint gyógyító tényező az angioneurotikus (allergiás) bőrbetegségeken. W. Brühl. (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 9.) Különböző allergiás elváltozásokat (urticaria, Quincke-oedema, allergiás ekzema és dermatitis) sikerült 10 egység érbe adott insulinnal befolyásolni. Az első befecskendezésre az acut, angioneurotikus alapon álló tünetek egy része hamarosan eltűnt, a 4—9-szer megismételt befecskendezésekre az esetek nagy részében az állapot egészében is javulás állott be s a recidivára hajlam csökkent. A gyors befolyásolhatóság oka az adrenalinnak reactiv úton véráramba kerülése. A hatást nem az insulin maga váltja ki; mutatja ezt az is, hogy az insulinyaggal együtt érbe és szájon keresztül szőlőcukrot kap a beteg, a fenti hatás elmarad. A folyamat javulásának és a recidiva-hajlam csökkentésének valószínű oka a psychés tényezők mellett az adrenalin-szintnek tartós emelkedése és annak lehetősége, hogy a haepato-cellularis folyamatok útján a szervezet allergia szempontjából áthangolódik. (Sz. 24.)

Kovács Zsigmond dr.

Uveoparotitis, egy sarcoidos reactio. H. E. Michelson. (Arch. of Dermat. and Syph. 39. 329.) Az első uveoparotitis (up.) esetet 1899-ben Daireaux és Pechin írták le, az elnevezés Heerfordt-tól származik. A szerző a napjainkig észlelt és közölt esetek számát 70-re becsüli. A mindkétoldali

parotis duzzadását iritis, néha többi nyálmirigy duzzadása is, a szájbán pedig szárazság kíséri. A parotis duzzanata hónapokra, sőt évekre is terjedhet. A leggyakoribb szövődmény a facialis benuulás. A szövettani kép hypertrophiás, epitheloid-sejtes tuberculosist mutat, elsajtosodás nélkül. Wahlgreen szerint az up. csak egy különös formája az általános sarcoidosissnak. A sarcoidosis a csomós bőrjelenségeken kívül a nyirokcsomók és a garatmandulák duzzanataival, különösen a rövid csontokban csontelváltozásokkal, a tüdőnek márványozottságával, máj- és lépduzzanattal jár. A vérképben rendszerint monocytosis mutatkozik. Az up. eseteinek kezelésére röntgensugarakat és aranykészítményeket alkalmazott jó eredménnyel. (Sz. 27.)

Szodoray Lajos dr.

Élelmiszerekkel végzett vizsgálatok allergiás bőrbetegségeken. G. A. Rost. (Klin. Wschr. 1939. 6.) A Vaughan-féle leukopeniás index alkalmas annak a megállapítására, hogy valamely bőrbetegséget étel formájában a szervezetbe jutott allergen idézi-e elő. A vizsgálatot egyszerű mivoltánál fogva a gyakorlóorvos is elvégezheti. A leukopeniás indexet megbízhatóbbnak tartja, mint az eosinophil sejtek megszorodását. A leukocyták számlálását először üres gyomor mellett végzik el, majd a kérdéses étel elfogyasztása után 3/4 órával megismétli. Bőrbetegségekre vonatkozólag már kisebb indexértéknek is jelentőséget tulajdonít. Kiterjedt és súlyos bőrbetegségeket sikerült meggyógyítani helyi kezelés nélkül is, pusztán azáltal, hogy a leukopeniás index alapján allergenként megismert táplálékot eltiltotta. (Sz. 28.)

Jobst Pál dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Praxis der Tuberkulosekrankheit und ihrer Behandlung. Helmuth Diest és munkatársai. (I. Ambrosius Barth, kiadása. Leipzig. Ára: 16 RM.) A tübingeni belklinikai és az allgäui tüdőbetegszanatórium gyakorlati együttműködésének az eredménye ez a nagyon szépen kiállított, mintegy 90 pompás ábrával, nagyjából kitűnő röntgenphotographiákkal illusztrált tankönyv. Az idősebb medikusok a klinikán szerzett elméleti ismeretük kiegészítése végett két hétre a sanatóriumba kerültek, ahol megfelelő előadások keretében gyakorlati kiképzésben részesültek. Ezeket az előadásokat adta közre összegyűjtve Diest, a gyógyintézet vezetője. A könyv kimondott célja a gyakorlati tudnivalók megismertetése és a gümőkórrol, mint betegségről *egységes* és könnyen áttekinthető képet nyújtani mintegy kiegészítésként különböző klinikákon hallott theoretikus előadásoknak. Ennek a célnak valóban nagyszerűen meg is felel, mert beosztásánál fogva könnyen áttekinthető, a tüdőtuberculosis rövid, de kimerítő megbeszélésén kívül elegendő részletességgel tárgyalja a gyermekkori tuberculosis kérdését, sőt a csont- és ízületi tuberculosison felül még a tbc. baleseti és társadalombiztosítási vonatkozásaira is kiterjed. Mivel a tbc. nálunk a gyakorló orvos mindennapos problémái közé tartozik, ismereteik felrészítésére az újabb tbc. problémákban való rövid, de mégis elég kimerítő tájékozódásra alig tudnék alkalmasabb munkát ajánlani, mint ezt a könyvet. De bizonyára haszonnal fogják forgatni a mostanában örvendetes módon szaporodó tüdőgondozók és ambulantiák orvosai is.

Pekanovich István dr.

Petit Chirurgie et technique médicale courante. Roux. (Páris 1938. Masson et Cie, 586 o. Ára 120 Fr.) Kitűnő gyakorlati érzékkel, egyszerűen és érthetően összefoglalt kézikönyve a gyakorlati élet sebészeti eljárásainak. Részletesen leírja a műtő modern berendezésének követelményeit, tárgyalja a sterilítást, az aszepsis lehetőségeit, nagy gondossággal sorra veszi az érzéstelenítő eljárásokat, majd ismerteti az operált betegek ellátását a műtét után, mind az elhelyezés, mind a sebkötözés szempontjából.

Ismerteti a sürgős beavatkozások módozatait, a fedett és nyílt csonttörések ellátását, a sérültellátást, a vérátömlesztést, a szívgyengesség, a mérgezések első segélynyújtását.

Sorra veszi a klinika vizsgálati módszereket, a laboratóriumi eljárásokat, majd leírja az egyszerűbb beavatkozásokhoz szükséges eszközöket és azok használati módját.

A könyv második része a mindennapos sebészi beavatkozások összefoglalása és ismertetése a sebész, a szemész, a nőgyógyász, a fülész és az urológus szempontjából mindennek, amit a gyakorlóorvosnak a mindennapi praxisban végeznie kell.

A szellemes, egyszerű tanácsok, a francia klinikusok mindenre kiterjedő gondossága, végül pedig a szöveget magyarázó számtalan, kitűnő illustratio a könyvet a gyakorló-orvos jó tanácsadójává avatják.

ifj. Verebélj Tibor dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület április 14-i ülése.

Bemutatások:

Pázsith P. A.: *Symphyseolysis és szövődött medence-törés utáni medence-kialakulás esete.* A medencetörések, az összes törések mintegy 40%-át képezik. Csípő lapát-, taraj sérülései lényegtelen károsodást jelentenek. Sokkal komolyabb jelentőségűek az ú. n. kettős verticalis és a medencegyűrű törései, különösen, ha azok valamelyik szomszédos szerv (húgycső, hólyag, bél, vese) sérüléseivel kapcsolatosak. A bemutatott eset kombinált törés, amihez húgycső-repedés és gáttáji roncsolás is társult. A kórlefolyás során igen súlyos sepsis-urinfiltratio miatt, a beteg életéért folytatott sikeres küzdelemben, mellőzni kellett az anatómiai értelemben vett összeillesztést; ezzel szemben a gyógyulás folyamán kialakult medence — deformításai dacára — olyan kielégítő végleges állapothoz vezetett, ahol a sérült functio szempontjából teljesen gyógyult.

Kopits I.: Bemutatja egy esetét, melyben a symphyseolysis szülés után keletkezett. A szeméremcsontok közti rés 3 cm-re tágult s csak gipszkötéssel és acélsínes bőrmedencekosárral sikerült fokozatosan 1 cm-re szűkíteni. Hólyag-szövődmény nem volt. A symphyseolysis teljesen jó működéssel gyógyult.

Sajgó Gy.: A medencetörések nyugalmi helyzetben. Hängemate-ban felfüggesztve, többnyire dislocatio nélkül gyógyulnak. A sebészeket, mint megoldatlan probléma, főleg a medence-keresztcsontficam foglalkoztatja. A medenceficamokat jelenleg extensió eljárással gyógyítjuk. Függő medenceszorító kötésben, Hängemate-ban, Braun-sínen extendált lábakkal a gyógyulás átlag 12 hétig tart. Megterhelésnél felkelés után vagy évek múlva a kifiamodott medence azonban lassan ismét felcsúszik, sublaxálódik s a gerincoszloppal együtt különféle torsiót szenved, a keresztcsontmedenceszalagok elcsontosodnak. Ezek a szalagok, melyek ép állapotban mint feszítő, rugalmas vitorlakötetek szerepelnek, elcsontosodásukkal támasztó funkciót vállaltak, vitorlarudakká váltak. A torsio különösen szembetűnő a medence nyúlványi részében, mintha a medence érezné, hogy alátámasztó szerepének többé nem tud sikerrel megfelelni és az acetabulumot, csípőizületet igyekszik a keresztcsont-medence izülethez minél közelebb húzni. A sacroiliacalis ficamok szegelésével az izületet tökéletesen rekonstruálhatjuk és rögzíthetjük, így az elszakadt tokszalagot és ligamentumokat tehermentesítve, nyugalmi helyzetbe hozhatjuk s részükre a regeneratio alapfeltételét biztosítjuk. Emellett a térd- és csípőizület activ és passiv mozgását már korán elkezdhetjük.

v. Dániel G.: *Ritka cavernagyógyulás.* Fibrocavernás tüdőgümőkór lefolyásában 7—8 cm. átmérőjű óriáscaverna spontán gyógyulása volt észlelhető. A folyamat látszólag haematogen jellegű volt s a gyógyulás valószínűleg úgy történt, hogy a cavumdrainage elzárult s az üreg folyadékkal töltődött ki. Ez az észlelés részint azon — ma már ugyan megdöntött — felfogás cáfolatára alkalmas, amely a caverna spontán gyógyulási lehetőségének kétségbevonásával még nem is olyan régen úgyszólván megpecsételtnek tartotta a cavernás beteg sorsát, részint tanulságos érv az immunbiológiai lehetőségek és különösen a haematogen gümőkóros történések rendkívüli kiszámíthatatlansága mellett, amelynek keretében a tuberculosis kórlefolyásában éppúgy megvan a kedvező, mint a kedvezőtlen alakulás lehetősége és amely a kórjóslat tekintetében is — mégpedig akár jó, akár rossz értelemben — eléggé nem ajánlható széleskörű mérlegelésre és óvatosságra készítet.

Barát I.: *Caverna torsiós rupturája.* Egy szalagégetési műtét után a várt cavernakisebbedés helyett annak folytonos növekedését, ballonszerű felfúvódását észlelték, mely feszülés végül is a caverna rupturájához vezetett. Az ész-

lelés magyarázata az, hogy a collabált tüdőben a cavernához vezető bronchus megtörést szenvedett, mely megtörés úgylátszik szelepszzerűen működve, csak az inspiriumot tette lehetővé, exspiriummal záródott és feszülésig levegővel töltötte meg az üreget. A ruptura után spontán pneumothorax lépett fel exsudatummal. Hathónapi kezelés után a beteg lényegesen javult, 4 évvel később gyógyultnak volt mondható.

Barát I.: *Extrapleurális pneumothorax.* Minden nehézség nélkül létesített és két és fél évig fenálló pneumothoraxról számol be.

A boncolásnál megállapított, hogy a pneumothorax extrapleurálisan, a parietalis pleura és a fascia endothoracica között van elhelyezve. A két pleuralemez egymással teljesen összenőtt egy lezajlott gyulladás folytán, a costalis pleura pedig egy esetleges fejlődési rendellenesség következtében nem tapadt a fasciához. Ez lehet a magyarázata annak, hogy első beszúrásra egy negatív nyomást mutató resbe jutott a pneumothorax-kísérletnél.

Orsós F.: A pleuralemezek szoros összenövése nem lehet fejlődési rendellenesség. A mellhártyák ilyen fejlődési rendellenességét nem ismerjük és a mellhártyák fejlődésében nincs is olyan mozzanat, mely a két lemez rendellenes egybeolvadását magyarázná. Legfeljebb foetalis gyulladás okozhatná a mellhártyák intrauterin egybeolvadását. A boncteremben nap-nap után előfordul, hogy a szorosan lenőtt tüdők nem hámozhatók le a fali mellhártyáról, ellenben nagy könnyűséggel kiemelhetők a mellüregből a fali mellhártyával együtt. Minden kórboncnok ismeri azt a fogást, hogy vagy a csúcson, vagy a rekeszi szél mentén átmetszven ilyen esetekben a fali pleurát, a tüdő csekély erőfeszítéssel kiemelhető a fali pleurával együtt. A mellhártyalemezek összenövése különböző lehet. Lemezes teljes összenövésnél is előfordul, hogy a hosszú rostú összenövések a tüdő respiratorikus helyzetváltozásait nem zavarják lényegesen. Erről meggyőződhetünk, ha a bordaközökben eltávolítjuk a bordaközi izomzatot és az áttetsző mellhártyán megfigyeljük a tüdőlebenyeké koromrajzolatának eltolódását, miközben a rekesz leházásával inspiratorikus melkasmeghosszabbodást létesítünk. Nagyon valószínű, hogy ilyen esetekben hosszabb idő alatt lazul meg a kezdetben szorosabb, de a számtalanszor ismételt igénybevételre átalakuló összenövés kötőszövet.

Sokszor azonban a mellhártyák összenövése nagyon szoros, rövidrostú, vagy olyan fokú, hogy a két lemez látszólag egységes kérges réteggé alakul át. Ilyen esetekben is nem ritkán tapasztalható, hogy a mellhártyalemezek kérges összenövése dacára a fali mellhártya és a fascia endothoracica közt nem szorosabb az összeköttetés, sőt olykor még lazább is a normálisnál és a követítő szövetréteg zsírszövetben meglepően gazdag. Az ilyen esetek azt a benyomást keltik, hogy a szóbanforgó szövetréteg meglazulása másodlagos eredetű, mert pl. a teljesen ép fali mellhártyának a leválasztása nagyobb erőfeszítést igényel, mint amilyen az említett esetekben a tüdőt a fali mellhártyával együtt ki lehet hámozni a mellüregből.

Ha a kérgesen összenőtt mellhártyák és a fascia endothoracica közt ilyen lazult és esetleg zsírszövetben gazdag szövetréteg fekszik, érthető módon aránylag könnyen létesíthető akaratlanul, vagy akár akarva extrapleurális pneumothorax.

Ismétlem, hogy a két pleuralemez látszólagos egybeolvadása úgyszólván mindennapos lelet a boncasztalnál.

Barát I.: Orsós professor hozzászólására megjegyzi, hogy a fejlődési rendelleneséget nem a két pleuralemez összenövése, de a costalis pleura és a fascia endothoracica között talált szabad resre értette.

Előadások:

Országh O. és Dubóczky B.: *Kísérletes vizsgálatok a tüdő és légmell hőmérsékletére vonatkozólag.* A tüdő és légmell hőmérsékletére vonatkozólag betegeken és állatkísérleteken, nyúlakon és birkákon, thermoelektrikus készülékkel végzett vizsgálataik eredményéről számolnak be. Vizsgálataikat három csoportba osztják. Az első csoportban a normális tüdő hőmérsékletére és a physicalis behatásoknak a tüdő hőmérsékletére vonatkozó vizsgálataikról, a második csoportban gyógyszereknek a tüdő hőmérsékletére gyakorolt hatásáról, a harmadik csoportban a gümőkóros tüdő és légmellhőmérsékletére vonatkozó vizsgálataikról számolnak be.

Vizsgálataik eredményeit a következőkben foglalják össze: 1. A tüdő hőmérséklete normális viszonyok között,

szemben az eddigi irodalmi adatokkal, a végbél hőmérsékletéhez közel álló, attól csupán átlagosan 0.1 C°-kal alacsonyabb. Ugyanezt állapították meg normális körülmények közötti mellhártyaür hőmérsékletére vonatkozóan is. 2. Kimutatták, hogy a tüdő hőmérsékletét a belegezett levegő is közvetlenül befolyásolja, a vérkeringés azonban erre sokkal nagyobb hatást gyakorol. A szervezet bármely részét éri is valamilyen hőhatás, a vér útján ez minden esetben kihat a tüdőre is. 3. Hideggel sokkal jobban hathatunk a tüdő hőmérsékletére, mint meleggel, mert a meleg ellen a szervezet sokkal jobban képes védekezni, mint a hideggel szemben. 4. Gyógyszerekkel a tüdő hőmérsékletét speciálisan befolyásolni nem sikerült. Elenyésző mértékben néhány a légzőközpontokra ható gyógyszerrel a légzés típusának megváltoztatása útján sikerült a tüdő hőmérsékletét befolyásolni. 5. A kóros tüdőrészt hőmérséklete a végbél hőmérsékletével azonos, illetőleg attól csekély értékkel magasabb. A tüdő dús érhalozata, élénk vérkeringése és a légzés a tüdőben a hőfelhalmozódást megakadályozza. 6. A légmell hőmérséklete kifejezett collapsus esetén a tüdő hőmérsékletét mutatja. Acut tüdőfolyamat mellett a légmell hőmérséklete a végbélhőmérséklettel azonos, vagy ennél csekély értékkel magasabb, megnyugodott tüdőfolyamat mellett ennél átlagosan 0.1 C°-kal alacsonyabb. 7. Kétoldali légmell esetén az acutabb tüdőfolyamat oldalán a légmell hőmérséklete magasabb az ellenoldaliaknál. 8. A légmell hőmérsékletét jégtömlő-hűtéssel tartósabban befolyásolhatjuk, mint a tüdőt. A légmell annál nagyobb mértékben hűthetjük le, minél kisebb kiterjedésű a légmell a hűtőfelület nagyságához képest. 9. A légmell hőmérsékletének mérését felhasználhatjuk diagnosztikus segédeszközzül úgy egyoldali, mint kétoldali megbetegedés, vagy légmell esetén, ha a folyamat acut vagy megnyugodott voltáról más eljárással kellő felvilágosítást nem sikerül kapnunk.

v. Dániel G.: *Az indirect pneumothoraxról.* Kétoldali tüdőgümőkór három esetében a kevésbé beteg oldal légmellkezelésére mindkét oldal és különösen a nem kezelt altera pars lényegesen súlyosabb és kiterjedtebb folyamatának meglepő, számottevő javulása volt észlelhető. Bár a gyógyulás végérvényesnek csak egy esetben volt tekinthető, a többiben is általános javulás keretében tojáshylinál nagyobb üregek eltűnésére, illetve lényeges megkisebbedésére került a sor. Ez az észlelés azon felfogás mellett szolgált érveléssel, amely a múltlégmell gyógyhatásában a collapsus okozta fokozott toxinfelgyűlésnek, azaz immunhatásnak tulajdonít jelentékeny szerepet. Az esetek gyakorlati tanulsága a légmellkezelés javallatának kiterjesztésében értékesíthető: kétoldali, kiterjedt folyamatban szenvedő, a súlyosabb elváltozás oldalán nem tölthető betegek légmellkezelése siker reményében próbálható meg a kevésbé beteg oldalon is.

Winkler Lajos (1863—1939)

Winkler Lajos dr. nyug. egyet. ny. r. tanár folyó hó 14-én hajnalban Budapesten meghalt.

Az elhunyt professor, aki az utolsó fél évszázad legkiválóbb analitikusainak egyike volt, 1863-ban született Aradon. Gyógyszerészeti pályája gyakorlati éveit Rozsnyay Mátyás aradi patikájában töltötte, majd Thán Károly intézetében folytatott tudományos búvárkodást a doktorátus elnyerésére. Alig 25 éves korában tette közzé a vízben oldott oxigénnek azóta világhírűvé vált meghatározási módszerét. Erről szóló doktori értekezése egycsapásra megismertette nevét a világ kemikusaival, biologusaival és megalapozta tudományos tekintélyét. E módszerét általánosan használják az egész világon s a legutóbbi 50 év sem tudott ezen a téren jobbat kitermelni. Ezután évek során át a gázok oldékonysága mérésének nagy körültekintést kívánó munkájával foglalkozott. Sikerült az erre vonatkozó törvényszerűséget megállapítania. A Landolt-Börnstein szerkesztette adatgyűjtemények a gázok állandóira vonatkozó adatai legnagyobbbrészt tőle származnak. Az értékes tudományos munka elismerésül Winkler Lajost 1893-ban

magántanárrá habitálták, majd 1902-ben címzetes rendkívüli tanár lett.

Ezidőben figyelmét különösen az ivóvíz és tengeri víz vizsgálati módszereinek kidolgozására szentelte. Sok eredeti, gyakorlatban kitűnően bevált módszert honosított meg. Különösen kiemelendő a tengervíz jódtartalmának és a német káli-sótelep jód-, illetve brómtartalmának megállapítására szolgáló eljárásai. Ő írta a Lunge-Berl „Technikai kémiai mérőműszerek” nagy német kézikönyv több kiadásában is az ivóvíz vizsgálatára vonatkozó részt. A Lymnologia tudományában az ő vizsgálati módszerei lettek a nemzetközi standard-műszerek.

Thán Károly professor halála után, 1909-től kezdve, mint az analitikai és gyógyszerészeti kémia nyilvános rendes tanára igazgatta a Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. kémiai intézetét, huszonöt éven át, 1933-ban bekövetkezett nyugdíjbavonulásáig. Mint a kémiai intézet igazgatójának első munkássága volt a harmadik kiadású magyar gyógyszerkönyv kémiai részének kidolgozása. A zsírok és olajok vizsgálatára szolgáló jódbrom-szám meghatározását Németországban miniszteri rendelettel tették kötelező módszerre a laboratóriumok számára, majd számos más módszerével együtt a hatodik kiadású német gyógyszerkönyvben is hivatalossá lett. A magyar gyógyszerkönyv negyedik kiadásának kémiai részét is ő dolgozta át.

Pályája végén Böttger lipcei professor, a „Chemische Analyse” szerkesztőjének felkérésére saját módszereit ismertette, kétkötetes munkájában több mint kétszáz tudományos értekezését foglalta össze. Ez a mű az egész világ tudományos köreiben nagy feltűnést keltett és nagy elismerést aratott.

Tudományos munkássága idehaza is méltánylást talált, a Magyar Tudományos Akadémia 1923-ban rendes tagjai sorába választotta. Nyugalombavonulásakor legfelsőbb helyről is elismerésben részesült.

Winkler, ez a széleslátókörű tudós, egyúttal kitűnő előadó és nagyvonalú nevelő is volt. Előadásaiiban könyved, érdekes formában tudta hallgatóságával megismertetni és megszerettetni tárgykörét. Tudományos dolgozatait nagyrésztben külföldi szaklapokban tette közzé; így akarta bizonyítani a külföld előtt a magyar tudományos munka magas színvonalát, így tüntetett a magyarság kulturális életrehevitaltsága mellett.

Winkler Lajos halála az egész magyar tudományos élet nagy gyászja. A magyar tudományos kutatás igazi nagy „representativ man”-jét vesztette el benne. Emlékét megőrzi a munkatársainak és tanítványainak a Mesterük nagy szelleme előtt meghajló, hálás tisztelete, valamint az általa felnevelt orvos-, gyógyszerész- és vegyészgenerációk kegyelele.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift, 15. sz. Hungerland H.: A compensatorikus reactio fogalmáról. — **Wuhrman F.:** Nephrosishnephritis. — **Chrometzka F. és Voigt H. E.:** Parentalisan injiciált calcium befolyása az endogen és exogen purinanyagcsere. — **Tonutti E. és Wallraff I.:** B₁-vitaminhatás állatkísérletben. — **Drohocki Z.:** Az agyvelő elektro-spektrographiája. — **Monasterio G.:** Szöveti és élet-körtani adatok a renalis diabetes pathogenesiséhez. — **Dienst C.:** A gyomor és vese kölcsönhatásairól. — **Korányi A. és Szenics T.:** Kalkikrein a gyomornedvben. — **Hesse E.:** A nyaki gerincoszlop deformáló osteoarthritis. — **Weil H.:** Lázás myelitis képében jelentkező heveny myeloblastleukaemia.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 15. sz. Berling F. és Morschhäuser B. I.: Tanácsadóhelyek és klinikák közös feladatai a nemibetegségek elleni küzdelemben. 1. Orvostanhallgatók és orvosok kiképzése. 2. Betegkezelés. 3. A

fertőzési források felkutatása. — *Schläger*: A házasság felbontási jog orvosi kérdései. — *Schad*: Két csapattestnél előfordult Flexner-typusú dysenteriajárvány oka és lefolyása. — *Geisthövel W.*: Az átfúródott gyomor- és patkóbélfekély kórisméje és kezelése. — *Mittelstrass H.*: Kísérleti és klinikai vizsgálatok vér-csepptransfúzióval. — *Bubenzler H.*: A szabad intervallum kérdése postenkephalitises parkinsonismus esetében. — *Busing K. H.*: C-vitamin, mint fertőzésellenes szer. — *Walb L.*: Homályos eredetű kimerülési állapot kórisméje és kezelése. Adat a focalis fertőzés kérdéséhez. — *Payr E.*: Lábhenger: egy egyszerű és hatásos eszköz a végtagok kóros állapotainak megelőzésére és kezelésére. — *Brühl R.*: Tapasztalatok „Cyrenevel”, egy sexualhormon hatásával bíró syntetikus készítménnyel. — *Dill I.*: Laxgetten: egy ártalmatlan és olcsó hashajtószer.

Deutsche Medizinische Wochenschrift. 15. sz. Ceclen W.: Alkalmazkodás a kórbonctanban. — *Petermann I.*: Sebkezelés háborúban és békében. — *Heim W.*: Vérátömlesztés conservált vérrrel. — *Müller W.*: A csontok hosszanti növekedésével kapcsolatos nyomás, mint az izületi ficamodás oka. — *Breitner B.* és *Baumgartner W.*: A koponyaalapú törés alapkérdései. — *Hellner H.*: Az Ewing-féle csontsarkoma. — *Bernhard J.*: Vérvizsgálat és rákdiagnózis. — *Pende N.*: Sebészeti eljárásom essentialis hypertoniában. — *König W.*: Specifikus gyógyszere-e a prontosil az orbáncnak? — *Riediger R.*: Vérpótlás. — *Becker I.*: Mesenterialis cystákról. — *Weber G.*: Plexusbénulás tetanusvédőoltás után. — *Murath F.* és *Jesserer H.*: Coecum mobile. — *Grüntz E.*: Gyermekkori lábgyengeség és kezelése. — *Goldhahn R.*: Sebkezelés és helyi különbségek.

Wiener Klinische Wochenschrift, 15. sz. Meller I.: Gümöbacillusokra pozitív szövettanyítást spontán iridocyclitis utáni atrophia bulbi esetében. — *Serény B.*: A vérsav passzív diffuzibilitása. — *Depisch F.* és *Leifer T.*: Ambulans diabeteskezelés. — *Biesenberger H.*: Súlyos öröklött testi eltorzulások és a német öröklési gondozás.

Medizinische Klinik. 15. sz. Rehn E.: Műteti megterhelés és műtői shock. — *Schneider E.*: Petefészkek és pajzsmirigy kölcsönhatása táplálkozási factorok, főleg E-vitamin hatására. — *Bickenbach*: Ujabb kezelési eljárások szokványos vetéés és koraszülés esetén. — *Clauberg C.*: Az idült méhkürtgyulladás kezelése, különös tekintettel a tüszőhormon alkalmazására. — *Schöne G.*: Száraz vagy nedves kötés? — *Lehmann I. C.*: Individualisálás a kábítószer megválasztásában. — *Finsterer H.*: Az érzéstelenítés jelentősége a laparotomia lefolyására.

La Presse medicale, 29. sz. Boulin R.: A diabetes kezelése protaminzinkulinallal. — *Mathey Cornat*: Gyulladások röntgentherápiája. — *Riou M.*: A typhus-kérdés jelen állása a francia gyarmatokban.

The Lancet, ápr. 8. R. Leriche: A listeri gondolat 1939-ben. — *W. A. R. Thomson*: Kálium és az elektrokardiogramm T-hulláma. — *I. Smart*: Indicatíók az adhesio elvágásra mesterséges pneumothoraxban. — *E. T. Conybeare*: Confluens varioldt egyénnel érintkezők betegsége. — *R. T. Payne*: Kiterjedt thrombosis natrium-pentoshal injectio után. — *E. M. Cowell*: Femorais herniaplastika. — *H. L. Sheehan, R. Murdoch*: A hypophysis elülső lebenyének szülés utáni nekrosisa. — *H. Sutherland*: Egy gyors tuberkulin-próba. — *W. Stewart, T. Bates*: Bacillus pyocyaneus fertőzések és sulfanilamid. — *M. R. Kennauy*: Venás surranás a máj bilharziás cirrhosisában.

The Lancet, ápr. 15. E. P. Stibbe: A subtentorialis szöglet sebészeti anatómiája. — *G. Hell, C. E. Kellett, G. E. Stephenson*: Cushing-tünetcsoport. — *O. Sittig, I. Urban*: Poliomyelitis a rágóizmok kétoldali bénulásával. — *G. Melton, M. & B.* 693 terápiás hatása a húgyutak fertőzésében. — *G. Alsted*: Pneumococcus III. typusú tüdőgyulladás, M. & B. 693 hatása. — *I. L. Clegg*: Serum kalium és serum calcium insulinshok terápiában. — *N. H. Schuster*: Oxalat vagy citrat a sülyledés-próbában? — *J. Fraser*: Visszatérő intussusceptio egy fiatal gyermekben.

British Medical Journal, ápr. 8. F. C. Mann: A peptikus ulceratio mechanismusa. — *F. J. T. Bowie, T. E. Anderson, A. Dawson*: A gonorrhoea kezelése M. & B. 693-al. — *T. Anderson*: A kanyaró kezelése sulfanilamiddal. — *I. C. Hogarth*: Para-benzylaminobenzolsulfamid a kanyaró szövődményeinek megelőzésében. — *E. D. D. Davis*: Nehezen megállítható komoly orrvérzés.

British Medical Journal, ápr. 15. R. Leriche: A listeri gondolat 1939-ben. — *J. W. Linnel, G. Keynes*: A thyreo-toxicosis kezelése. — *F. A. E. Crew*: A biológiai terhességi

próbák. — *E. C. Dax, R. M. Stewart*: A clavicula-tünet. — *E. Jewesbury*: Bronchographia cocain nélkül. — *A. R. Hunter*: Insulin idült, indolens fekélyek kezelésében.

The Journal of the American Medical Association, ápr. 1. K. M. Bowman, H. Wortis: A delirium tremens kezelése. — *E. Massie, S. A. Levine*: Akut rheumás perikarditis. — *J. B. Graeser*: A bronchialis asthma inhalatiós terápiája. — *G. E. Shambaugh jr.*: Az ethmoidalis sinusok homályos eredetű idült fertőzései. — *H. W. Haggard, M. J. Strauss, L. A. Greenberg*: Kéz és láb gombás fertőzései réz iontophoresissal kezelve. — *P. E. Mc. Master, Ch. Gulfillan*: Coccidoidalis osteomyelitis. — *R. W. Whitehead, C. T. Burnett, I. B. Lagen*: Diaphragma lebegés angina pectorist utánzó tünetekkel. — *G. H. Hunt*: Az ulna szárának törése. — *O. P. Kimball*: Az epilepsia kezelése.

VEGYES HIREK

Személyi hírek. A kormányzó a vallás- és közoktatásügyi miniszter előterjesztésére *Burg Etel dr.* közoktatói főorvos, pécsi magyar királyi Erzsébet tudományegyetemi magántanárnak, *Erdélyi József dr.* budapesti királyi magyar Pázmány tudományegyetemi magántanár, tanársegédnek és *Mosonyi János dr.* budapesti királyi magyar Pázmány Péter tudományegyetemi magántanárnak a szakirodalom művelése és az orvosképzés terén szerzett érdemeik elismeréséül az egyetemi rendkívüli tanári címet adományozta. — A Székesfőváros polgármestere megbizta *bilkei Pap Lajos dr.* egyet. magántanárt — az igazgató főorvosi teendőinek ellátását szabályozó határozatának változatlan fenntartása mellett — a Budapest Szföv. gyógyfürdői és gyógyforrásainak központi igazgatói teendőinek ideiglenes végzésével. Ezzel a határozattal a Szföv. gyógyfürdői közvetlen orvosi irányítás alá kerültek.

Halálozás. *Köllner Károly dr.*, a miskolci vármegyei Erzsébet-közkórház volt igazgató-főorvosa 68 éves korában Miskolcon elhunyt.

Az Országos Balneológiai Egyesület április 28-án és 29-én rendezte congressusát és gazdasági nagygyűlését és május 29-én tisztújító közgyűlését. — *Április 28-án d. u. 6 órakor* tudományos nagygyűlés a Budapesti Kir. Orvosegyesület Semmelweiss-termében. Napirend: *Vámosy Zoltán*: Elnöki megnyitó. *Keller Kálmán*: A bőrhőmérsékletmérések balneoterapiás jelentősége. *Frigyesi József A* fürdőgyógyítás szerepe a mai nőgyógyászatban. *bilkei Pap Lajos*: Myalgia elkülönítő kórisméje és terápiája. *Arany György*: Az epeköbetegség balneoterápiája. — *Április 29-én d. e. 10 órakor* a gazdasági osztály nagygyűlése a Budapesti Kir. Orvosegyesület Semmelweiss-termében. Napirend: *Bánlaky Géza*: Elnöki megnyitó. *Pöltzel Jenő*: A gyógy- és üdülőhelyi díjak. *Saxlehner Kálmán*: Ásványvizeink problémái. *Votisky Antal*: Társadalmi akciók a magyar fürdőhelyek látogatottságának emelésére. — *Április 29-én d. e. 12 órakor* tisztújító közgyűlés a Budapesti Kir. Orvosegyesület Semmelweiss-termében. Napirend: Elnöki megnyitó. Főtitkári jelentés. A számvizsgálóbizottság és pénztárnok jelentése és a felmentvény elhatározása. Tisztikar és az igazgatótanács választása 1939—1941. évekre. Számvizsgálóbizottság választása 1939. évre. Esetleges indítványok. — *Április 29-én d. u. 6 órakor* II. tudományos nagygyűlés a Budapesti Kir. Orvosegyesület Semmelweiss-termében. Napirend: *Pályi Márton*: Munkásfürdők. *Benczur Gyula*: Fürdőkórak tartama. Fürdőfáradtság. *Barla-Szabó József*: Fürdőkórház felállítási orvosi irányelvei. *Benderek István*: Gyógyhelyeink földrajzi vonatkozásai és geopsichés jelenségei gyógykórak szempontjából. — 29-én este 1/29 órakor a Szt. Gellért gyógyszállóban társasvacsora. Teríték ára 2.90 P. — 30-án egész napos tanulmányi kirándulás Székesfehérvárra és Gárdonyiba. Indulás reggel 8 óra 20 perckor a Déli p. u.-ról. Székesfehérvárott a résztvevők megtekintik az új ásatásokat, a strandfürdőt, Prohászka-emléktemplomot, az Árpád-gyógyfürdőt. 12 óra 30 perckor ebéd a „Magyar Király”-ban. Teríték ára 2 P. 13 óra 50 perckor indulás Gárdonyiba; kb. 2 órás tartózkodás után visszautazás 16 óra 44 perckor Budapestre. Érkezés déli p. u.-ra 18 óra 28 perckor. Vasúti költség 5 P. Vasúti jegyről csak azok részére gondoskodnak, akik jelentkezésükkel egyidejűleg az 5 P. vasúti költséget is megküldik. Minden levelezés és pénzküldemény *Frank Miklós dr.* címére — Budapest, I., Attilakörút 19. sz. — irányítandó, aki készséggel nyújt felvilágosítást.

A X. Nemzetközi Dermatologiai Congressust 1940-ben New-Yorkban tartják meg *Ormsby* professor elnöklete alatt. A magyar congressusi elnök *Neuber Ede* professor, magyarországi titkár *Szodoray Lajos dr.* Magyar részről díszelnökül *Nékmán Lajos* professor delegáltatott. A congressusi bizottság magyar referensükül *Neuber* professort kérte fel a foglalkozási bőrbajok című témakörhöz, *Sipos Károly* magántanárt pedig a bakteriális allergia c. tárgykörhöz. — A congressus főtitkára *O'Leary* professor szabad előadások tartására meghívja mindazokat, akik valamely önálló kutatási eredményeket tárgyaló előadást óhajtanak a congressuson tartani bármely dermatologiai tárgykörből, avval a feltétellel, hogy ezek eddig még nem közöltettek. Az elnökség csak azokat az előadásokat fogadja el, amelyeket a congressuson személyesen adnak elő. Az előadások rövid kivonatát a főtitkárságnak (*Dr. Paul O'Leary*, Rochester Minnesota, Mayo Clinic, Department of Dermatology) még a congressus előtt be kell küldeni.

HETIREND

Április 24-én, este 3/4 7 órákor a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Farkas György*: A heveny kétoldali haematogen vesebajok kórjósolata.

Április 26-án d. u. 6 órákor a Közkórházi Orvostársulat ülése. Bemutatás: *Adriányi Béla*: Idült tetania esete. — Előadás: *Schilling Béla*: A változás kora. — Felkért hozzászólók: *Campián Aladár*, *vitéz Gönczy István*, *Lehozczky Tibor*, *Licskó Andor*.

Április 26-án d. u. 6 órákor a Magyar Orvosok Röntgen Egyesületének ülése. Bemutatás: *Hank Alajos*: Borda és csigolya fejlődési rendellenességek. — Előadás: *Erdélyi József*: A pajzsmirigybetegek sugaras kezelése. — Felkért hozzászólók: *Csépai Károly*, *Czeyda-Pommersheim Ferenc*, *Elischer Ernő*, *Gaál András*, *Leszler Antal*, *Prochnow Ferenc*, *Sailer Károly*.

Április 27-én este 7 órákor a Magyar Röntgen Társaság ülése (Poliklinika üléstermében). Bemutatás: *Bach Ernő*: Nehezen diagnosztizálható pyelon-, ureter- és hólyagkövek. — Előadás: *Hajós Károly* (mint meghívott előadó): A röntgensugarak jelentősége az endokrin elváltozások klinikájában.

Április 28-án d. u. 6 órákor a Budapesti Királyi Orvosegyesület ülése. (Az Országos Balneologiai Egyesület Congressusával együtt.) Napirend: *Vámossy Zoltán*: Elnöki megnyitó. *Keller Kálmán*: A bőrhőmérsékletmérések balneoterapiás jelentősége. *Frigyesi József*: A fürdőgyógyítás szerepe a mai nőgyógyaszatban. *bilkei Pap Lajos*: Myalgiaék elkülönítő kórisméje és terapiája. *Arany György*: Az epeköbetegség balneoterapiája.

Frontátvonulások és kísérőjelenségeik április 11—17. között. A hét első felében az időjárás teljesen frontmentes volt és a zavartalan napsütés az évszakhoz képest még abnormisan magas hőmérsékletet hozott létre. A hét második felében a frontok száma már elég jelentékeny volt. Egy praefrontalis szirokkóval járó betörési front nyitotta meg a frontátvonulások új sorozatát ápr. 14-én. A legerősebb betörési front 15-én délután vonult át felettünk. A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatók: *)

Átvonulás ideje Budapesten			A front lejtése	Fejlettsége	Kísérő eseményei
hó	nap	óra			
Április	14	12	betörési	mérsék.	Eős borul s, szélélénk. 10 m/mp.
	14	22	..	..	Praefront. szirokko, postlr. szélr. 15 m/mp.
	15	9	..	..	Szellgr. DNY-ről ÉNY-ra, szelelénk. 10 m/mp.
	15	16	..	erős	Szellök. 12 m/mp. lehül s nyomáson.
	15	23	..	mérsék.	Uj szélr. 15 m/mp. má-n 17 m/mp. estig.
	16	24	..	gyenge	Szélcsend után néhány kis szellőkés.
	17	4	..	mérsék.	Szélcs. u. új szélrohamok, max. seb 7 m/mp.
	17	14	..	gyenge	Cumulul-congest. felhők néhány záporcsepp.

*) A táblázat utolsó oszlopán szereplő szám adatok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Meteorologiai Intézet önrő műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd 1939. évi 5. sz., 123. oldalon.

Lapunk mai számához a Chinoin gyár (Ujpest) *Leandin*-ről szóló ismertetését mellékeljük.

8280—1939. K. sz.

Szabolcs vármegye alispánja.

PÁLYAZATI HIRDETMÉNY.

Nyiregyháza megyei városban lemondás folytán megüresedett egy a X. 3. fizetési osztályba sorozott városi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

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

A kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: a) születési anyakönyvi kivonat, 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 leckeönnyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat, f) tisztiorvosi képesítést igazoló okmányt, g) polgári közszolgálatban való alkalmazást igazoló okmányokat, h) közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt, i) katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat, j) az esetleges szakképzettséget igazoló okmányokat, k) az esetleges nyelvismeretre vonatkozó adatokat.

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

A pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek afelől, hogy a közhivataloknál, közintézeteknél és közintézményeknél állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmaztatást betölttenek-e vagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervezetet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölni.

Nyiregyháza, 1939. évi április 11.-én.

Dr. Borbély Sándor s. k. alispán.

FAGIFOR „Cito” lag. orig.

Calcium sókat tart. jóízű mentholos kreosot syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

„CITO” gyógyszeripari gyár Budapest, XIV.

Körmend nagyközség közkórháza.

PÁLYAZATI HIRDETMÉNY.

A körmendi közkórháznál más állásokra való kinevezés folytán megüresedett alorvosi, és kisegítő orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az alorvosi állás javadalmazása a 124.000—1920. N. M. M. számú rendeletben megállapított fizetés, egy szobából álló lakás, fűtés, világítás és tisztai élelmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a térítendő. A kinevezés 2 évre szól, mely pályázat mellőzésével meghosszabbítható.

A kisegítő orvos javadalmazása: Természetbeni lakás, fűtés világítás, tisztai élelmezés, és havi 80 P. díjazás. Az alkalmaztatás ideiglenes jellegű, bármikor minden jogigény nélkül megszüntethető, és végleges alkalmaztatásra jogalapot nem szolgáltat.

Mindkét állásra csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak. Magánygyakorlat folytatása megengedve nincsen. A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeket *Horváth Kálmán* vasvármegye alispán úrhoz címezve, a körmendi kórház igazgatóságához kell benyújtani. Határidő 1939. ápr. 30.

A pályázati kérvényhez csatolandó: 1. a születési anyakönyvi kivonat; 2. erkölcsi bizonyítvány; 3. magyar állampolgárságot igazoló okmány; 4. magyar orvosi diploma; 5. curriculum vitae; 6. testi és szellemi alkalmasságot igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány; 7. esetleges eddigi működést igazoló bizonyítvány.

Az alkalmaztatás megtörténte után a szolgálat azonnal megkezdendő.

Körmend, 1939. ápr. 12-én.

Dr. Péter Ferenc helyettes igazgató főorvos.

197.200—1939. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Magyar Szent Koronához visszacsatolt felvidéki területeken állami igazgatás alá került kórházaknál pályázatot hirdetek 30 osztályos főorvosi, 18 intézeti orvosi és 61 alorvosi állásra.

Az osztályos főorvosi állások: 7 belgyógyász, 1 tüdőgyógyász, 9 sebész, 2 szülész-nőgyógyász, 2 gyermekgyógyász, 1 orr-torok-gége és fülgyógyász, 2 elmeorvos, 2 bőrgyógyász, 3 kórboncnok és laboratóriumi, 1 röntgen laboratóriumi főorvosi állás. Az intézeti orvosi állások: 2 tüdőgyógyász, 9 sebész, 2 szülész-nőgyógyász, 2 gyermekgyógyász, 2 szemész, 1 gyermekgyógyász, 1 belgyógyász, 2 röntgen laboratóriumi, 1 szülész-nőgyógyász, 1 sebész, 1 kémiai és laboratóriumi, 2 kórbonctani és laboratóriumi intézeti orvosi állás. A betöltésre kerülő állások a következő kórházakban vannak:

Beregszászi kórházban:

Egy belgyógyász, 1 sebész, 1 szülész-nőgyógyász és 1 kórboncnok és laboratóriumi főorvosi állás, továbbá 1 bőrgyógyász, 1 orr-torok-gége és fülgyógyász, 1 szemész és 1 röntgen-laboratóriumi intézeti orvosi állás, végül 8 alorvosi állás.

Ersekujuvári kórházban:

Egy belgyógyász, 1 sebész és 1 gyermekgyógyász főorvosi állás, továbbá 3 alorvosi állás.

Ipolysági kórházban:

Egy sebészfőorvosi állás, 1 belgyógyász intézeti orvosi állás és 3 alorvosi állás.

Kassai kórházban:

Egy belgyógyász, 1 tüdőgyógyász, 1 sebész, 1 gyermekgyógyász, 1 orr-torok-gége és fülgyógyász, 1 elmeorvos, 1 bőrgyógyász, 1 kórboncnok és laboratóriumi és 1 röntgen-laboratóriumi főorvosi állás, továbbá 1 szemész, 1 kémiai és bakteriológiai laboratóriumi intézeti orvosi állás, végül 17 alorvosi állás.

Lévai kórházban:

Egy belgyógyász és 1 sebész főorvosi állás, továbbá 1 bőrgyógyász, 1 szülész-nőgyógyász, 1 kórboncnok és laboratóriumi intézeti orvosi állás, végül 5 alorvosi állás.

Losonci kórházban:

Egy sebész-főorvosi állás és 2 alorvosi állás.

Munkácsi kórházban:

Egy belgyógyász, 1 sebész és 1 szülész-nőgyógyász főorvosi állás, továbbá 1 tüdőgyógyász, 1 bőrgyógyász, 1 gyermekgyógyász, 1 röntgen-laboratóriumi, 1 kórboncnok és laboratóriumi intézeti orvosi állás, végül 8 alorvosi állás.

Rimaszombati kórházban:

Egy belgyógyász és 1 sebész-főorvosi állás, továbbá 1 bőrgyógyász és 1 sebész intézeti orvosi állás, végül 5 alorvosi állás.

Ungvári kórházban:

Egy belgyógyász, 1 sebész, 1 elmeorvos, 1 bőrgyógyász és 1 kórboncnok és laboratóriumi főorvosi állás, 1 tüdőgyógyász intézeti orvosi állás végül 10 alorvosi állás.

Egy pályázati kérvényben pályázni lehet az illető szakmának az összes kórházakban szobajövő állásaira. A pályázó kérvényében megjelölheti azt a helyet, ahova kinevezését elsősorban kéri.

Fenntartom azonban magamnak azt a jogot, hogy a pályázókat a fenti kórházak bármelyikéhez nevezem ki. Akik főorvosi illetve intézeti orvosi állásra pályáznak, e kérsüket ugyanazon pályázati kérvényben jelenthetik be.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban csatolandók: 1. orvostudori oklevél; 2. állampolgársági igazolás; 3. születési bizonyítvány; 4. életrajzi adatok (curriculum vitae) esetleges tudományos működés igazolása; 5. főorvosi és intézeti orvosi állásra pályázóknál szakorvosi képesítés; 6. Magyarországnak a trianoni békeszerződés által megállapított területéről pályázóknál orvoskamarai tagság igazolása; 7. esetleges katonai szolgálat igazolása; 8. közszolgálatban nem állóknál feddhetetlen előéletű-

ket, közszolgálatra való alkalmasságukat igazoló hatósági erkölcsi bizonyítvány, illetőleg újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány; 9. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok.

A pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek afelől, hogy közhivatalokban, közintézményekben és közintézetekben állandó javadalmazással járó orvosi képzéshez kötött alkalmazást betöltene-e, vagy sem? Igenlő esetben az alkalmazó szervet és az élvezett összjárandóságok összegét meg kell jelölni.

Közszolgálatban álló pályázók a fentebb felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve az említett törzskönyvi lap, (minősítési táblázat) hiteles másolatával igazolják.

Az állások betöltésénél, — amennyiben szakszempontról az illető állásra képzettségük és gyakorlatuknál fogva megfelelnek —, a 2300—1939. M. E. sz. rendelet (megjelent a Budapesti Közlöny 1939. évi február hó 26-iki 47. számában) 7. §-ában foglaltak értelmében, — feltéve, hogy a közszolgálatban való alkalmazáshoz szükséges követelményeknek megfelelnek — más jogszabályokban meghatározott elsőbbségi igényre tekintet nélkül elsőbbségi igényük van azoknak: a) akik az 1921. évi július hó 26. napjáig kinevezett (évi fizetéses, megválasztott) minőségben, mint magyar közszolgálati alkalmazottak szolgálatot teljesítettek, vagy szolgálati kötelekben állottak és akiknek állomáshelye az 1921. évi július hó 26. napján a visszacsatolt felvidéki területeken volt, állásukat azonban magyarságuk miatt minden ellátás nélkül elvesztették és azóta állandóan a visszacsatolt felvidéki területeken laktak; — b) akik az 1921. évi július hó 26-ig napjáig kinevezett (évi fizetéses, megválasztott) minőségben mint magyar közszolgálati alkalmazottak szolgálatot teljesítettek, vagy szolgálati kötelekben állottak és akiknek állomáshelye az 1921. évi július hó 26. napján a visszacsatolt felvidéki területeken volt, állásukat azonban magyarságuk miatt minden ellátás nélkül elvesztették és Magyarországnak a trianoni szerződéssel megállapított területre költözve, itt a közszolgálatban sem elhelyezést nem nyertek, sem ellátásban nem részesültek; — c) akik az 1938. évi november hó 2. napjáig visszacsatolt felvidéki területeken kinevezett (évi fizetéses, megválasztott) minőségben cseh-szlovák közszolgálatban állottak; — d) az a) pont alatti mlítettettek olyan leszármazói, akik jelenleg Magyarország területén laknak; — e) mindazok, akinek az 1938. év november hó 2. napján a visszacsatolt felvidéki területen állandó lakhelyük volt, feltéve, hogy azóta is állandóan Magyarország területén laknak.

Az említett 7. §. hatálya alá tartozó pályázók képesítésüket az idézett 2300—1939. M. E. sz. rendelet 11. §-ának (1) bekezdésében, állampolgárságukat pedig ugyanezen §. (4) bekezdésében foglaltak értelmében tartoznak hiteltérdelemmel igazolni. — Ugyancsak hiteltérdelemmel tartoznak igazolni azt is, hogy az említett kormányrendelet 7. a), b) c) d) vagy e) pontja hatálya alá tartoznak. Az esetleg idegen nyelven kiállított bizonyítványok hiteles magyar fordítása is csatolandó.

A meghirdetett állások átmeneti létszámba tartoznak és ezért azok a végleges létszámmegállapításig ideiglenes minőségűek. A főorvosi állások általában az állami rendszerű VIII. fizetési osztály, az intézeti orvosi állások a IX. fizetési osztály és az alorvosi állások pedig a X. fizetési osztály legalsó fokozata szerinti javadalmazásban részesülnek. A 2300—1939. M. E. sz. rendelet 7. § (1) bekezdésének a), b) vagy c) pontja, továbbá a 8. §. (2) bekezdése alá eső pályázók ezen rendelet 13—19 §-aiban foglaltak figyelembevételével lesznek fizetési osztályba és fokozatba besorozva.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felbélyegzett pályázati kérelmeiket ezen pályázati hirdetemnek a „Budapesti Közlöny” című hivatalos lapban történt első közzétételétől számított 15 napon belül hozzám címezve nyújtsák be. Az ezen határidőn túl beérkező és nem kellően felszerelt pályázatok nem fognak figyelembe vétetni.

Budapest, 1939. évi április hó 12-én.

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

VIPERIN
a nátha legújabb gyógyszere

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

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

SEVENAL-CHINOIN

Injectio — tabletta

Altató- és csillapítószer — antiepilepticum

Uj !!

Uj !!

Super-Lysoform

Rendkívül baktericid

(10¹⁰-os oldata 1 perc alatt öli el a staphylococust)

230—1939. kig. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A nógrádvármegyei „Mária Valéria” közkórházban lemondás folytán megüresedett *alorvosi*, illetve az esetleges előléptetés folytán megürülő *egy kiségitő orvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek.

Az alorvosi állások javadalmazása a 124.000—1926. N. M. M. sz. miniszteri rendeletben megállapított fizetés, 1 szobából álló lakás és tisztí élelmezés, amelyért az önkölt-ségi ár 50%-a megtérítendő. Pályázhatnak nőtlen, illetve hajadon orvosdoktorok. A kinevezés 2 évre szól, mely további 2—2 évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható.

A kiségitő orvos alkalmaztatása ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető és végleges alkalmaztatásra jogalapot nem szolgáltat. Az alkalmaztatás csak egy évre terjed és újabb pályázat által kerül újra betöltésre. Javadalmazása a kiségitő orvosnak másodmagával természetbeni lakás, fűtés, világítás és tisztí élelmezés, havi 80 P díjazás.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények 1939. május 20-án déli 12 óráig Baross József dr. főispánhoz címezve a kórház igazgatójához nyújtandók be.

A pályázati kérvényhez csatolandó: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. erkölcsi bizonyítvány (politikai megbízhatóságról); 3. magyar állampolgárságot igazoló okmány; 4. magyar orvosi diploma; 5. curriculum vitae; 6. testi és szellemi alkalmasságot igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány. Esetleges eddigi működést igazoló bizonyítványok.

Balassagyarmat, 1939. április 6.-án.

Kenessey Albert dr. s. k.
m. kir. egészségügyi főtanácsos,
kórházigazgató-főorvos.

Angolra fordít orvosi cikkeket gyakorlott, londoni egyetemen képesített tanárnő. Anthony. VIII., Sándor-utca 36. Telefon: 337-419 d. e. 10-ig.

1886—1939. sz.

Alapítványi Közkórház, Gyöngyös.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

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

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

A pályázni öhajtok szabályszerűen felszerelt és felbélyegzett kérelmei a Gyöngyösi Alapítványi Közkórház bizottságának címezve, a kórház igazgatóságához küldendők meg. Pályázati határidő 1939. május 8. napjának déli 12 órája. Elkészve érkezett, a már közszolgálatban állók által pedig a szolgálati út megkerülésével beadott, vagy hiányosan felszerelt kérelmeket figyelembe nem vehetem.

Pályázhatnak nőtlen orvosdoktorok, vagy orvosnők. Magángyakorlat nincs megengedve. Az állás azonnal elfogalandó. A választás egy évre szól, azonban javaslatomra további egy-egy évre meghosszabbítható. Távozás két hónappal előbb bejelentendő.

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

Gyöngyös, 1939. április hó 3.

Dr. Wiltner Sándor
igazgató-főorvos.

Belladonna „Teep“

Madaus

1 tabl. forte = 1 mgr.
összalkaloida atropinként
számítva

40 tabletta ára 2 pengő

1 tabl. mite = 0.5 mgr.
összalkaloida atropinként
számítva

40 tabl. ára 1.80 pengő

Készíti: Szilágyi gyógyszerész Madaus laboratoriuma

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VAMOSSY ZOLTÁN.

KATONYL DR. DEÉR

Újabb theoretikus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült

GENERÁLIS ROBORÁNS

Mindennemű gyengeségi állapotnál, étvágytalanságnál, szegényvérűségnél és sápkórnál
Prompt hatás! Összetételében állandó! Székrekedést nem okoz! 1 doboz (100 tabl.) P 2.20

Svábhegyi Szanatórium

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

Lahmanszerű kúrák

Bircher-Benner-féle nyers-diéta

nitrosan

"Centa"

amegliszható
vérnyomáscsökkentő
10x11 Kcm = P 2:20

Magyarországon 1939 április 2 től április 8-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb.) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Ce-rebrosp. e.		Polio-myelitis ac. ant.		Anthrax		Morbilli.		Varicella		Pertussis		Influenza complic.		Malaria		Typhus exanth.		
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	
		1. Abaúj-Torna	157.551	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	32	1	—	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	115.387	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.803	4	1	—	—	1	—	3	—	43	—	—	—	—	—	—	—	—	17	4	4	7	—	—	—	—	—	—	—	—
4. Bars és Hont	145.389	1	1	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Bereg és Ugocsa	162.173	3	—	—	—	1	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	20	—	—	—	—	—	—
6. Békés	339.708	—	—	—	—	—	—	4	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	12	3	4	2	1	—	—	—	—	—	—	—
7. Bihar	183.857	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	12	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
8. Borsod	298.610	—	—	—	—	1	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9. Csanád-Arad-Torontál	174.715	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	9	4	2	9	—	—	—	—	—	—	—	—
10. Csongrád	147.834	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11. Esztergom	101.932	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12. Fejér	230.967	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13. Gömör és Kishont	104.459	1	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
14. Győr-Moson	157.476	3	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15. Hajdú	183.748	—	—	—	—	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	16	2	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16. Heves	324.836	1	—	—	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	16	4	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—
17. Jász-Nagykun-Szolnok	426.074	—	1	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	5	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—
18. Komárom	287.234	2	—	—	—	—	—	1	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	5	4	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Nógrád	256.727	1	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	3	6	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
20. Nyitra és Pozsony	190.811	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.503.136	7	1	—	—	4	—	12	—	44	—	—	—	—	—	—	1	—	26	21	22	1	—	1	—	—	—	—	—	—
22. Somogy	391.883	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	4	5	6	3	6	—	—	—	—	—	—	—
23. Sopron	141.863	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24. Szabolcs	429.614	10	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	58	—	22	1	8	—	—	—	—	—	—	—
25. Szatmár	137.494	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	10	3	—	—	—	—	—	—
26. Tolna	264.410	1	—	—	—	1	—	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—
27. Ung	73.269	2	—	—	—	1	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—
28. Vas	271.102	1	—	—	—	—	—	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	140	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
29. Veszprém	249.509	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	45	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30. Zala	370.132	1	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	1	3	16	—	—	—	—	—	—	—
31. Zemplén	198.948	1	1	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	3	3	2	—	7	—	—	—	—	—	—	—
I. Baja	31.644	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1.067.124	5	—	—	—	4	—	20	—	71	—	—	—	—	—	—	—	—	51	44	8	3	—	—	—	—	—	—	—	—
III. Debrecen	127.817	2	—	—	—	—	—	6	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	64	5	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—
IV. Győr	51.115	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	13	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.076	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kassa	58.082	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	15	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Kecskemét	83.559	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII. Miskolc	67.373	—	—	—	—	2	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IX. Pécs	73.204	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	2	2	1	—	—	—	—	—	—	—
X. Sopron	35.974	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Szeged	140.671	—	—	—	—	2	2	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	39	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
XII. Székesfehérvár	42.253	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen:	10.110.543	48	5	—	—	18	3	96	3	246	—	6	—	3	—	—	1	—	591	181	118	35	91	4	—	—	—	—	—	—

ORIZA

a rizs tápanyagait változatlan mennyiségben tartalmazó

száritott rizsnyák

csecsemőgyógyászatban tejhígítására és gyógytáplálékkul

használatos rizsnyákoldatok gyors elkészítésére.

KÖZGYÓGYSZERELLÁTÁS TERHÉRE RENDELHETŐ.

Krompecher, Budapest, V., Nádor-u. 15

Női és férfi sexualis neurasthenia,
férfiklimax, prostatahypertrophia,
endokrin eredetű bőrbetegségek,
lelki depresszió, rekonvalescencia, stb. esetén

Androstin

him-ivarmirigy
összkivonat •
tabletták, ampullák



Perandren

testoszonpropionát
• szintetikus herehormon
1 ccm. -es ampullák á 5, 10, 25 mg.

Irodalom és orvosi minta:

Jakitsch János, Budapest, V. Rudolf trónörökös tér 5.

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz)

Gonorrhoea

Pneumonia

frappáns új chemotherapeuticuma

RONIN - tabletták

Dr. Wander-féle sulfapyridin

A gonorrhoeát napok alatt gyógyítja.
Legacutebb stadiumban is
eredményesen adható.

A pneumóniát gyógyítja,
egyharmadára csökkenti

Lökésszerű therápia!

Klinikai eredmények beszámolóiközlés alatt.

Mintával, közelebbi felvilágosítással készséggel
szolgál:

Dr. WANDER

gyógyszer és tápszergyár r. t. Budapest.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatják:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, MISKOLCZY DEZSŐ, GORKA SANDOR, HÜTTL TIVADAR,
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDAKOVITS KAMILLÓ, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Benedek László és Juba Adolf: A „gyöki ideg” elváltozásai emberi tetanus esetekben. (405—409. oldal.)
Rubányi Pál: A combcsont alsó epiphysisének sérülései le-
válása. (409—411. oldal.)
Végh Pál: Primaer vulvadiphtheria és typhus abdominalis
együttes előfordulása felnőttn. (411—412. oldal.)
Telegdi István: C-vitamin szükséglet hastyphusban. (412—
415. oldal.)
Tóth Sándor: Rákproblémák a vidéki gyakorlat szempont-
jából. (415—416. oldal.)

Rudinai Molnár Jenő: Venojodrenin, új, hazai kontrast-
anyag az intravenás pyelographiához. (417—418. oldal.)
Külley László: Gyógymasszázs és mechanoterápia. (418—
420. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (69—72. oldal.)
Irodalmi szemle: (421—423. oldal.)
Könyvismertetés: (423—424. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (424. oldal.)
Korbuly György: Heti krónika. (425—426. oldal.)
Lapszemle: (426. oldal.)
Vegyes hírek: (426—428. o. és a borítólapon III. és IV. o.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

A „gyöki ideg” elváltozásai emberi tetanus esetekben.

Írta: Benedek László dr. és Juba Adolf dr.

A tetanus körképének származásában igen sokat
idezettek Meyer és Ransom vizsgálatai. Ezen szerzők
szerint a toxin a mozgató idegek tengelyfonalai és rész-
ben nyirokpályái révén a mellő szarvi mozgató dúc-
sejtekhez jut, melyeket reflektoros ingerekkel szemben
érzékenyvé tesz; a toxin a gerincvelőben valószínűleg
hossz- és harántirányban is elterjed. A kísérletes kutá-
tástól eltekintve azonban maga a kórszöveti vizsgá-
lat eddig nem sok újat hozott, úgy hogy a tetanus szö-
vettani képe számos szerző eredménye alapján szinte
nemlegesnek volt minősíthető.

Első vizsgálatsorozatunk (Orvosi Hetilap, 1938.) 10
esetre terjedt ki és a fenti adatokkal szemben a követ-
kező eredményt adta: A hevenyen (2—5 nap alatt) hal-
lálhoz vezetett esetekben szabályosan súlyos beszűrődé-
sek mutatkoztak elsősorban a gyöki idegek gazdag
kötőszövetrendszereiben, melyek részben leukocytákból,
részben (a kissé hosszadalmasabb esetekben) lympho-
cytákból és plasmasejtekből álltak. Beszűrődések fel-
bukkantak elvéve a csigolyaközi dúcokban és jóval
gyakrabban a gerincvelő, a kisagy és a nagyagykéreg
lágyburkaiban is; ezen esetek egy részében magában az
agyvelőben érkörűli, hasonló összetételű sejthalmazokat
láttunk. — Az idősültebben (7—15 nap) lefolyó esetek-
ben ezek a beszűrődések igen gyéren jelentkeznek, sőt
gyakran (3 esetben) ki is maradnak. Úgy látszott tehát,
hogy a gyöki idegben és másutt mutatózó gyulladás a
betegség fennállásának nagyságával csökken, bár kivé-
telek is előfordultak, ahol egyéni védekezési sajátossá-
gokra kellett gondolnunk.

Az idegrendszer alkotó elemei közül a csigolya-
közi dúcsejtek jóval inkább sérültek, mint a gerinc-

velő mellő szarvának mozgató dúcsejtjei; a csigolya-
közi dúcban mindennapos volt a sejtmag zsugorodásra
utaló sötét festődése, a plasma-tigroid oldódása, eset-
leg a sejttest duzzadása és szemcsés-gyűrűs szétesése.
A tengelyfonalak aránylag gyakran szenvedtek a kör-
nyéki idegben és a gyöki idegekben; ezzel szemben igen
ritka volt a velőshüvely lebontása, melyet környéki
idegben 1 és hátsó gyökökben szintén csak 1 esetben
láttunk. A tetanus kezelésére alkalmas szolgálató seb
szelvényéből kiinduló ú. n. „felszálló idegyulladás”,
tehát a toxin felfelé terjedésekor létrejött idegelválto-
zásokat egy esetben sem láttunk.

A központi idegrendszer, elsősorban a gyöki ideg
kötőszövetében elhalásokat, baktériumfelhalmozódáso-
kat, melyek a nagy és állandóan sok szelvényben mu-
tatkozó gyulladáshoz vezetnek megjelenését közvet-
lenül érthetővé tették volna, nem találtunk. Magyará-
zatunkban tehát mindenekelőtt utaltunk arra a fontos
biológiai szerepre, melyet a központi idegrendszer kötő-
szövetének, mint a retikuloendothelialis apparatus egy
részének, fertőzések, mérgek közömbösítésében tulaj-
donítanunk kell. A retikulum-endothel és retikulum-
sejtek ezen szoros működéstani egysége ma már köz-
ismert, úgy hogy ezzel foglalkoznunk nem kell; a köz-
ponti idegrendszer mesoglia elemei ezen rendszerrel
valószínűleg szintén közeli vonatkozásban állnak. Maga
a gyöki ideg különösen gazdag kötőszövetben, melynek
fejlődése a primordialis lágyagyburokszövetrel függ
szorosan össze.

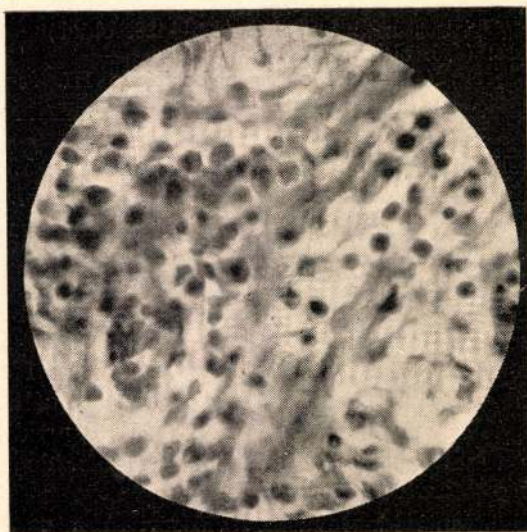
Miután a klinikai tapasztalatok arra utalnak, hogy
a tetanus-toxin a gerincvelői liquorüregerendszerben je-
len van (Benedek), valószínűnek tartottuk, hogy a be-
szűrődéses góccok is a tetanustoxin által képviselt for-
matív inger okából jöttek létre. Nyilván a gyöki ideg
kötőszövege és tágabb értelemben az egész agyi meso-
derma a toxinnal szemben nagy funkciós potenciával
tűnik ki és ezen méregtelenítési, közömbösítési törekvés
szöveti lényegéhez tartozik a vérelemek megjelenése,
mely által a mesoderma hatásképpessége talán még
fokozódik is. Mindezen elképzeléseinket nagyban alá-
támasztják Spatz trypankék-vizsgálatai; ezen szerző
ugyanis azt tapasztalta, hogy a cisternásan bevitt try-

pankék elsősorban a kísérleti állat központi idegrendszerének mesodermájában halmozódik fel; ugyanakkor azonban itt beszűrődések is fejlődnek ki.

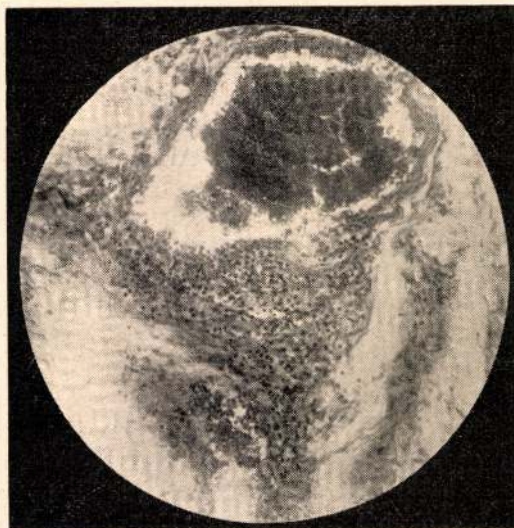
A következőkben azokról a vizsgálatokról számolunk be, melyeket 4 újabb emberi tetanus-esetben végeztünk. Az esetek és kórrajzok átengedéséért *Balogh Ernő*, *Verebélj Tibor* ny. r. tanár uraknak és *Bézi István* c. rk. tanár úrnak köszönetet mondunk.

1. eset: O. J. 40 éves férfit 1935. XII. 17-én vették fel budapesti Szt. László-kórházba. 9-én bal sarkát szöggel megsértette, 16-ika óta nehéz a légzése és nem tud nyelni.

Jelen állapota: A bal sarkán fillérnyi elszíneződött bőrterület, belevágva több apró fadarabkát távolítanak el. Teljes szájjár, nagyfokú tarkó- és nyakizomzat merevség, risus sardonicus. **Kezelés:** gerincagyccsapolással intraduralisan 12.500 I. E. antitoxin-adagolás; ugyanilyen adagot kap ismételt i. v. és izomközé is. Szódaoldat és magnéziumsulfát adagolás. **Lefolyás:** szájjár, tarkómerevség, nehézlégzés változatlan; ismételt gerincagyccsapolás, antitoxin bevitellel. Tüdők felett hurutos zörejek. Halál: XII. 19-én. Lappangási idő 7 nap, betegség tartama 4 nap. **Boncolási lelet:** Cyanosis organorum int. Pericarditis chronica adhesiva et pleuritis lateris utriusque eiusdem generis.



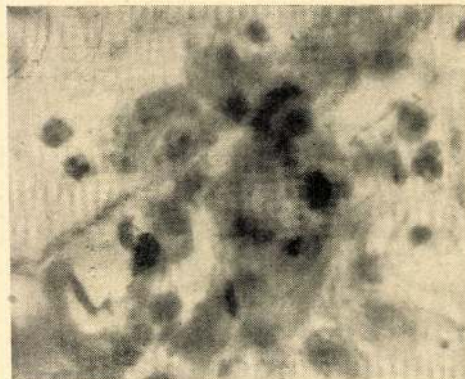
1. ábra. 1. eset: Beszűrődés az egyik ágyéki gyöki ideg kötőszövetes vázában. Haem. Eos. Mikrophot. Nagyítás 450-szeres.)



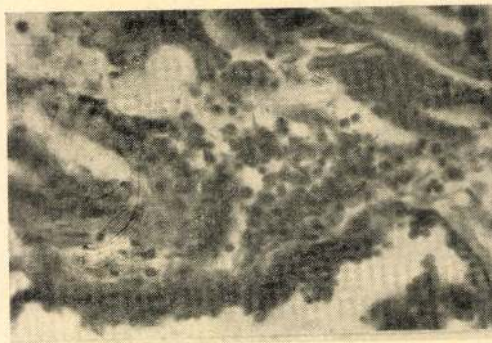
2. ábra. 1. eset: Kereksejtes beszűrődés ér körül; ágyéki gyöki ideg. (Haem. Eos. Mikrophotogramm. Nagyítás: 130-szoros.)

Szövetteni lelet: Környéki ideget a boncoláskor nem vettek ki. A csigolyaközi dúcok folytatólagos, haem.-eos.-al és toluidinnal festett paraffinsorozataiban (3 ágyéki, 1 nyaki dúc) a gyöki ideg kötőszövetrendszerében gyakran találunk elsősorban lymphocytákból álló

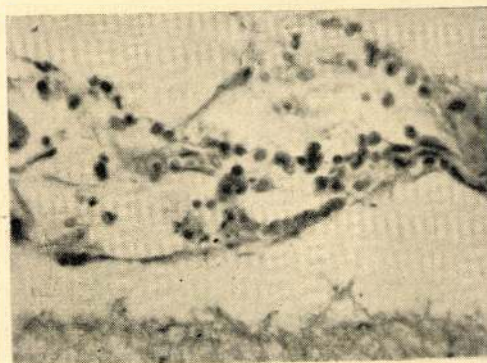
beszűrődéseket, melyek ragaszkodnak a kötőszöveti nyalábokhoz (1. ábra); előfordul az is, hogy valamely nagyobb ér falzata szűrődik be (2. ábra). Elszórtabb, fellazultabb beszűrődések szintén igen gyakran felbukkannak; ezekben nem egyszer számos leukocytát is látnak (3. ábra), melyek a jellegzetes karéjos magról jól



3. ábra. 1. eset: Leukocyták a laza beszűrődésekben; gyöki ideg. (Haem. Eos. Mikrophotogramm. Nagyítás: 585-szörös.)



4. ábra. 1. eset: Beszűrődés a gerincvelő lágyburkában. (Haem. Eos. Mikrophotogramm. Nagyítás: 260-szoros.)



5. ábra. 1. eset: Beszűrődés a nagyagykéreg lágyburkában. (Haem. Eos. Mikrophotogramm. Nagyítás: 260-szoros.)

felismerhetők. A beszűrődéses elemek közt olyan nagyobb formák is vannak, melyekbe valamely barnás pigment-anyag, talán haemosiderin, vagy más lebontási termék rakódott le. — A csigolyaközi dúc területén beszűrődés csak ritkán fordul elő. A csigolyaközi dúcsejtek jórésze tigroidszegény, erősen fenestrált; a mag gyakran sötét — egyneműre festődik és zsugorodott, úgy hogy körülötte világosabb gyűrű látható. Ritkán szemcsés szétesés, vagy elsőleges duzzadás („primäre Reizung”) is felbukkan, oldalra nyomott maggal. A gyöki idegek velőshüvelyállománya ép; a tengelyfonalakon elszórt orsóalakú duzzadások látszanak.

A gerincvelő fehérállománya ép; a mozgató dúcsejtek állapota — néhány kezdődő tigroid oldódási képtől eltekintve — kifogástalan. A lágyagyburokban túl-

*Organotherapie
mésföldkövei*



1902
TONOGEN

1912
GLANDUITRIN

1924
INSULIN „RICHTER“

1927
GLANDUBOLIN

1930
PERHEPAR

1931
MYOFORT

1931
GLANDUANTIN

1932
CORTIGEN

1935
LUTEOANTIN

1938
PROTAMIN ZINK INSULIN „RICHTER“

BELSŐSECRETIÓS MEGBETEGEDÉSEK ESETÉN

Simmonds-kórnál

ANTEPHYSAN
GLANDUANTIN
LUTEOANTIN

Dystrophia adiposogenitalisnál

ANTETESTON
ANTEOVIN

Diabetes insipidusnál

GLANDUITRIN
HYPOPHYSIS P. POST. PULV.
„RICHTER”

Basedow-kórnál

ERGAM
BELLAFIT
HALIVITAN
INARSUNIN

Myxoedemánál

THYREOIDEA „RICHTER”
TETHYRIN LIQUOID
THYROXIN „RICHTER”

Elhízásnál

GLANDIPOSAN
HORMOGLAND T. O. S. H.
HORMOGLAND T. G. S. H.

Diabetesnél

INSULIN „RICHTER”
PROTAMIN-ZINK-INSULIN
„RICHTER”

Tetaniánál

PARATHYREOIDEA
„RICHTER”
PARACALS
CALCIMUSC

Addison-kórnál

CORTIGEN
PROSCORBIN

Sexualis neurastheniánál, impotentiánál

ANDROFORT
TESTICULI „RICHTER”
TESTICULI FORTE „RICHTER”
PROTESTIN
ANTETESTON
ROBOROTESTICULI

Csökkent petefészek- működésnél

GLANDUBOLIN
GLANDUOVIN
GLANDUOVIN FORTE
TABL. OVARIUM „RICHTER”
ROBOROGLANDUOVIN

Endokrin női vérzéseknél

LUTEOANTIN
ERGAM
CORPUS LUTEUM „RICHTER”
COLUTOID
CALCIMUSC
PARACALS
HAEMOSTOP

Klimaxos panaszoknál

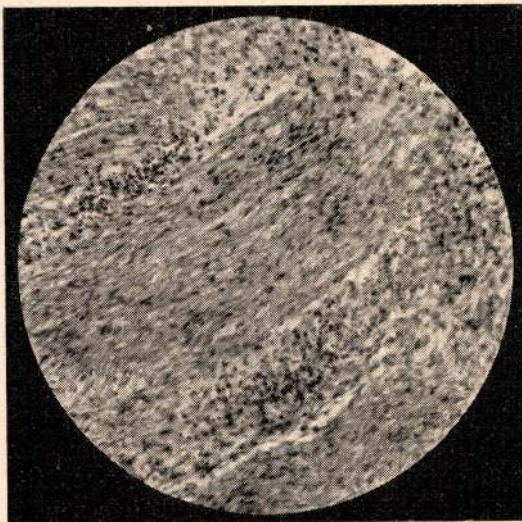
OVAKLIMAN
VASOBROMAN

nyomóan lymphocytákból álló beszűrődések többször előfordulnak (4. ábra), fellelhetők a lágyagyburki beszűrődések a kisagyvelő, sőt kifejezettebben a nagyagykéreg területén is (5. ábra), ahol a szemcsés törmeléken (valószínűleg kicsapódott izzadmány) kívül igen sok lymphocytát, plasmasejtet, sőt 1–2 leukocytát is látunk. Az agykéregben feltűnő kiesés nem mutatkozik; ez erek körül beszűrődés nincs.

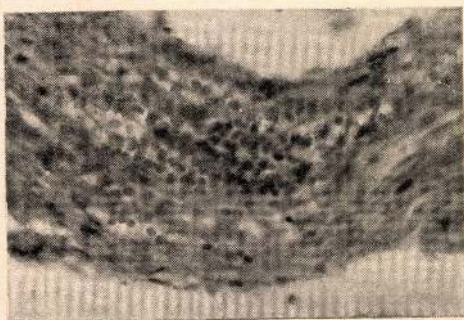
2. eset: B. J. 47 éves férfit 1938. I. 15-én vették fel a budapesti Szt. László-kórházba, 3 hete megégette a jobb lábát, 2 napja nem tudja kinyitni a száját.

Jelen állapot: A jobb alszár külső és hátsó oldalán a tibiát és fibulát 12 cm. darabon lemeztelenítő, térdtől bokáig terjedő izom- és bőrhiány. Deszkakemény hasfal, egész erős tarkómerevség, Kernig-tűnet, szájjár, nyelni folyadékot sem tud. *Kezelés:* sebfeltárás és ellátás, naponta antitoxin (12.500 I. M.) adagolás i. v. és izom közé, magnézium-sulfát inj. *Lefolyás:* Az antitoxin és magnézium-sulfát adagolása után az állapot átmenetileg javul. Az utolsó 4 napban mindig gyakrabban jelentkező görcsök, tüdők felett hurutos zörejek. Halál: I. 21-én. Lappangási idő kb. 19 nap, betegség tartama 8 nap.

Boncolási lelet: Vulnus granularis profundus e combustionis regionis malleolaris lateralis cum denudatione epiphyseos tibiae distalis. Cyanosis organorum intenorum. Tetanus. Bronchopneumonia hypostatica partis inferioris lobi inferioris dextri cum pleuritide fibrinosa recente. Pericarditis fibrinosa recens levis gradus. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Apoplexia musculi recti abdominis lateris sinistri e degeneratione cerea. Suffusiones musculorum psosadum bilaterales.



6. ábra. 2. eset: Beszűrődés a gyöki ideg kötőszövetében. (Haem. Eos. Mikrophotogramm. Nagyítás: 130-szoros.)



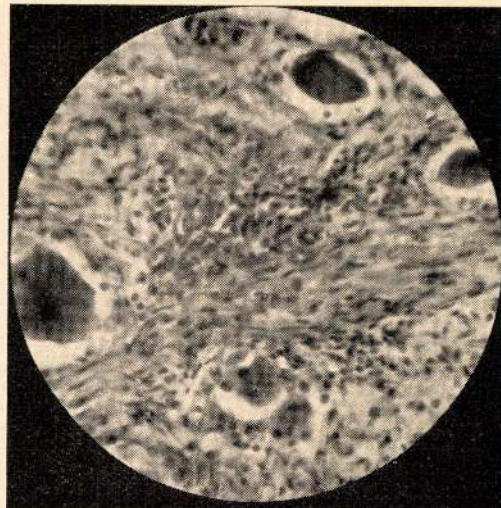
7. ábra. 2. eset: Beszűrődés az idegrostok közt. (Haem. Eos. Mikrophotogramm. Nagyítás: 260-szoros.)

Szövettani lelet: Környéki idegek nem álltak rendelkezésre. A csigolyaközi dúcokban és a gyöki idegekben velőhüvelylebontás nem folyik. A csigolyaközi dúcok (több ágyéki-, 1 nyaki dúc) haem.-eos.-al festett paraffin-sorozataiban beszűrődésekkel gyakran találkozunk. Ezek bizonyos előszeretettel a gyöki ideg kötő-

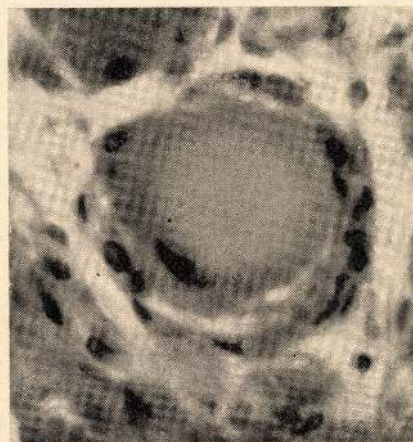
szövetes vázrendszerére szorítkoznak (6. ábra), bár fellelhetjük őket ritkán az idegrostok között (7. ábra), a gyöki ideg rostos kötőszöveti tokjában (8. ábra) is; mindig majdnem kizárólag lymphocytákból épülnek fel. Gyakran látunk beszűrődéseket magukban a csigolyaközi dúcokban is (9. ábra); az összetétel megfelel a



8. ábra. 2. eset: Beszűrődés a gyöki ideg kötőszövetes burkában. (Haem. Eos. Mikrophotogramm. Nagyítás: 260-szoros.)



9. ábra. 2. eset: Beszűrődés az egyik csigolyaközi dúcban. (Haem. Eos. Mikrophotogramm. Nagyítás: 260-szoros.)



10. ábra. 2. eset: Súlyosan szenvedett csigolyaközi dúcsejt. (Haem. Eos. Mikrophotogramm. Nagyítás: 585-szörös.)

gyöki ideg sejthalmazainak. — A csigolyaközi dúcsejtek között ép példányt alig látni, a tigroid mindenütt eltűnik, a sejtmag vagy zsugorodik és sötét-egyneműre festődik, vagy a sejttest szélére húzódva az elsődleges duzzadás látszatát kelti. Többször előfordul, hogy a sejttest központi zónája a felhígulás, elfolyósodás benyomását teszi (10. ábra), a zsugorodott, sötét sejtmag pe-

dig a sejttest szélére szorul. Számbavehető statellita burjánzás nem mutatkozik.

A gerincvelő fehérállománya ép, a lágyagyburokban beszűrődés nincs. A mozgató dúcsejtek kétségtelenül tigrisoidszegények, nem egyszer kissé lekerekítettek; magzsugorodás, pusztulás jeleit azonban nem látjuk. — A magasabb agyrészek közül egyedül csak a kisagy lágyagyburkában került elő egy laza, lymphocytákból és plasmasejtekből álló beszűrődés.

3. eset: L. K. 9 éves gyermek 1938. V. 27-én vétetett fel a budapesti Szt. László-kórházba. Kb. 1 héttel ezelőtt bal talpát üvegszilánkkal megsértette; pár napja görcsei vannak.

Jelen állapot: A bal talpon, a kisujj mögött kb. 1 cm. hosszú, szűrt, szennyes seb. Szájjár, görcsrohamok 5 percenként. *Kezelés:* naponta antitoxin, legalább 12.500 I. E. intravenásan és izom közé. Magnéziumsulfát oldat i. v. és i. m. Szívszerek, sevenal, infusio. Sebfeltárás. *Lefolyás:* A kezdeti tarkómerevség, végtagfeszesség valamit enged. Szapora, rosszminőségű pulsus. Önfudatlanság. Halál: VI. 5-én. Lappangási idő 1 hét alatt, betegség tartama 10 nap felett. *Boncolási lelet:* *Vulnus scissum plantae pedis sin. regionis interdigitalis IV—V. 4—5.* (Állítólag üvegszilánkba lépett.) *Cyanosis organorum internorum. Bronchitis catarrhalis diffusa. Tetanus.*

Szövetteni lelet: Környéki idegeket nem vizsgáltunk. A csigolyaközi dúcok és gyöki idegek területén beszűrődés, velőshüvelylebontás nincs. A dúcsejtek kis hányadában a sejtanyag sötét, vagy oldalranyomott. A gerincvelő, a vizsgált magasabb agyszelvények gyakorlatilag épek, beszűrődést sehosem látunk.

4. eset: F. K. 11 éves leányt 1938. VII. 8-án vették fel az I. sz. sebészeti klinikára. VI. 29-én jobbkeze mutatóujját összeroncsolta, tetanus antitoxint kapott. 30-án szájjár, derékmerevség jelentkezik, később 10 percenként ismétlődő fájdalmas görcsök.

Jelen állapot: A jobbkeze mutatóujján kb. 3.5 cm-es zúzott seb, teljes szájjár, izomtonus fokozott. *Kezelés:* A jobb mutatóujj amputatiója, gyakran megismételt lumbalis, cisternás, intravenás és intramuscularis antitoxin bevitel. Altatások, infusiók. *Lefolyás:* Időnként görcsök jelentkeznek, melyek később gyakoriakká és súlyosakká válnak. Halál: VII. 16-án. Lappangási idő 1 nap, betegség tartama 17 nap. *Boncolási lelet:* *Exstirpatio digiti secundi dextri. Tetanus. Oedema universalis. Degeneratio adiposa insularis hepatis et parenchymatosa myocardii renumque. Hydrocephalus externus mediocris gradus.*

Szövetteni lelet: Környéki idegeket boncoláskor nem vettek ki. A csigolyaközi dúcokban és gyöki idegekben velőshüvely lebontás nincs; a tengelyfonalak többször orsóalakúan duzzadtak. A csigolyaközi dúcok területén beszűrődés nincs és a gyöki ideg területén, kötőszövetes hüvelyében is a legnagyobb ritkaság; ha előfordul, lymphocytákat és számos plasmasejtet látunk. A dúcsejtek egy részében a mag zsugorodott, vagy oldalranyomott. Gerincvelő ép.

Beszűrődések nagyobb számmal lépnek fel a kisagy és a nagyagy lágyagyburkaiban, melynek hézagait a kicsapott izzadmány mellett nem egyszer ki is töltik, feltűnő a plasmasejtek nagy száma, melyek a sejttesthez képest aránylag kicsi és oldalranyomott magjaikról jól felismerhetők. Az erek körül az agykéregben sejt-felszaporodás nincs.

Fenti 4 esetünkben a tetanus kórisméje kétségtelen: minden egyes esetben fertőzésre alkalmas széteső, zúzott, vagy szűrt sebészeti mutatható ki, mely tulajdonságainál fogva az anaerob tetanus-baktérium megtelepedésére kitűnő alkalmas szolgáltatható. A kifejlődött kórkép a megteveszthetetlen vonásokkal, szájjárárral, tarkó- és izommerevséggel, görcsökkel, minden egyes esetben olyan volt, hogy a tetanus kórismét kétségtelennek kell tartanunk és a szövettani elváltozásokat teljes egészükben értékelhetjük.

A szövettani lelet az első két esetben kifejezetten gazdag, a harmadik esetben nemleges, a negyedik esetben pedig szokatlan kiterjedésű volt. Amint ez a leírásokból és az ábrákból kitűnik, az első két esetünkben ismét megjelentek a gyöki ideg kötőszövetének előző közleményünkben már ismertetett beszűrődései, melyek az 1. esetben lymphocyták mellett leukocytákból is, a 2. esetben pedig főként lymphocytákból álltak. A beszűrődések meglehetősen nagy fokot értek el, úgy hogy egyes pontokon a gyöki ideg kötőszövetvázát teljesen vérelem-leszarmazottak töltik meg. Kétségtelen, hogy a gyöki ideg áll az elváltozások középpontjában, bár az 1. esetben a lágyagyburkok kiterjedten, a 2. esetben pedig egy ponton szintén rejtenek beszűrődéseket.

Ha a fenti kórszövetteni adatokat a betegség lappangási idejével vetjük össze, akkor feltűnőbb szabályszerűséget nem látunk; egészen más a helyzet, ha a betegség tartamát vesszük tekintetbe. Az 1. esetben, ahol a bántalom mindössze 4 napig tartott, a beszűrődések súlyosak, a gyöki idegeken kívül gyakran a lágyagyburokban is fellépnek és minőség szempontjából számos leukocytát tartalmaznak. A 2. esetben 8 napos betegségi tartam mellett a beszűrődések már magukban véve is kisebbek és elsősorban a gyöki idegek kötőszövetében mutathatók ki; az összetételben túlsúlyra jutnak a gyulladáshoz kapcsolódó elemek: a lymphocyták. A 3. eset, melynél a betegség legalább 10 napig fennállt, a lelet nemleges. Mindez megerősíti azt a már lefektetett állásfoglalásunkat, hogy a beszűrődések súlyossága és összetétele elsősorban a betegség tartamától függ.

Ennek látszólag ellentmond a 4. eset lelete, melyben 17 napos betegségi tartam ellenére is találtunk a gyöki ideg környékén gyér és a lágyagyburokban súlyos beszűrődéseket. Az a körülmény, hogy a gyöki ideg beszűrődése nem áll az első helyen, már magábanvéve is szokatlan; tetézi mindezt az, hogy a beszűrődések még a 17. napon is fennálltak. Itt azonban tekintetbe kell vennünk azt, hogy a fertőzésnél valószínűleg rendkívül virulens tetanus-bacillusok szerepelhettek, hiszen a bántalom első jelei annak ellenére, hogy a beteg megelőző antitoxin-adagot is kapott, már másnap jelentkeztek. A toxin behatolás és elterjedés, valamint a szervezet méregtelenítő tevékenységének viszonya itt tehát a szervezet szempontjából feltétlenül károsan alakult; ezt az egyéni mozzanatot az időtényező mellett mindig tekintetbe kell venni, mint már erre régebbi tapasztalatainkra hivatkozva bevezetőleg is utaltunk.

Kiemelni kívánjuk azt, hogy az esetleges intraduralis savó-adagolás és az elváltozások közt oki összefüggés nem kereshető: 2. esetünkben a beszűrődések jelen voltak, bár lumbalis, vagy cisternás savóbevitel nem történt. A beszűrődés tehát nem lehet a liquorrendszerbe bejuttatott fajidegen, vagy immunbiológiai-activ anyag hatására beálló izgalmi jelenség. Ugyanez különben megelőző esetsorozatából is kiderül, amit itt pótlólag megemlítünk: az 5. számú esetben súlyos, a 6. esetben gyéresebb beszűrődések mutatkoztak, bár a liquorrendszerbe toxinbevitel, sőt még liquorlebecsajlás sem történt. Ezzel szemben a 8. eset intralumbalis savadagolás ellenére is nemleges leletet adott.

A központi idegrendszer alkotórészei közül a csigolyaközi dúcsejteknek a gerincvelő mozgató elemei sérülését meghaladó bántalmát látjuk; a tengelyfonalak duzzadása a gyöki idegekben szintén gyakori jelenség, míg a velőshüvelyek mostani eseteinkben épeknek bizonyultak. A magasabb agyszelvényekben közvetlen értékelendőt nem láttunk; a bárhol fellépő,

de a gyökök környékét és a lágyagyburkot esetleg megtöltő vérzések még boncolási műtermékek is lehetnek.

Összefoglalólag azt mondhatjuk, hogy az újabb tetanus-esetek vizsgálata úgy a beszűrődések jelenléte szempontjából, mint a beszűrődések nagysága, összetétele és a betegségi tartam közti összefüggés tekintetében előző kutatásainkkal egyenlő eredményt adott. Ezek után az elváltozások értelmezése szempontjából sem tudunk újabbat mondani: az idegrendszer, elsősorban a gyöki ideg kötőszövetének beszűrődésében a központi idegrendszer retikulo-endothelialis apparatusának fokozott aktivitását láthatjuk; a tetanus-toxinallal szemben magas functionalis potentia nyilvánul meg.

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Verebélly Tibor ny. r. tanár.)

A combcsont alsó epiphysisének sérülései leválása.

Írta: Rubányi Pál dr., egyet. tanársegéd.

A térdtájék sérülései közül, ha nem is gyakoriságánál, de súlyosságánál fogva nagy jelentőségű a combcsont alsó epiphysisének leválása. Fokozza a sérülés jelentőségét, hogy a helyretétel néha igen nehéz, csak véres úton sikerül, hogy súlyos szövődeményekkel járhat és még tökéletes beillesztés után is maradhat vissza hossz-növekedési zavar rövidülés vagy elferdülés alakjában, minthogy voltaképpen a növekedési porc sérülése.

Az alsó combcsontepiphysiolysis a serdülőkor sérülése. Hilgenreiner szerint az eseteknek legnagyobb része, több mint háromnegyede a 6—18 évesekre esik, Hutschinson szerint a legtöbb a 8—18, Poland szerint a 13—18, Bergenföldt szerint a 10—17 évesekre. Főképp fiúkon fordul elő. Hilgenreiner 160 esete közül 140 fiú és 20 leány, Bergenföldt 295 betege közül 232 fiú és 63 leány.

E sérüléshez nagy erőművi behatásra van szükség. Rendszerint közvetett úton jön létre a térdizület túlzott mozgásai: hyperextensio, hyperflexio, túlzott abductio és adductio, csavarás kapcsán, emelő hatás következtében abban az időszakban, amikor az ízületi szalagok ellenállóbbak, mint az epiphysisporc. Sokkal ritkább a közvetlen behatásra bekövetkező leválás.

Körbonctani szempontból fontos elsősorban annak megállapítása, hogy a folytonosság-megszakítás pontosan az epiphysisporcban következett-e be, vagy pedig a leválási felület valamely részében, rendszeren a külső- vagy belső oldalon ferdén a diaphysisen keresztül halad-e tovább, úgy hogy az utóbbinak kisebb-nagyobb darabja az epiphysissel összefüggésben marad. Ennek alapján megkülönböztethető az epiphysiolysisnek törés nélküli (tiszt) és töréssel szövődött alakja. Más felosztás szerint van teljes- és nem teljes epiphysiolysis, aszerint, amint az egész epiphysis vonalon végighaladó, vagy csak részleges leválásról van szó. Tekintettel arra, hogy a teljes és részleges leválás is a diaphysis, illetőleg epiphysis törésével szövődhetik, sokféle változat jöhet létre.

A leválási felület lefutása mellett figyelmet kell fordítani az úgyszólván mindig jelenlévő csonthártya-sérülésre is. A csonthártya oly szorosan függ össze az epiphysisporccal, hogy sértetlen csonthártyát tulajdonképpen csak azon esetekben találunk, amelyeket Ollier „entorses epiphysaires”-nek nevezett és mint az epiphysis rándulását szembe helyezte a tökéletes leválással, amelyet ilymódon a ficamhoz lehetne hasonlítani. Minden egyéb esetben megtalálható a csonthártya kisebb-

nagyobb kiterjedésű leválása és szakadása, mégpedig leggyakrabban a diaphysis hátsó felszínén. Rendszerint az történik, hogy a levált epiphysis csonthártyalebeny révén összefüggésben marad a diaphysissel és az epiphysis eltolódása által a diaphysis kisebb-nagyobb kiterjedésben lecsupaszíttatik. A csonthártyasérülések általában nem nagy jelentőségűek, minthogy a levált csonthártya szabályszerűen ismét ránő a csontra és semmi káros következménnyel nem jár.

Igen nagy fontossággal bír azonban a kezelést illetően is a csontvégek eltolódása. Az esetek nagy többségében az epiphysis eltolódása nyilírányban történik, mégpedig sokkal gyakrabban előre felé, mint hátrafelé. Az összes statisztikák szerint a jellegző elhelyeződés az epiphysisnek előre való eltolódása, amit az alsó combcsontepiphysis extensió leválásának is neveznek. Ezen előre való eltolódáshoz nagyon gyakran társul az epiphysisnek homlokirányú tengely körül akár 90°-ig való elfordulása, úgy hogy a törési felület a combcsont elülső felszíne felé, az ízfelszín pedig a térdkalács ízfelszíne felé néz. Az előre került epiphysis azonkívül rendszeren fölfelé is eltolódik és ez okozza a rövidülést. Ezzel a szinte jellegzetesnek mondható extensió leválással szemben meg kell említenünk azt az alakot, amelyben a levált epiphysis hátrafelé, a hajlító oldal felé tolódik el és ezt az alsó combcsontepiphysis hajlító oldal felé való leválásának nevezzük. A gyakori nyilírányú eltolódás mellett csak kis szerep jut az oldalirányú eltolódásnak. Vannak olyan esetek, amelyekben az epiphysis az alsózárral együtt kizárólag oldalirányú eltolódást mutat, máskor elcsavarodás is társul hozzá; elég gyakran kísérik törések, berepedések.

A csontvégek eltolódása a szövődemények egész sorát okozhatja, amelyek a sérülést igen súlyossá tehetik. Leggyakrabban a térdárokba került diaphysisvég okoz sérülést a lágyrészekben. A kötőszövet, a zsírszövet, izmok zúzása és átfúrása mellett különösen súlyos szövődeményt jelent a bőr átbökése, mert ezzel a sérülés nyitltá lesz. A legsúlyosabb szövődemény a térdaljai erek sérülése, aminek viszont gyakori következménye a végtag elhalála és csonkolása. Az érsérülés lehet a véredény összenyomása, nyújtása, teljes vagy részleges szakadása, aneurysmaképződés. Az idegek sérülése ritkább, egyrészt mert az ellenállókéességük nagyobb, másrészt távolabb fekszenek a csonttól. Ezekben is létrejöhet összenyomás, nyújtás, teljes vagy részleges szakadás, amiknek következménye lehet paresis, teljes bénulás, érzéketlenség vagy pedig a tűrhetetlenségig fokozódó fájdalom.

Közelségénél, az epiphysishez való szoros viszonyánál fogva elég gyakori a térdizület sérülése. Az ízületben minden esetben van savós vagy véres folyadékgyűlem és csak a foka különböző. Igen súlyos szövődemény az ízület megnyílása genyedés, pyaemia veszélye miatt. Gondolnunk kell a térdizületi szalagok szakadására is, ami azonban általában ritka, mert a szalagok erősebbek, mint az epiphysisporc. Kisebbségű szalagvongások, beszakadások valószínűleg gyakoriak, csak rendszeren elkerülnek a figyelmet.

Az a körülmény, hogy az alsó combcsontepiphysis leválasztásához nagy erőbehatásra van szükség, magával hozza, hogy a csontrendszeren még egyéb folytonosság-megszakítások is létrejöhetnek. Letöréseket, lepedéseket találhatunk a diaphysisen és az epiphysisen; hozzátársulhat az ú. n. intercondylaris törés, ami élénken emlékeztet a T és Y alakú törésekre. Ezekon kívül a csontrendszeren egyébütt is lehetnek törések, sőt epiphysiolysisek is.

A végtag működése szempontjából fontosak azok az elégtelenedések, amelyek a leválás következményeképpen maradhatnak vissza. Ezeknek oka rendszeren a törtségek hiányos beállítása, azonban gyulladási folyamatok is előidézhetik (contractura, ankylosis). Nagyon érdekesek azok az elváltozások, amelyek a leválás okozta növekedési zavar által jönnek létre. Növekedési zavar létrejöhet tökéletesen helyreigazított esetekben is az epiphysisporc sérülése következtében, mégpedig annál nagyobb fokban, minél fiatalabb a sérült. *Uffelmann* hívta fel először erre a figyelmet. A hosszú növekedés zavarán, tehát rövidülésen kívül részleges leválás esetében genu valgum, illetve varum jöhet létre.

A *klinikai képet* elsősorban bizonyos általános tünetek jellemzik: lágyrészduzzanat, alaki elváltozás, törési fájdalom, csontrecsegés, rendellenes mozgathatóság és megzavart működés. A tokszalag elöl a diaphysisen, hátul az epiphysis vonalon tapad és ezáltal a sérülés mindig ízületen belüli (intraarticularis), aminek természetes következménye az, hogy friss esetekben haemarthros van. Ezenkívül vannak egyéb tünetek, amelyek az egyes leválási alakokra jellemzők és ezeket egyrészt az eltolódás iránya és foka, másrészt a szövődmények szabják meg.

A *kórisme* az esetek egy részében a jellemző tünetek jelenléte alapján és egyéb körülmények (a sérült kora, a sérülés módja, stb.) figyelembevételével felállítható, máskor csak röntgenfelvétel alapján lehetséges. Minden esetben föltétlenül szükséges kétirányú felvétel a sérülés részleteinek tisztázására. Elkülönítés szempontjából szóba jöhet a sípcsont ficama, vagy subluxatioja, a combcsont törése a büttyöknek megfelelően vagy azok fölött, egyszerű zúzódás, synovitis traumatica stb. Az említett ficamoktól és törésektől való elkülönítés legfeljebb felületes vizsgálatkor okozhat nehézséget, alaposabb vizsgálat és különösen a röntgenképek alapján az elkülönítés egyszerű. A legnehezebb lehet még a kórisme olyan esetekben, amidőn az epiphyseolysis egyáltalában nem, vagy csak igen kismértékű eltolódással jár, amikor is legtöbbször egyszerű zúzódásra gondol a vizsgáló.

A combcsont alsó epiphyseolysisének *kezelése* lehet vértelen és műtéti. Néha jó eredményű lehet a két eljárás egyesítése. A kezelés lényege mindegyik esetben a levált rész pontos helyzetétele, rögzítése és az esetleges szövődmények kezelése, amihez később a végtag működésének lehetőleg tökéletes helyreállítása társul. Legelőször minden esetben megkísérelendő a vértelen kezelés. A helyzetétel technikája attól függ, hogy a levált epiphysis az alszárhoz viszonyítva milyen helyzetben van. Ha hajlítási helyzetben van, akkor a térd behajlításával, ha feszítő helyzetben áll, akkor a térd nyújtásával kísérlelendő meg a helyzetétel, amihez az alszár hossz tengelyének irányában történő húzásnak kell társulni. Kiegészíti ezt a műveletet a kiálló csont részletekre kezeinkkel gyakorolt közvetlen nyomás. A rögzítés is ennek az elgondolásnak megfelelő helyzetben történik. Ha a helyzetétel, illetve rögzítés ily módon nem sikerül, újabb alkalommal az állandó húzással való kezelést: a sípcsont felső végére alkalmazott szöggel vagy dróttal történő húzás az alsó végtagnak Braun-sínre helyezése mellett. Természetesen nem jellegzetes vagy szövődött esetekben a kezelésnek is az adott viszonyokhoz kell alkalmazkodnia. Ha e vértelen kísérletekkel a helyzetétel és a rögzítés nem sikerül, műtétre kerül sor. A műtéti kezelésnek is lényege a pontos helyzetétel és a rögzítés, ami külső vagy belső hosszszéssel való feltárás útján történik. Szükség esetén a helyzetelt epiphysist szögek vagy csavarok segítségével

vel rögzítjük. Ügylátszik, alaptalan azoknak az aggodalma, akik szögezés esetében az epiphysisporc károsodásától tartanak. *Matti* szerint aseptikus lefolyás esetén ettől egyáltalában nem kell tartani és legújabbban *Bergfeldt* hangsúlyozta, hogy a csontvégek műtéti egyesítése az epiphysisporcnak szöggel történő átfúrása által nem olyan veszélyes, mint azt az ember az állatkísérletek alapján várná. Természetes, hogy mindezen eljárásokat gondos utókezelésnek kell követnie.

A közelmúltban az I. sz. sebészeti klinikán két ide tartozó esetet volt alkalmunk észlelni.

1. sz. eset: Sz. J. 16 éves fiút labdarúgás közben egyik társa megrúgta. Ő a jobb lábával a labda után nyúlt, amidőn jobb térdének külső felszínét érte a rúgás. Elestett, a pályát társai segítségével, de saját lábán sántikálva hagyta el. Jobb térdje hamarosan annyira megdagadt és oly fájdalmas lett, hogy nem tudott többé ráállni; így hozták be a klinikára.

A jobb térdtájék körkörös erősen duzzadt, térszabotapintatú, a duzzanat a belső oldalon nagyobb fokú. A külső oldalon a szárcapoc fejecének megfelelően és afölött a bőrön gyermektenyéryní horzsolás látható, amely körül a párt kékes-szederjes. Az ízületben folyadékgyülem mutatható ki. A térd nyújtott helyzetből kb. 45 foknyira hajlítható be mérsékelt fájdalom mellett, azon túl a hajlítási kísérlet igen fájdalmas. A térdizületben rendellenes oldalmozgás észlelhető olyan értelemben, hogy az alszár kb. 15–20 foknyira abducálható, ami közben a belső combcsontbüttyöknek megfelelően finom csontrecsegés tapintható.

Röntgenvizsgálat: A combcsont belső felszínén az epiphysisvonálnak megfelelően folytonosság megszakítás látható, azonkívül törési vonal húzódik az epiphysis-vonal közepétől le függőlegesen a fossa intercondyloideaiba. Oldalirányú képen jól látható, hogy az epiphysisvonalon levált belső büttyök a diaphysis alsó domború felszínén hátrafelé csúszott.

A klinikai- és röntgenvizsgálat alapján kétségtelen, hogy büttyök közti töréssel szövődött részleges epiphyseolysis van dolgunk s a levált belső büttyök hátrafelé toldott el. Több ízben megkíséreltük a vértelen helyzetételt alátásban, a térdizület behajlításával, az alszárakra gyakorolt húzással és a hátrafelé eltolódott belső büttyök helyrehozásával, azonban ezek a kísérletek eredménytelenek maradtak és így műtéti feltárás vált szükségessé.

A *műtétet* pantocain lumbalban, a végtagot Esmarch-pólyával vértelenítve végeztük, 1 cm-rel a belső epicondylus előtt ejtett hosszszéssel. Az izomzatot tompán széthúzva, rájutunk az ízületi tokra; jól tapintható a levált és hátrafelé eltolódott belső büttyök és a diaphysis alsó végéről levált csonthártylebeny, amelynek révén a büttyök hátsó kiálló széle a diaphysisel összefügg. A csonthártylebeny körül az izomzat és a combcsont között nagy kiterjedésű véromlany. Az ízületet megnyitva, abból részben vörhenyes savó, részben pedig vérvalvadékok ürülnek. A levált büttyöknek az izülethez való viszonyát vizsgálva, jól látható, hogy annak elülső része intraarticularisan, hátsó része pedig az ízületen kívül foglal helyet. Miközben az ízületből a vérvalvadékokat óvatosan eltávolítjuk, kb. kétszer 2/3 cm. nagyságú, 3–4 mm. vastagságú, az ízületben szabadon levő letrött csontlemeze bukkanunk; egyik felszínét porc borítja. A csontlemezt óvatosan eltávolítjuk. Az izfelszínét végigtapintva megállapítható, hogy a csontdarab a combcsont izfelszínének elülső középső részéből, a facies patellarisból tört le. A keresztzalagok nincsenek elszakadva. Ezután a levált belső büttyököt pontosan beillesztjük az eredeti helyére és ebben a helyzetben 8 cm. hosszú csavarral rögzítjük oly módon, hogy a csavart az epicondylus alatt extraarticularisan vezetjük be a csontba, ferdén felfelé és kifelé. Az ízületi tokot gonodosan bevarrva, a sebet rétegesen egyesítjük. Nyomókötés, gipszsin.

A *műtét utáni* napon készült kétirányú röntgenfelvétel szerint a levált büttyök tökéletesen a helyén van, a csavar helyzete is megfelelő. A seb előlegesen gyógyult, a térdizületet 10 napig gipszsinnel rögzítve mozdulatlanul tartottuk. 10 nap után óvatos aktív mozgatás fekvőhelyzetben, majd massage, melegfürdő. E kezeléssel elértük azt, hogy négy hét múltán a beteg térdét 180 foknyira nyújtott helyzetből egészen könnyen be tudta hajlítani 90 foknyira. 5 hét múlva a beteg felkel és jár, azonban tekintettel arra, hogy a térdizületben kismértékű oldalmozgás mutatható ki, szabad hajlítást megengedő, csak oldalirányban rögzítő térdtokot visel. Otthon mélyhő-kezelésben részesült. 8 héttel a műtét után teljesen panaszmentes, jól jár, térdét 80 foknyira tudja

behajlítani. Helyi érzéstelenítésben kis metszésből eltávolítjuk a csavart, mely minden nehézség, csavarás nélkül a fejénél fogva kihúzható. Minthogy kistökű oldalmozgás még mindig van, a térdtöket továbbra is viseli és további diathermiás kezelésben részesül. Műtét után hat hónappal az oldalmozgás megszűnt, tok nélkül fut, kerékpározik, tornászik.

2. sz. eset: A. I. 11 éves tanulón 1937. február 5-én térdizületi gümőkór miatt jobb oldali térdizületi resectiót végeztünk. Síma gyógyulása után a gyermek teljesen panaszmentes volt, merev térdrel iskolába járt, szaladgált. 1937. október 17-én labdarúgó mérkőzés nézett az egyik kapu mellett; néhány társa a rozoga kapufának támaszkodott, mire az kidőlt és ő a merev térdével elesett. Jobb térdetáján roppanást érzett, a térdtájék megdagadt, fájdalmas lett és többé nem tudott a lábára állni. Sínnel rögzítve hozták be a klinikára.

A jobb térdtájék körkörösén duzzadt, térszatapintatú. Az alsó végtag tengelye előlről nézve egyenes, oldalról észve azonban előre nyitott szögletörést mutat, a szögletörés csúcsa kb. a combcsont alsó epiphysisének tájékára esik. A térdalji árok felső csúcsában csontkiemelkedés, ennek megfelelően az elülső felszínen pedig besüppedés tapintható. A szögletörésnek megfelelően rendellenes mozgékonyosság és mozgathatósági kísérlet alkalmával fájdalom váltható ki.

Röntgenvizsgálat: A resectió vonal helyenként már teljesen összezsugorodott, a combcsont alsó epiphysisvonala a rendszerél jóval szélesebb. Oldalfelvételen jól látható, hogy a combcsont diaphysisének alsó vége az epiphysisvonalban levált oly módon, hogy szélességének kb. egynegyedével hátrafelé tolodott el és ezáltal a combcsont és sípcsont hossztengele kb. 160 foknyi, előre nyitott szöveget képez.

Kétségtelen tehát, hogy a gyermek végtagjára esett kapufa hyperextensio révén a combcsont alsó epiphysisének leválását idézte elő anélkül, hogy a térdizületi resectio helyén bármilyen elváltozás jött volna létre.

A gyermeket elaltatva, az alszárra hossztengele irányában gyakorolt húzással és a kiálló diaphysisvégre gyakorolt közvetlen nyomással igen könnyen sikerült a csontvégeket összeilleszteni és a tengelytörést kiegyenlíteni, utána gipszkötéssel rögzítettük a térdet. A röntgen szerint a helyzetétel tökéletes. 8 hét múlva a gipszkötést eltávolítottuk, az epiphyseolysis helyén sem fájdalmasságot, sem duzzanatot, sem rendellenes mozgékonyosságot nem találtunk. Néhány nap múlva jár és hazamegy.

Az elmondottak szerint második esetünk jellegzetes epiphyseolysis. Érdekessége abban rejlik, hogy a resectio helyén létrejött csontos egyesülés nagyobb ellenállóképességet tanúsított az eröművi behatással szemben, mint az epiphysisporc.

Az első esetünk sportsérülés, tehát már ezért is érdekes. Az irodalmi adatok szerint ritkaság az egyik bütöknek ilyen leválása és hátrafelé való elcsúszása. Nagyon tanulságos ez az eset a kezelés szempontjából. Minthogy csak az egyik bütök vált le és tolodott hátra, egészen más elbírálás alá kerül az eset, mint a jellegzetes epiphyseolysis. Az ilyen eset ellátásának sokkal inkább azon elvek szerint kell történnie, mint a bütök töréseké, illetőleg az intraarticularis töréseké általában. Mint minden izületi törés esetén, úgy itt is elsőrendű fontosságú a végtag statikája és a térdizület működése szempontjából az, hogy az ízfelszín a lehető legtökéletesebben helyreállíttassék. Mindenkor megkísérelendő a vértelen kezelés, tehát a vértelen helyzetétel és a rögzítés. Ha azonban ez nem sikerül tökéletesen, milliméternyi pontossággal, ne idegenkedjünk a műtét feltárásától, a véres úton való helyzetételtől és rögzítéstől, mert ez megfelelő sterilítással és óvatossággal, kíméletes technikával semmiféle veszélyt nem rejt magában. Minthogy pedig a következményes arthropathia deformans elkerülésére a legfontosabb az ízfelszíneken létrejött egyenetlenségek, incongruentiák lehető tökéletes kiküszöbölése, ajánlatos minden esetben az izületnek feltárása, mert az izületen kívül végzett műtéttel nem lehet a csontfelszíneket olyan pontosan összeilleszteni és az ízfelszíneket, valamint az izület üregét ellenőrizni. Hogy ez az utóbbi mennyire fontos, mutatja ugyancsak

a mi esetünk, amelyben az izület feltárásakor annak üregéből jókora levált csontdarabot távolítottunk el, amelyet ismételtén készült kétirányú röntgenfelvételek egyike sem mutatott. A rögzítésre használt szögek vagy csavarok elhelyezése viszont, hacsak lehetséges, izületen kívül történjék. Hogy mikor van szükség szögekkel, csavarokkal való rögzítésre, azt minden egyes alkalommal külön-külön kell eldönteni. Általánosan azonban megállapítható, hogy az epiphysisporcnak szöglettel való átfúrása semmiféle súlyosabb következménnyel nem jár, ha a szögeket néhány hét múlva eltávolítjuk, az az aggodalom is eloszlik, hogy a hossznövekedést akadályozzák. Viszont az utókezelés szempontjából nagy előny a törtszegek megbízható rögzítése, mivel sokkal korábban kezdhető el az activ és passiv mozgás, ami pedig az izület működésének helyreállítása szempontjából igen fontos.

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

Primaer vulvadiphtheria és typhus abdominalis együttes előfordulása felnőttön.

Írta: Végh Pál dr., egyet. tanársegéd.

1938. év február 22-én egy 22 éves, több nap óta lázas bábánövéndéket vettünk fel. Elmondta, hogy egy hete kírtaza a hideg, feje fáj, szédült, hányingere volt. Minthogy jobb oldala különösen köhögéskor erősebben fáj és kevés köpete keletkezett, influenzának tartották baját és chininnel, codeinnel, Priessnitz-borogatással kezelték. Láza azonban megmaradt, úgy hogy izolálás céljából a Horthy-kórház belosztályára utalták. Részletesebb kikérdezéskor azután előadta, hogy kb. 4 nap óta a bal szeméremajkán fájdalmas duzzanat keletkezett, melyből genyes folyás ürül, ennek azonban nagyobb jelentőséget nem tulajdonított. Étvágytalan, makacs székrekedése van.



Diphtheriás fekély a bal szeméremajkon.

Vizsgálat: Kisebb fokú bronchitis. Szíve ép, érverése 102, hőmérséke 38.2 C°. Hasa kissé puffadt, dobos hangot ad, a jobb hypochondriumban kis nyomásérzékenység. Nyelve enyhén bevont. Garatja kissé belövelt. Lépe és mája nem tapintható. A bal szeméremajak belső felszínén, hátul, jókora, 2 pengőnyi, élesszélű, vastag, szürkésfehér lepedékkel fedett fekély; környéke nem infiltrált; a fekély lepedéke az alapjáról nehezen, de levonható, elég mélyre terjed, de nem vérzik. A lágyékmirigyek mérsékelten duzzadtak. A fekély érintésre igen fájdalmas. (Fénykép.) A beteg kissé apathiás. Röntgenátvilágítás: A mellkasi szervek épek, erősen tágult, gázos vastagbelek. A különleges, sem luesra, sem úlcus molle-ra nem jellemző fekély megvizsgálása alkalmával a bőrgyógyász (Árokháty dr.) a leírt fekélyt diphtheriára gyanúsnak tartotta; emiatt azonnal váladékot vizsgáltunk, amely tényleg Loeffler- és Neisser-festéssel egyaránt diphtheria bacillusokat mutatott ki, utóbbi típusos Babes-Ernst

szemcsékkel. Nőgyógyászati vizsgálat alkalmával betegünk virgo intactának bizonyult, ép belső genitáliákkal. Másnapra az elesettség és apathia fokozódott, relativ bradycardia mutatkozott, úgy hogy *typhusra* kezdtünk gyanakodni és ezért a közegészségtani intézetbe Widalra és vértenyésztésre vért küldtünk. A vizeletben, mely 1050 fajsúlyú, savi vegyhatású, opalescentián kívül más nem található. Betegünknek 20.000 *E. antitoxikus savót* adtunk intramuscularisan. A fehérvérsejtszám ekkor, a diphtheriának megfelelően 9000, amelyből fiatal 2, karélyos 70, monocyta 4, lymphocyta 24%, eosinophil- és basophilsejt nincsen. Esetleges primaer góc kiderítése céljából a torokvuladékok di.-ra a benttartózkodás 6-ik, majd 9-ik napján megvizsgáltuk, de minikét alkalommal negatív eredménnyel. A vulvavuladékból a Közegészségtani Intézetben Clauberg telluros táptalajon typosus diphtheria tenyésztett ki, amely tengerimalacra is toxikusnak bizonyult.

Az immunsavó gyors hatása volt: 40.3 fokról 36 óra alatt leesett a láz 37.2-re, a beteg szemmel láthatólag jobban érezte magát, de relativ bradycardiája megmaradt. A 4. napon hasa- és combja bőrén halvány roseolák jelentek meg, a közegészségtani lelet szerint a serum 400-as hígításig agglutinálta a typhus baktériumokat, a vértenyésztés negatív volt, az 5-ik napon küldött székletből typhus baktérium tenyésztett ki. Bár a fekély az immunsavó beadásától számított 3-ik naptól kezdve megkisebbedett és a váladékképzés megcsökkent, az újra növekedő láz miatt újabb 20.000 *E. antitox. savót* adtunk izomba.

A következő napokban a fekély fokozatos gyógyulásával párhuzamosan mind jobban kibontakozott a typhus abdominalis képe, amit szépen mutatott a Widal-titerének emelkedése: a 11-ik napon 800-ig, a 16-ik napon 3200-ig pozitív az agglutinatio. A fehérvérsejtszám leesett 5200-ra és az előző balratolódáshoz képest kifejezésre jutott a relativ lymphocytosis 44% lymphocytával, aneosinophiliával. Trypaflavint és deseptylt adtunk pár napon át és minthogy a láz 8 napon át 38 C° fölé nem emelkedett, reménykedtünk, hogy a typhus enyhe lefolyású és aránylag rövid lesz. A 21-ik naptól kezdve azonban váratlan hevességgel fellángolt a láz, septikus karaktert öltött és a 26-ik napon igen heves fájdalommal járó toxikus neuritis jelentkezett a *b. o. nervus ischiadicusban*, typosus nyomásérzékenységgel, pozitív Lasegue-tünettel, csökkent Achilles-inreflexszel. Eleinte salicyl injectiókkal, majd később betaxinnal sikerült nagy nehezen az ischiast gyógyítanunk. Időközben fokozatosan fejlődő tachycardia váltotta fel a bradycardiát és a betegség 34. napján váratlanul újabb súlyos szövődmény támadt: *lobaris pneumonia a b. alsó tüdőlebenyben*. Az állapot oly válságosnak látszott, hogy rögtönös hatás elérése céljából immunsavó adása mellett döntöttem. A 31 nappal ezelőtt adott di.-immunsavóra tekintettel, hogy esetleges serumshokot kivédjünk, 0.3—0.6, majd 1.0 ccm óránként adott savóval gyors ellenanyagkimerítést végeztünk és csak azután adtunk 20 ccm. polyvalens pneumococcus-serumot i. m. A beadás után 4 nappal a pneumonia gyógyultnak látszott és ekkor új meglepetés ért: a 36. napon a jobb inguinalis hajlatban láztól és leukocytosistól kísért *lymphadenitis* jelentkezett, mely csak nehezen, 16 nap után gyógyult párákötés és elektly hatására.

A 43. napon a sok küzködés csaknem hiábavalónak bizonyult: súlyos *collapsus* állott be, 1/2 percig tartó apnoéval, nagyfokú szederjességgel és betegünk csak nagytömegű peripheriás és centralis izgatószerrel volt, 10 percess vívódás után magához téríthető. Ez utolsó kellemetlen szövődmény után megindult a gyógyulás folyamata és kb. az 56., 60. naptól kezdve gyógyultnak mondhattuk betegünket.

Mint érdekességet említtem meg, hogy a 35. napon felvett ekg-görbén jóformán semmi kóros nem látszott, feltűnő jelenség csak a 140-es sinustachycardia és az S—T₁ segmentum kisebb süllyedtsége volt.

Járványtanilag semmi positivumot sem sikerült kideríteni. A tisztifőorvosi hivatal epidemiologiai lapja szerint a typhusos fertőzés forrása ismeretlen, ugyancsak ismeretlen maradt a di.-ás fertőzés forrása is. Szerencsére sem diphtheriás sem typhusos tartós baktérium-ürítés nem maradt vissza.

Az irodalomban számos vulvadiphtheria ismertetést találtam, melyeknek, érthetően legnagyobb része a gyermekkorból való, hiszen ismeretes, hogy a 15. életév után a diphtheria morbiditása erősen csökken. Szirmainak és Kissnek 1920—30 között a pesti gyermekklinikán készített statisztikája szerint 1551 diphtheria közül 11, azaz

0.7% volt vulvadiphtheria. Tehát már gyermekkorban is kétségtelenül a ritkább elváltozások közé tartozik. Fel-nőtt korban *Novák* szerint még ritkább. A fertőzés rendszerint contact fertőzés, a gyermekre rendszerint az anya, avagy a közvetlen környezetben lévő bacillus-gazda lehet a kiindulás forrása, de leggyakrabban a garatdiphtheriához csatlakozik. Enélkül igen ritka. *v. Krehninger—Guggenberger* tejelő tehének hüvelyéből tudott toxikus diphtheriabacillusokat kitenyésztteni olyan esetekben, melyekben ezen tehének tejének ivása halálos diphtheriás fertőzésre vezetett. *Conradi* és *Bierast* a vesén kiválasztásra kerülő di.-bacillustól láttak orificium urethrae diphtheriát. *Szarka Vilma* leányok vulva-secretumában tudott diphtheriát kimutatni és ennek járványok elindításában jelentőséget tulajdonít. A külföldi irodalom jelentős része az elsősleges vulva diphtheriát a nagy ritkaságok közé sorozza. *Smorodinzeff* orosz szerzőnek van 1932-ből nagyobb anyaga összegyűjtve, melyben e kórképnek jellegzetes leírását is adja (6 saját észlelése és 34 esete a világirodalomból.) *Bókay*, épen a fentemlített 11 pesti észlelésre hivatkozva, amelyből 10 primaer elváltozás volt, a kórképet elsőslegesnek tartja. Esetünk is primaer volt, sem a vizsgálat, de még a tenyésztés sem mutatott torokdiphtheriát.

A diphtheria és a typhus abdominalis társulása, csakúgy, mint más fertőző betegségek együttes előfordulása elvéve megfigyelésre kerül. *Felnőttkori primaer vulvadiphtheria és typhus abdominalis együttes előfordulására vonatkozó adatot egyet sem találtam a rendelkezésemre álló irodalomban.* A ritkaságot nem tekintve még csak a korai diagnosis fontosságára szeretném felhívni a figyelmet: az idejében adott serum az esetek nagy részében a diphtheriát nyomban meggyógyítja. Azt hiszem, esetünkben is — pláne a későbbi szövődményeket tekintetbe véve — a beteg sorsa az első napokban dőlt el.

A székesfővárosi Szent László Kórház közleménye. (Osztályvezető főorvos: Kalocsay Kálmán e. m. tanár.)

C-vitamin szükséglet hastyphusban.

Irta: Telegdi István dr.

Az avitaminosisoknak és a vitaminok természetének tüzetesebb vizsgálata folyamán a hypovitaminosisok egész sora vált ismeretessé. Ezek nem járnak az illető vitamin hiányára jellemző tünetekkel s csak a szervezet ellenállóképességének csökkenését s bizonyos betegségek iránti fokozott hajlamosságát idézik elő. Kiderült, hogy sok betegséget kísér többé-kevésbé egy, vagy több vitamin részleges hiánya.

Megkülönböztethetünk abszolút és relativ hypovitaminosisot. Előbbin azt értjük, hogy a szervezet kevés vitamint kap akár azért, mert a táplálékban kevés a vitamin (vitaminszegény étrend, évszak, szegényes táplálkozás) akár azért, mert az elegendő mennyiségben fogyasztott táplálékvitamint nem tudja a szervezet hasznosítani. Így gyomor, bél, vagy májzavarok esetén rossz a vitamin felszívódása, anacid gyomorban a C-vitamin elbomlik: az alkalikus gyomornedvben gyorsan oxidálódik. Baktériumok is elbonthatják a C-vitamint felszívódás előtt.

A relativ hypovitaminosis viszont abban áll, hogy egyes betegségekben a vitaminszükséglet megnő s így a rendes viszonyok között elegendő vitaminnemesség elégtelenné válik. Így lázas betegségben jelentékenyen fokozódik a C-vitaminszükséglet. Noorden már a vitaminok ismerete előtt figyelmeztetett arra, hogy lázas

betegnek sok gyümölcsöt kell adni. A telítési vizsgálatok pedig nyilvánvalóan mutatják a vitaminszükséglet növekedését: láz alatt igen nehéz a szervezetet C-vitaminnal telíteni. A vitamin deficit, *Armentano* vizsgálata szerint, arányos a fertőzés súlyosságával és a láz tartamával.

Kétségtelen, hogy a hypovitaminosisok valamennyi fentebb ismertetett feltétele teljes mértékben megvan hastifuszban: az étrend csaknem vitaminmentes, a láz nagy, a legkifejezettebb elváltozások a bélben vannak, a lefolyás hosszú, vagyis mind az abszolút mind a relatív hypovitaminosis fennáll s a vitamin szükséglet igen jelentékeny fokozódását tehetjük fel.

Ezen az alapon számosan megkísérelték a hastyphust ascorbinsavval kedvezően befolyásolni. A szerzők általában kedvező eredményeket közölnek: rövidebbnek látták a betegség tartamát, ritkábbnak a vérzést és az egyéb szövödményt, csökkenőnek a lázat. Mások szerint a lázra és a betegség tartamára a ascorbinsavnak nincs ugyan hatása, de a toxikus tüneteket enyhíti s az ellenállóképességet javítja. Osztályunkról *Farkas* számolt be jó eredményekről.

E tapasztalatok nyomán az ascorbinsavat osztályunkon a súlyos typhus-esetekben rendszeresen adtuk. Felmerült azonban a kérdés, mennyit és hogyan? Vagyis mekkora adagot adjunk ahhoz, hogy a vitaminszükségletet kielégítsük, de pazarlásba ne essünk, s ezt az adagot szájon- vagy éren át vigyük-e be?

Ebből a célból vizsgáltuk, hogy mennyi az ú. n. depotdeficit, vagyis mennyi ascorbinsavat kell adnunk ahhoz, hogy a hiányt teljesen kiegyenlítsük s a szervezetet telítsük, másrészt igyekeztünk meghatározni a napi szükségletet, vagyis azt a napi ascorbinsav mennyiséget, amely a telítettség állandó fenntartásához szükséges.

Ilyen mennyiségi vizsgálatokat hastyphusban, a rendelkezésre álló irodalom szerint eddig csak *Marhoff* végzett. Enyhe esetekben depotdeficitet nem talált, súlyos eseteiben viszont jelentékeny hiányt mutatott ki, 300—2000 mg. között. Hogy azonban ezt a telítettséget milyen napi adaggal lehet állandóan fenntartani, arra vonatkozólag az irodalomban adatot találmom nem sikerült. *Marhoff* véleménye szerint napi 300 mg. parenterálisan nem elegendő a napi szükséglet ellátására.

Először per os adtuk az ascorbinsavat, napi 1000 mg. mennyiségben. Így azonban, abban a hat esetben, melyben a vizsgálatokat végeztük, egyszer sem tudtunk telítettséget elérni. A C-vitamin a vizeletben 12—14 nap múlva sem jelent meg. Ez nagyrészt a rossz felszívódási viszonyokban, a bélben lévő baktériumok vitaminbontó hatásában leli magyarázatát.

A per os adott C-vitamin hiábavalósága mellett szól az is, hogy — amint *Marhoff* rámutatott, — az intravenás C typhusban reticulocytakrizist okoz, míg per os, nem. Ezért a per os módszerről csakhamar az intravenásan tértünk át; porampullás *Certa*-féle ascorbinsavat és *certascorbint* (ampullázott C-vitaminoldat) használtunk.

Egyes szerzők (mint *Baumann*) szerint intravenásan nem lenne szabad adni többet, mint napi 200—300 mg. ascorbinsavat telítési vizsgálat céljaira, mert a vese a C egyrészt ilyenkor kiválasztja, mielőtt az a szövetekbe kerülne és így ez a rész elvész, bár a szervezetnek még hiánya van. Ezekkel az adagokkal azonban legtöbbször semmi eredményt nem értünk el s később kitűnt, hogy vannak esetek, ahol a napi szükséglet fedezésére sem elegendők. Ezért azután az adagokat fokozatosan növeltük 1000 mg-ig. Észleleteink szerint, a szervezet addig, amíg valóban hiánya van, igen

nagy mennyiségeket vissza tud tartani. A telítettségre abból következtettünk, ha az ürítés hirtelen s meredeken fokozódott és ha a beteg 12 órán túl is ürített C-t. Ez a két jelenség rendszerint körülbelül egyszerre következett be.

Nagy C adag állatkísérletben vérnyomáscsökkenőnek mutatkozott. *Marhoff* egy betegben 600 mg. után (i. v.) fejfájást, borzongást, collapsust észlelt, de a következő nap a beteg ugyanezt az adagot már jól tűrte. Mi is többször láttunk borzongást, hidegrázást a befecskendezés után. Egy esetünkben el kellett hagynunk a szert, mert a 15-ik inj. naptól kezdve minden alkalommal hidegrázással, 41 C°-ig terjedő lázzal, collapsussal reagált a beteg az oltásra (13-ik eset.)

Colecystitis, cystopyelitis, pyuria esetén látszólag nem lehet a szervezetet telíteni, mert a coli elbontja a C-vitamint (*Armentano*). — A mi cystitis-esetünkben (14-ik beteg) a vizelet neg. bakt. lelete mellett a beteg ascorbinsavszükséglete napi 100 mg-ról 500 mg-ra növekedett.

Sorozatos thrombocytaszámolást is végeztünk minden esetben. 2 esetben csökkent a kezelés alatt a vérelemezkek száma, ezek voltak az enterorrhagiás betegek (9., 14. eset). A többiekben a kezdeti 180—400.000 megszorodott 450—600.000-re.

Eljárásunk: *Rotter* a telítettség élőben való vizsgálatára n/400 dichlorphenol-indophenol intracutan injektíváját ajánlja s evvel 2 mm. átmérőjű papulák készítését: a telítettség fokára a bőrbe juttatott festék elszíntelenedési idejéből lehet következtetni. Ez az eljárás vizsgálatainkhoz nem látszott elég érzékenynek. Ezért a telítettséget — mint már említettem — a kiürítés alapján határoztuk meg. A vizeletben történő kimutatás a C redukáló hatásán alapszik: a vizelet redukáló anyagai közül legerősebben reagál a C, s reagáló hatását savanyú közegben is megtartja; 2—3 pH. mellett mindaz, ami redukál, C-nek vehető.

Leggyakrabban használt eljárás a mennyiségi kimutatásra a *Tillmanns*-féle; ez a dichlorphenol-indophenol leuko vegyületté történő redukálásán alapszik. Ennek az eljárásnak a *Fischer-Berend* által módosított formáját alkalmaztuk. Az első titrálást a befecskendezés után 4 órával végeztük az akkor ürített vizeletben: ez alatt praktikusán kiürül, amit a szervezet nem köt meg (*Baumann*). Majd a 24 óra hátralevő részén ürülő vizeletet kénsavval savanyítva, összegyűjtöttük s megtráztuk.

Az adagolási módszer tekintetében *Wiedenbauer* eljárását követtük. Először meghatároztuk a vak értéket, azaz a C adagolás nélkül ürített redukáló anyagok mennyiségét. Majd nagy adagban adtunk ascorbinsavat naponta mindaddig, amíg az ürítési görbe meredeker felugrott s az ürítés 12 órán túl is folytatódott. Az ehhez szükséges C-mennyiséget (levonva belőle a később megállapított napi mennyiséget, illetve szükségletet) vettük telítési adagnak. Ezután csak annyit adtunk, hogy a kiürített C mennyisége meghaladja valamivel a vak értéket. Ez ehhez szükséges anyag adja a napi szükségletet.

A vak értéket *Wiedenbauer* nem tekinti ascorbinsavnak megsavanyított vizeletben sem. Álláspontját mindenesetre támogatja az a körülmény, hogy a legvitaminhiányosabb esetben is, amikor a telítés egyáltalán nem sikerült, vak értéket mindig ki tudtunk mutatni.

14 esetben végeztük ezeket a vizsgálatokat. Főleg a súlyos esetek érdekelték bennünket (10 eset), de a teljesség kedvéért 4 enyhe esetet is vizsgáltunk.

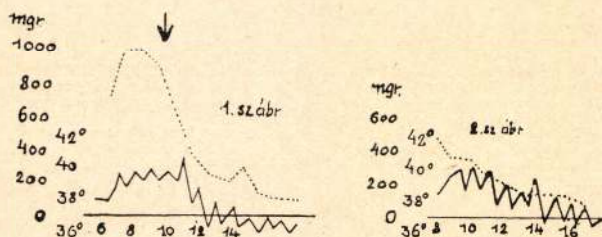
Enyhe esetek:

1. H. K. 17 éves. A 7-ik lázas naptól kapott 1000 mg. ascorbinsavat i. v., naponta. 4 nap alatt telítődött C-vel ↑) 2000 mg. hiány. — Ezután a beadott mennyiség nagyrészt kiürítette s visszatartott napi 300—100 mg-t. Ezt a nagy deficitet (tekintve az enyhe s csak 5 napos ty.-t) bizonyára a megbetegedés előtti erősen hiányos és célszerűtlen táplálkozás s az ugyanakkor végzett erős mezei-munka magyarázza.

2. H. F. 29 éves. Depotdeficit ∅, napi szükséglet 300—100 mg.

3. S. K. 24 éves. Hiány ∅, felhasználás 200—50 mg.

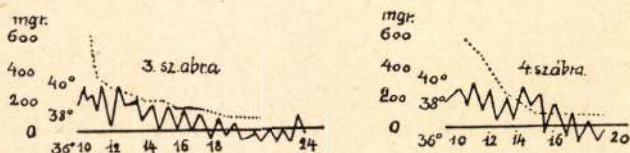
4. F. E. 30 éves. Hiány ∅, szükséglet 100—30 mg.



Súlyos esetek

5. T. I. 21 éves. Hiány ∅. Míg a beteg laza 40°C körül van, kb. 500 mg-ot tart vissza naponta, a láz csökkenésével fokozatosan kevesebbet, a reconvalescentiában 100 mg. körül.

6. H. M. 16 éves. 4000 mg. hiány. Ezt pótolva, 50—100 mg. a szükséglet. 10 nap után a láz csekély növekedésével 200—300 mg-ra fokozódik, majd a láztalan szakban 100 mg-ra csökken.



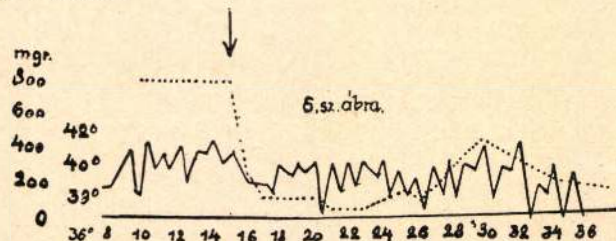
7. K. I. 25 éves. 2000 mg. hiány, változó napi szükséglet 100—600 mg. között, de valamennyire követni látszik a lázat. Részben magyarázhatja ezt az ingadozást, hogy a vizelet gyűjtése nem sikerült mindig teljesen. Kb. 300 mg. napi visszatartás.

8. N. B. 19 éves. 1800 mg. telítettségi hiány, 400 mg. napi felhasználás.

9. V. Z. 28 éves. 2500 mg. hiány. 500 mg-ot tart vissza naponta. A betegség 8-ik napján (felvételtkor) 208.000 thrombocyta, a 30-ik napig ez fokozatosan süllyedt 90.000-ig, aznap 400 ccm. bélvérzés.

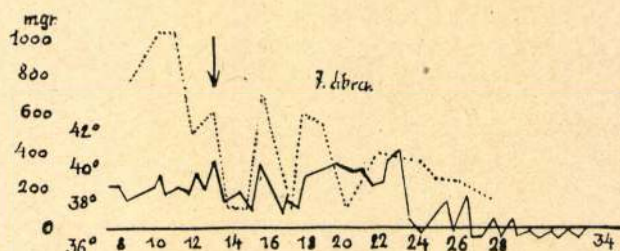


10. H. I. 27 éves. A 16-ik napon infiltratio glutealis, 20-ikon abscessus glutealis, 26-ikon próba-laparotomia, a 31-iken exitus lethalis. Dg.: abscessus glutealis, sepsis, typhus abd. san. A beteg 25 nap alatt 25.000 mg. ascorbint kapott. A beadott mennyiség elenyésző részét ürítette csak ki, a deficit és napi szükséglet ellátása tehát ez a nagy mennyiség sem volt elegendő. — A betegség 6-ik napján 180.000 vérelemzke, mely fokozatosan szaporodik és a 26-ik napon 550.000.

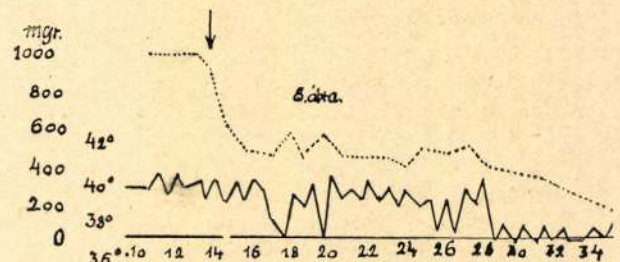


11. A. E. 17 éves. 16-ik napon infiltratio antibrachii, a 23-ik napon phlegmone antibrachii, incisio, 35-iken exitus lethalis. Dg.: sepsis, typhus abd. san. Az előbbi esethez hasonlóan 26 napi C adagolással nem sikerült jelentősebb

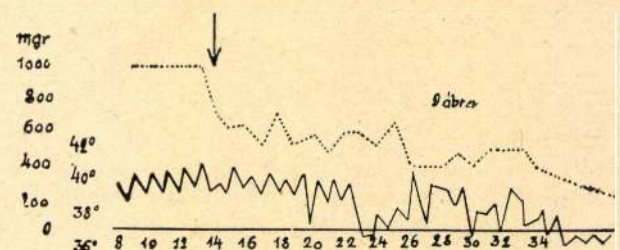
ürítést elérni. A thrombocytaszám a kezelés alatt 210.000-ről 400.000-re nőtt.



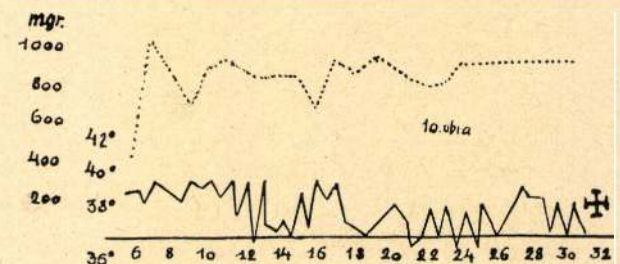
12. B. T. 27 éves. 400 mg. hiány. A napi szükséglet 600 mg. körül, mely a láz csökkenésekor változatlan marad. 22—35. között hydradenitis r. axill. utr. 23—32. nap carbunculus colli.



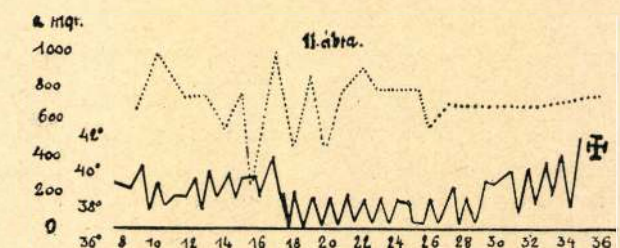
13. H. Z. 18 éves. 1600 mg. hiány, 600 mg. napi felhasználás. 15—22. napon bronchitis diffusa, 18—25. nap otitis med. supp. ac. id. A 22-ik naptól kezdve a befekcendés után 45—60 perces hidegrázás, 41°C láz, az injectiókat elhagyjuk.



14. T. Z. 23 éves. 300 mg. hiány, felhasználás az első 10 napon 600 mg. körül, következő héten ez 100 mg-ra süllyed. 30—38. napon cystitis vesicae urinariae és bár a láz nem emelkedik, a C visszatartás napi 500 mg-ra nő. Vizelet bact. vizsgálat negatív. 10-ik napon 250.000 thrombocyta, 20-ik napra ez lesüllyed 150.000-re, következő napon 100 ccm. bélvérzés.

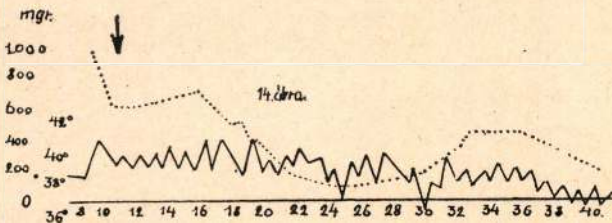
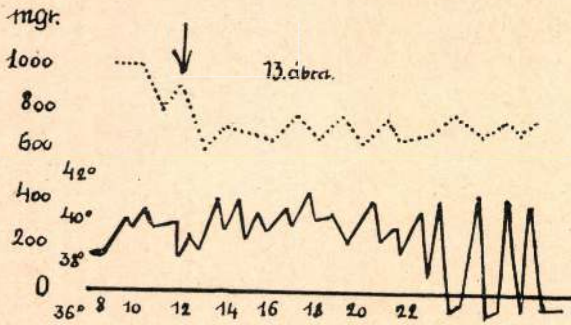
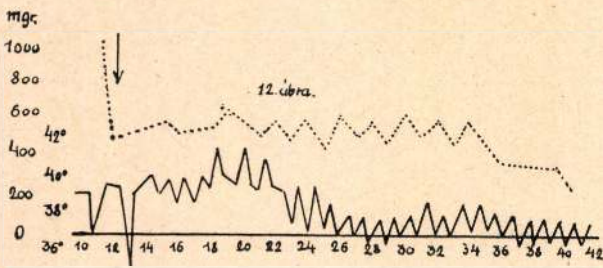


A kezelés folyamán a toxikus tünetek tetemesen csökkentek és az általános ellenállóképeség nagyfokban javult. A láz és a betegség tartama nem változott.



Vizsgálataink eredménye szerint a C-vitaminszükséglet kifejezetten összefügg a betegség súlyosságával. Súlyosabb betegeken nagyobb a depot-deficit és sokkal

nagyobb a napi szükséglet is. Minden szövödmény növeli a szükségletet, kiújulások esetén a szükséglet görbéje meglepően követi a lázgörbe esését.



Enyhe esetben depot-deficit nincs, vagy csak mint a betegségtől független hypovitaminosis eredménye fogható fel (1. esetben 2000 mg.). Napi szükséglet 50—150 mg. Súlyos esetben a hiány (300—) 1800—4000 mg. (Egy esetben nem volt hiány.) Napi felhasználás (100—) 300—500 mg., szövödmény esetén 600 mg. körül. Két igen súlyos, halállal végződő esetben nem sikerült telítést elérni tartós adagolással sem.

Összefoglalás: Typhusosok C-vitamin hiánya enyhe esetben 0, súlyos esetben 1800—4000 mg. Napi szükséglet 50—150, illetve 300—500 mg., szövödmény esetén 600 mg. körül. Két igen súlyos, halállal végződő esetben nem sikerült a deficit pótlása 25.000 mg. ascorbinsavval sem. A kezelés folyamán a mérgező tünetek tetemesen csökkentek és az általános ellenállóképesség nagyfokban javult. A thrombocytaszám 2 eset kivételével növekedett.

Tolnavármegye Horthy Miklós-kórháza (Szekszárd) szülő- és nőbeteg osztályának közleménye. (Vezető főorvos: Tóth Sándor egyet. m. tanár.)

Rákproblémák a vidéki gyakorlat szempontjából.*

Írta: Tóth Sándor dr. egyetemi magántanár.

Nőorvosi ténykedésünknek vannak területei, melyeken minden jóígyekezettünk és erőfeszítésünk dacára sem tudunk olyan eredményeket elérni, mint amilyeneket szeretnénk. Hasznos ezért, ha ezeket a területeket időnként megvizsgáljuk és számot adunk elsősorban magunknak, hogy mi az oka az eredmények hiányos voltának s mi módon lehetne rajtuk javítani.

*) A Magyar Nőorvosok Társaságának 1938. december 16—17-iki nagygyűlésén tartott előadás.

Ez a szempont irányított, amikor önálló működésem első 5 esztendejének rákos anyagát megvizsgáltam. Amikor az eredményekről itt röviden beszámolok, tudatában vagyok annak, hogy vizsgálódásaim nem lehetnek teljesekek, hiszen az esetek aránylag kis száma mellett hiányzik eddigi anyagomban a szokásos 5 éves ellenőrzés lehetősége is. Így a tanulságok inkább számomra jelentősek, mint a közre nézve. Mégis van egy néhány szempont, amelyek — különösen vidéken — az enyémhez hasonló viszonyok között működő kartársakat éppen úgy érdekelhetnek, mint engem magamat. Ezért az anyag rövid ismertetése folyamán inkább ezekre a szempontokra leszek tekintettel.

Osztályomon az 1933—37-ig terjedő 5 éves időközben 3450 nőbeteg között 148 rákos eset fordult elő (4.3%). (Lásd I. táblázatot.)

I. TÁBLÁZAT.

Év:	1933	1934	1935	1936	1937	Össz.:
Nőgyógyászati beteg:	489	673	774	757	757	3450
Rákos beteg:	33	32	28	25	30	148
	(64)	(62)	(67)	(50)	(61)	(304)
%	6.75	4.76	3.62	3.2	3.98	4.3

(A zárjelben lévő számok az évenkénti összesen, tehát ismételt is, jelentkezett rákos betegek számát jelentik.)

Ebből méhrák volt 124, egyéb 24. Méhrákos anyagunknak a kezelés szempontjából történő megoszlását a II. sz. táblázat tünteti fel.

II. TÁBLÁZAT.

Év:	1933	1934	1935	1936	1937	Összesen:
Műtét	7	5	8	9	9	37 (29.8%)
Röntgen	12	6	4	4	10	36 (29%)
Excochl. + Röntgen	9	12	10	5	5	41 (33%)
Tüneti kezelés	1	3	2	1	3	10 (8.1%)

Kitűnik ebből, hogy műtétileg kezeltük az esetek 29.8 százalékát, előzetes kikanalizással, vagy anélkül röntgeneztük az esetek 62%-át és csak tüneti kezelésben részesült 8.1%. Feltűnő tehát, hogy anyagunkban az operálhatóság nem érte el az esetek egyharmadát, majd tízedrésze pedig olyan reménytelen állapotba került hozzánk, hogy már a sugaras kezeléstől sem volt mit várnunk s ezért csupán tüneti kezelésre szorítkoztunk.

Körülbelül ugyanez az operálhatóság aránya egyéb eredetű rákos eseteinkben is, amennyiben 22 beteg közül műtétileg kezelhettünk 7-et, tehát nem egészen egyharmadát az eseteknek. 2 betegen kiújuló rák volt. (L. III. táblázatot.)

III. TÁBLÁZAT.

Egyéb cc.:	24		
Cc. recid.:	2		Cc. recti: 2 Rtg.
		(1 műtét)	
Cc. vulvae:	5	(3 Rtg.)	Cc. int. sigm.: 1 Rtg.
		(1 tüneti)	
		(5 rad. műtét)	Ca. vesicae: 2 Rtg.
Cc. ovarii:	11	(5 pall. műt. Rtg.)	Cc. + myoma.
		(1 Rtg.)	c. deg. sarc.: 1 rad. műt.

Operált méhrákos eseteink jellemzésére még két adatot kell megemlítenem. Először, hogy a műtétileg kezelt 25 cervix cc. közül első fokban operálható volt 9, másodfokban operálható 16. Vagyis az utóbbiaknál, tehát az esetek kb. kétharmadában, már a méhkörüli kötőszövetben is volt tapintással kimutatható kisebb-nagyobb beszűrődés.

A másik adat pedig az, hogy a műtéttel orvosolt 37 rákos beteg közül 19-ben, vagyis az esetek 52%-ában a méh függelékein gyulladással szövödményt is észleltünk.

A műtét milyenségét illetően megjegyzem, hogy ahol csak lehetett, a hüvelyi módszert választottuk, mégpedig az esetek többségében a Schauta-féle kiterjesztett műtétet; hasi műtéttel csak két esetben végeztük a méhkiirtást.

Melléksérülés 3 esetben fordult elő. Egy ezek közül a műtét közben történt hólyagsértés volt, egy másik esetben a beszűrődött falú hólyag, egy harmadikban pedig a végbél másodlagosan kopott át.

A 37 operált beteg közül meggyógyult 31, meghalt 6. Ezek közül septikus halál volt 2, ileus 1, myodegeneratio 1, embolia 1, egy esetben pedig utóvérzés miatt hasmetszés

vált szükségessé a hüvelyi méhkiirtás után s a beteg ennek következtében halt meg.

Ezek természetesen elsőleges eredmények, a tartós gyógyulás szempontjából eseteink még nem bírálhatók el.

Nem operálható betegeinket csak röntgenkezelésben részesítettük. Ezek közül, ha végleges gyógyulást nem is, az esetek egy részében a tünetek enyhülését és a beteg állapotának javulását figyelhetjük meg.

Rákos anyagunknak azokat a tanulságait, amelyekből már az eddigiek alapján is bizonyos következtetéseket lehet levonni, a következő adatok jellemzik tehát:

1. Mind a méh-, mind egyéb eredetű rákos eseteknek nem egészen egyharmada volt műtéttel kezelhető.

2. Az operálható méhrákos betegeknek is csupán kb. egyharmada került hozzánk olyan állapotban, hogy a műtét még aránylag kedvező feltételek mellett volt elvégezhető s a műtét esélyeit még az is rontotta, hogy az esetek több mint felében gyulladáshoz szövődmények is voltak.

3. Mindezek következtében az elsőleges gyógyulási eredmények is kedvezőtlenek s bár erre anyagunk eddigi adatai biztos támpontot nem szolgáltatnak, fel kell tennünk, hogy a végleges gyógyulás szempontjából is kedvezőtlenek lesznek az eredmények, mert sok volt az operált betegek között is az olyan, akit már a tovaterjedés kétségtelen tüneteivel vettünk műtéti kezelésbe.

Mai tudásunk szerint legeredményesebb a rák ellen való küzdelmünk akkor, ha a rákos szervet minél korábban eltávolítjuk, s utána, vagy esetleg már előzetesen is a beteget sugaras kezelésben részesítjük. A sugaras kezelés pedig különösen az előrehaladottabb és műtét végzésére már nem alkalmas esetekben akkor a leghatásosabb, ha a röntgen- és rádiumbesugárzást kombináljuk.

Ezek alapján a fentiekből az következtethető, hogy

1. az eredmények javítása elsősorban a kórisme korai felállításától várható, mert ez teszi lehetővé, hogy minél több betegen végezhesünk gyökeres műtétet;

2. mivel az esetek többsége ma még sajnos olyan állapotban kerül hozzánk, amikor már csak a sugaras kezelés végezhető, fel kell készülnünk, hogy a kezelésnek ezt a módját is minél hatásosabban alkalmazzassuk.

Ami az első pontot illeti, a korai diagnosis két tényezőtől függ. Egyrészt a betegről, aki tünetek hiányában sajnos sokszor csak későn fordul orvoshoz, másrészt az orvostól, aki a kezdődő folyamatot nem mindig ismeri fel kellő időben.

Itt kerülnek előtérbe a vidéki gyakorlat szempontjai, mint azt már fentebb is említettem. Mert az, hogy valaki mikor fordul rákos tüneteivel orvoshoz, értelmiségétől, társadalmi állásától és az egészségi állapottól való törődéstől vagy közömböségtől is függ. Különösen a nagy falusi tömegek, akiknek az orvos ma még pénzbe is kerül, hajlamosak arra, hogy bajjukkal csak akkor forduljanak orvoshoz, ha az már nagyon kellemetlenné vált, vagy munkájukban akadályozza őket. Ezért találkozzunk annyiszor hónapok, vagy akár évek óta tartó vérzéssel, folyással küzdő asszonyokkal, akiket orvos soha nem látott. Okvetlenül szükséges tehát, hogy ezeket a tömegeket a mostanában szokásos egészségvédelmi előadások keretében a rákveszedelemtől is kellőképpen felvilágosítsuk. Ha ennek folytán itt-ott egy-egy aggodalmaskodóban a ráktól való félelem ok nélkül föltámad, kevésbé vérszedelmes, mint ha valóban betegek hanyagolják el az állapotukat olyan mértékben, hogy lehetetlen már rajtuk segíteni.

Az orvosok szerepével nem akarok itt részletesebben foglalkozni. Mindnyájunk előtt világos a kérdés fontossága. De körorvosokkal való gyakori érintkezés tapasztalatai alapján nem mulaszthatom el hangsúlyozni a gyakorlati kiképzés fontosságát, mert nem egyszer kaptam vidéki kartársaktól beteget rossz diagnosissal, amikor már operálni sem lehetett a carcinómát. Nem tartom nagy hibának, ha vérzéshoz panaszok esetén a gyakorló orvos nem gondol a petefészkek működési zavarainak minden lehetőségére, de végzetes tévedés származhatik abból, ha nem gondol rákra. Különösen fontos kérdés ez ma, amikor a körorvos úgyszólván van terhelve mindenféle olyan tenivalóval, ami alkalmas arra, hogy a valódi orvosi teendőkről elvonja a figyelmét.

Amit a rákkal folytatott küzdelmünk eredményesebbé tétele érdekében még tehetünk, az az, hogy a műtét tekintetében már túlságosan előrehaladott esetek kezelésére a mostaninál jobban felkészülünk. A *rádiumra gondolok*. Eddig ugyanis vidéki intézetekben ezeknek a betegeknek a kezelésére csak a röntgenbesugárzás állott rendelkezésünkre. Tudomásom szerint vidéki kórház rádiummal felszerelve még nincs Magyarországon. Sőt tudom, hogy pl. a pécsi egyetem is csak az újabb időben jutott rádiumhoz. Az a körülmény pedig, hogy a fővárosban több intézetben is áll rendelkezésre rádium, vidéki szegény betegek kezelése szempontjából alig jelent valamit. Tapasztalatom szerint ugyanis kivételként megy az olyan rákos beteg, akit sikerül rádiumozás céljából Budapestre küldeni, mert még ha vállalják is az ottani intézetek szegénységi bizonyítvány alapján ingyenesen a kezelést, hiányzik a betegnek a felutazáshoz szükséges költsége. Ezért kívánatos volna, ha a beteg a lakóhelyéhez legközelebb eső és így kevesebb költséggel, teljes vagyontalanság esetén szállítási levéllel elérhető egészségügyi központban megkaphatná mindazt, amire neki szüksége van.

Mindenképpen indokolt volna tehát a nagyobb vidéki közkórházaknak megfelelő mennyiségű rádiummal ellátása. Ha ugyanis pl. a szekszárdi viszonyokat vesszük, az ott évenként megforduló 8—9000 beteg között legalább 2—300-ra tehető az újonnan jelentkező rákos betegek száma, nem szólva arról, hogy ezek legnagyobb része évenként 2—3-szor megfordul a kórházban. Tehát azoknak a leszámításával is, akiknek rákja a rádiumnak hozzá nem férhető helyen van, többszázra tehető az olyan esetek száma, amelyekben a rádiumos kezelés indokolt volna.

Különösen fontosnak tartom ezekre a viszonyokra rámutatni most, amikor törvény erejével elrendelt adatgyűjtés folyik országszerte a rákos betegek számának és eloszlásának megállapítására. Remélhetőleg nem fognak megállni ezek a törekvések az adatgyűjtésnél, hanem ezt követni fogják olyan intézkedések, amelyek rákellenes küzdelmünket hatásosabbá is teszik. Hiba volna, ha ezeknek az intézkedéseknek a keretében nem találnának helyet a vidéki gyakorlat igényei.

Bizonyos, hogy ezeknek az igényeknek a kielégítése elsősorban pénzkérdés, de az is bizonyos, hogy ezeknek a milliós költségvetéssel dolgozó intézményeknek ezirányú szükségletét egy évi költségvetésük csekély töredékével ki lehet elégíteni. Másrészt pedig, ha figyelembe vesszük, hogy a magyar közegészségügy mezején vívott csata sorsa a vidéken dől el és elsősorban a nagy falusi tömegeknek jó egészségügyi ellátásán fordul meg, akkor ma, az annyit hangoztatott magyar megújulás idején semmi költség sem lehet drága, amit erre az elsőrendűen fontos célra fordítunk.

A Pázmány Péter tudományegyetem urológiai klinikájának közleménye. (Igazgató: Illyés Géza ny. r. tanár.)

Venodrenin, új, hazai kontrasztanyag az intravénás pyelographiához.

Irta: Rudnai Molnár Jenő dr. klin. orvos.

A veseműködés segítségével kiválasztott röntgenképen árnyékot adó és így a húgyút-rendszert természetes viszonyaiban feltüntető sugárfogóanyag előállítására már régóta foglalkoztatta az urológiát. A számos készítmény azonban részint a mérgezőképesség, részint a kiválasztott anyag töménységének elégtelensége miatt nem váltotta be a hozzáfűzött reményeket. Ilyen irányú kísérletezések már több évvel ezelőtt kezdődtek. A szájon át adott sugárfogó anyagok távolról sem kielégítő eredményeit belátva, az intravenás megoldással először Rowntree és Osborne (1923) foglalkoztak. Tulajdonképeni sikereket azonban Lichtwitz és Swick az 1928-ban Bintz és Raeth által húgyút-fertőtlenítőként forgalomba hozott selectanneutral-lal értek el. Swick később Bintz segítségével e mellé az uroselectant állította (jódpiridin-ecetsavas nátrium), mely 42% jódot tartalmazott, jó kontrasztot adott, a vesékben gyorsan, töményen választódott ki és nem mérgezett. Hasonló tulajdonságokkal bírt az 1930-ban felfedezett abrodil (jódmethan-sulfonsavas Na.). Mindkettőnek hátránya volt a beadásnál gyakran fellépő huzó, görcsös karfájdalom, a ritkábban előforduló collapsus, veseállomány sérülés, thrombosis, necrosis és nem utolsósorban a körülményes kezelhetőség, amit az anyagnak nagyobb (50—100 ccm) mennyiségű vízben oldása és befecskendezése hozott magával.

A következő évek haladást jelentettek a tökéletesedés felé vezető uton. Az ideális sugárfogó anyag létesítése az orvosi vegyi ipar célkitűzései közt kiemelkedő helyet foglal el, de sok nehézségbe ütközik, mert számos követelményeknek kell megfelelni. Ezek az évek során kialakult tapasztalat szerint a következőkben foglalkozhatók össze.

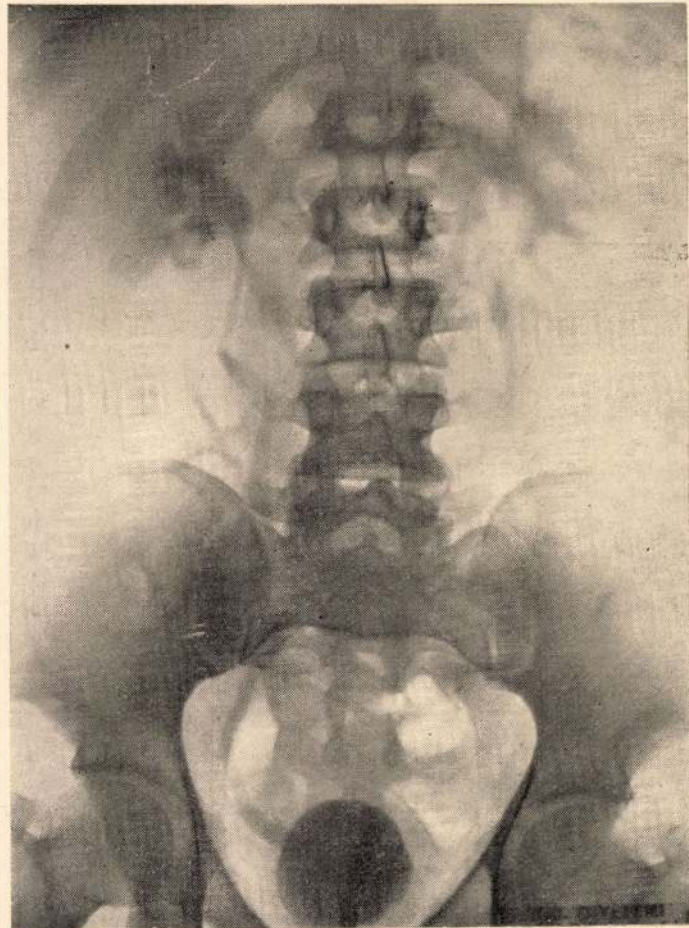
Fontos, hogy a röntgenképen árnyékot adó jódnél nagyobb mennyiségben szerepeljen. A jódot kötő molekula lehetőleg a szervezettel összehangolt legyen, hogy annak megterhelése nélkül gyorsan és változatlanul jusson a vesékbe. A vérben felhígult, célszerűen kevés sugárfogó anyagot a vesék töményen és rövid időn belül válasszák ki, ugyiszintén minél rövidebb idő alatt távozzon az egész beadott mennyiség a szervezetből. A jódnél kötése erős legyen, hogy leválása és így a jodismus veszélye fenn ne foroghasson. Sem a szer beadásánál, sem később kellemetlen érzések, elváltozások vagy mérgezés ne lépjenek fel.

E szempontok messzemenő figyelembe vételével készült egy új, hazai intravénás kontrasztanyag, a venodrenin, (Czukur gyógyszerár) melyet a klinikán számos esetben alkalmaztunk és jelenleg is alkalmazunk. A venodrenin kiindulási anyaga a hippursav, mely ortho állásban tartalmazza a jódot. Fehér, tűszerű kristályokat alkot, melyek vízben oldhatatlanok. Ennek az ortho-jodbenzoesavas-glykokollnak nátrium sója a Venodrenin. Vízben 80%-ban oldódik, oldata állandó, nem fényérzékeny, 4—5 hónapig használható. 20 és 25 ccm-es ampullákban kerül forgalomba, a 20 ccm-es ben 11 g azaz 55%, a 25 ccm-es ampullában 12.5 g azaz 50% o-jodbenzoylglycin nátrium van. Az o-jodbenzoylglycin nátrium, illetve venodrenin jódtartalma 38.8%. A befecskendezések a testhőmérsékletre melegített anyaggal lassan intravénásan történnek. Megkíséreltük a szájon át történő adagolást is, ennél a módnál azonban bizony-

tan a kiválasztás kezdete, hasonlóképpen kérdéses, hogy a felvételhez szükséges töménység a vizeletben mikor lesz jelen.

A venodrenin intenzív árnyékot ad, a vérpályába jutva gyorsan és változatlanul ér el a veséhez, ez első sorban a benzoyl-glycin gyöknek köszönhető, amely a szervezetben változást nem szenved, mivel vele összehangolt (találko erre a „körperegén” kifejezés). A vesékben gyorsan válik ki és igen rövid idő múlva eléri a felvételhez megkívánt töménységet.

Érdekesen világítják meg a venodrenin tulajdonságait a klinikán végzett állatkísérletek. 2.5 kg-os nyulaknak intravénásan adva 5 ill. 6 ccm-t, már 2 perc múlva árnyékot kaptunk a röntgen lemezen. A beadott venodrenin 24—36 órán belül a szervezetet teljes mennyiségben, lényegileg változatlanul elhagyta, szabad jód a vizeletben nem volt kimutatható. Az állatok a szert jól tűrték, mérgezési jelenségek, vagy kimulás egy esetben sem fordultak elő. Ugyanezt tapasztaltuk, ha nyulaknak viszonylagosan sok (10 ccm) sugárfogó anyagot adtunk a vérpályába.



1. M. M. 32 éves férfi, fél év óta dysuriás panaszok, 3 hete terminális haematuria, dereka nem fáj. 10 kgr-ot fogyott. Vizeletben Koch pos. Vérértékek normálisak. Mivel cytoszkópia és functió vizsgálatok a hólyag kis kapacitása, rossz állapota miatt nem végezhető, mindjárt az intravénás pyelographiához fordulunk (20 ccm venodrenin). 10 perces felvétel: Jobb vese a XII D.—III L. között, rendes, benne jó kiválasztás. Ép veseüreg, ureter végig telődött, kissé tágabb. Bal oldalon sem veseárnyék, sem kiválasztás. 30 perces felvételen (lásd 1. kép) változatlan lelet. A vastagfalú hólyag bal alsó negyede kissé egyenetlen szélű.

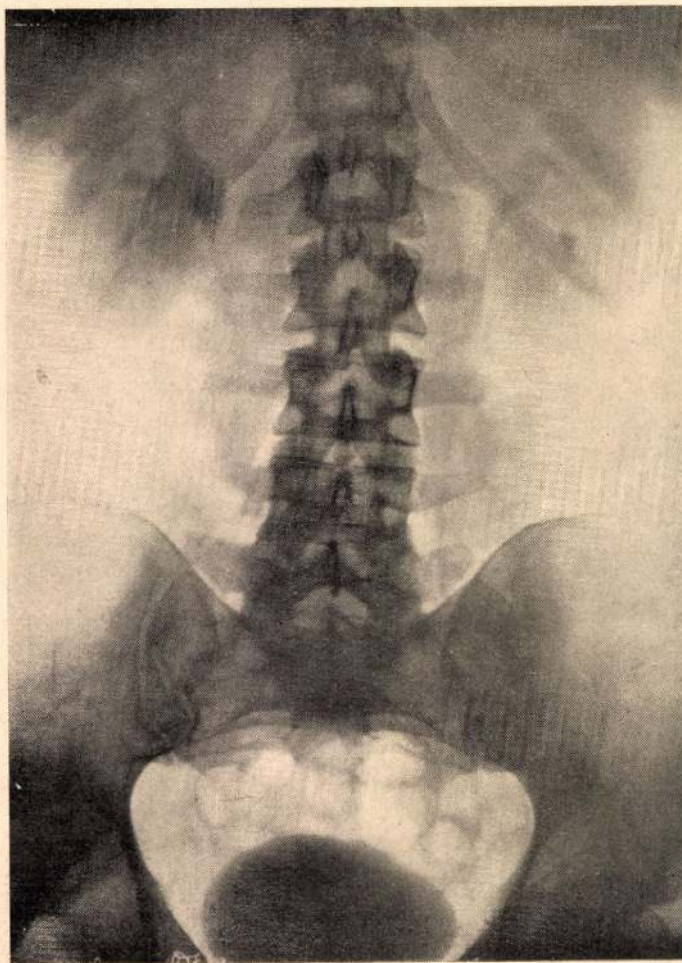
Az intravenás pyelogramm döntő jelentőségű volt a műtéti javallat felállításában és az eltávolított bal tbc-s vese igazolta a röntgenképen látottakat.

A venodrenin kiválasztásának és töményülésének gyorsasága emberen is feltűnő. Az intravenás pyelo-

graphiánál a klinikán szokásos két felvételt már 10 és 30 perccel a beadás után végezhetjük, szemben a más anyagoknál történő 45 perces második felvétellel. Ez a tény időmegtakarítás szempontjából nagyobb forgalmú intézetekben számottevő. A befecskendezésnél fellépő kellemetlenségek igen csekélyek. Némelykor jelentkező húzó, igen ritkán görcsös jellegű fájdalom a véna mentén, az alkarban, vállban — ami magasabb pH-ju oldatok befecskendezésénél szokott előfordulni, — néha melegérzés a beteg panasza. Émelygés, hányinger, hányás csak labilisabb idegzetű egyéneknél fordult elő. Erős vérnyomásesést, collapsust, veseállomány sérülést, haemolysist, thrombosit egy thrombophlebitisen kívül, necrosist, általános mérgezésre valló tüneteket egy ízben sem észleltünk. Egy hat éves gyermekén végzett intravénás pyelographia jó eredmény mellett teljes panaszmentességgel járt. Rosszabb veseműködésű betegeknél — noha a szer kiválasztása elhúzódást szenvedett, — elváltozások nem léptek fel.

A venojodrenint eddig a klinikán 82 esetben alkalmaztuk és pedig 25 betegnél 25 ccm-nyi, 57 alkalommal 20 ccm-nyi mennyiségben. Utóbbi megoldást szivesebben választottuk, mivel az 55% o-jod-benzoylgylicin natrium tartalom a panaszmentesség mellett az árnyék intenzitását jobban biztosította és egyszerűbb kezelhetőséggel járt.

A különböző kórképek során végzett intravénás pyelographiák közül két klinikailag is érdekes esetet mutatunk be.



2. K. O. 43 éves férfi, másfél hó óta többbizben görcsök jobb vesetájon, magas lázak, zavaros, nem véres vizelet. Cystoskoppal jobb ureterszájadék belöveit, belőle genykukac lóg ki. Ureterkatheterrel 14 ccm zavaros, genyes renetio szivható le a pyelumból. Indigó késik. Bal oldalt ép viszonyok. Vértértekek normális határon belül. Intravénás pyelographia (25 ccm venojodrenin). 10 perces felvétel: (1.

2 kép). Normalis situs, jó kiválasztás. Jobb oldalon mérsékeltén tágult veseüreg (a 3 nappal ezelőtt készült eszközös pyelographiánál talált képhez viszonyítva lényegesen kisebb fokú pyelumtágulat). Bal oldalon ép vesemedence. 30 perces felvétel: Lényegében változatlan lelet. Bal ureter végig telődött, rendes. A feltárásnál kiderült, hogy az intravénás pyelogrammon talált képnek megfelelő tágulatot egy az uretert keresztező kis artéria okozta. A műtéti beavatkozásra a beteg gyógyultán távozott.

Rövid összefoglalásképen a következőket mondhatjuk. Az intravénás pyelographiánál használatos sugárfogó anyagok egy új, hazai készítménnyel, a venojodreninnel gazdagodtak, melynek tulajdonságai a már meglévőekkel minden tekintetben felveszik a versenyt. Különös előnyeképpen említhetjük a sikeres összhangolt-ságot a szervezettel és a panasz- és tünetmentességet a beadás és az azt követő idő folyamán. Mindent tekintetbe véve leszögezhetjük, hogy a venojodrenin, mint kifogástalan, megbízható hazai készítmény, a hasonló külföldieket teljes mértékben pótolja.

Gyógymasszázs és mechanoterápia.

† *Dalmady Zoltán dr.* kéziratának átdolgozásával írták: *Benderek István dr. és Külley László dr.*

A gyógymasszázs technikája.

Írta: *Külley László dr.*

Az izületek „kimoztatásáról”.

Mint a masszázis meghatározásánál már hangsúlyoztuk, a masszázis célja a *szervezet valamely csökkent funkciójának helyreállítása*. Kevés olyan eset van azonban, amelynél a funkciónak ez a megjavítása egyedül csak masszázssal elérhető lenne. A mozgásszervek sérüléseinek vagy gyulladásos megbetegedéseinek fellépő mozgási korlátozásokat, izomgyengeségeket, izületi merevségeket sokkal eredményesebben tudjuk gyógyítani, ha a masszázst mellé még különböző aktív és passzív mozgásokat, lazító és erősítő tornagyakorlatokat is végeztünk a beteggel. Fontos szerep jut ezeknek a gyakorlatoknak bénulások kezelésében is, sőt még a hasmasszázs is akkor lesz igazán eredményes, ha utána megfelelő, a hasfal izomzatát erősítő gyakorlatokat végeztünk a beteggel.

A masszázst kísérő és kiegészítő mozgásokat két csoportra osztjuk, *aktív mozgásokra* és *passzív mozgásokra*. Az aktív mozgásokról később lesz szó, itt főleg a passzív mozgattal kell foglalkoznunk. Hangsúlyoznunk kell, hogy *passzív mozgattal* alatt nem az izületnek „erőszakos megmozgatását” értjük. Ha egy betegnél valamely izületnek passzív mozgattal elrendeljük, az nem jelenti azt, hogy a masszázst ezzel azt kívánnánk, hogy minél gyorsabban s az ésszerű lehetőségekre tekintet nélkül, mindjárt az izület anatómiai mozgáshatáráig erőszakolja ki, „passzív” a mozgást. A passzív mozgattal felfogásunk szerint azt jelenti, hogy az első napon csak egészen kis kitérésű mozgattal végezzünk, mégpedig csak a „fájdalom határáig” s ahogy a beteg állapota javul, úgy adjon hozzá, napról-napra mindig nagyobb és nagyobb kitérésű mozgattal. *Mennell* szerint a passzív mozgattal úgy kell lefolyni, hogy a mozgattal alatt a beteg se ne segítsen, se ne akadályozzon bennünket. — Ez csak úgy lesz elérhető, ha a beteget megtanítjuk arra, hogy a mozgattal alatt izomzatát teljesen lazítsa el, hagyja mintegy „beidegzés nélkül”. Ha a teljes ellazítást nem tudjuk elérni, akkor a mozgattal már nem lesz „passzív”, hanem vagy „segített”, vagy „fékezett” mozgattal! Az ellazítás fontosságát már sokszor hangsúlyoztuk, a masszázst

zsál kapcsolatban is, de még fontosabb ez a mozgások kivételénél. Ha egy bemerevedett és fájdalmas ízület a beteg görcsös védekezése és ellenállása mellett mozgatunk meg, csak újabb sérüléseket, fájdalmakat, tehát még nagyobb ellenállást és védekezést, a több fájdalommal csak újabb mozgási akadályt idéztünk elő, s azt érjük el vele, hogy legközelebb a beteg védekezni fog már akkor is, amikor még a fájdalom határáig sem jutottunk el a mozgás alatt, bizalmatlan lesz s nem lesz rábirható, hogy az izomzatát ellazítva adja át magát a kezelésnek.

Hogy a teljes ellazítást elérhessük, úgy kell a beteget elhelyezni, hogy kényelmesen és fájdalom nélkül feküdjön s a masször úgy vegye kézbe a kezelendő végtagot, hogy a beteg azt teljes biztonságban érezze. Jól begyakorolt és biztos fogással kell a végtaghoz nyulni, mert a masszörnek minden bizonytalankodása csak izomvédekezést, fájdalomtól való félelmet vált ki a betegnél. Fontos, hogy az ízületek különböző mozgásait mindig abban a helyzetben végezzük, amelyben az ízületnek a mozgási amplitudója a legnagyobb. Pontosan kell ismernünk az „élő ember” anatómiáját, tudnunk kell, hogy a végtagnak milyen helyzetében a legkönnyebb valamilyen mozgást elvégezni, s melyek ennek a mozgásnak a határai, nehogy túlzásba esve újabb sérüléseket és fájdalmakat okozunk.



12/a ábra.

Ha a ízületnek ezt a *mozgási optimumát* jól ismerjük, sokkal kevesebb fájdalommal, sokkal jobb eredményeket érhetünk el. A mozgási optimum szempontjából az egyes ízületek között szoros összefüggés van. Különösen angol szerzők, elsősorban *Mennell* foglalkozott sokat ezekkel az összefüggésekkel. A kéz ujjainak a *hajlítása* akkor a legkönnyebb, ha a kéztőizület extenzióban van, az ujjak *nyujtása* pedig akkor, ha a kéztőizület teljesen flexióban van. A *kéztőizület* extenziója akkor a legnagyobb, ha az alkar teljes pronációban, a flexiója pedig akkor a legkönnyebb, ha az alkar közben a teljes pronációból a supináció felé halad. A *vállizület* abduktiója a frontális síkban a legnagyobb, rotációja pedig akkor, ha a felkart 45°-ig abdukáljuk. A *csípőizület* rotációja behajlított térd mellett a legkönnyebben vihető keresztül, flexiója pedig akkor a legnagyobb, ha a combot egyuttal kifelé rotáljuk. A *bokaizület* plantárflexiója nyujtott térd mellett megy legkönnyebben, extenziója pedig akkor, ha a térdizület behajlított helyzetben van. Ugyancsak behajlított térd mellett a legnagyobb a lábfej supinációja is. Ezeknek a lehetőségeknek ismerete a mozgásszervek betegségeinek kezelésével foglalkozók számára elengedhetetlenül szükségesek.

A mozgások kivételéhez az ízületet kellőképpen elő kell készíteni. Hosszabb időn át nyugalomba helyezett ízületek tokszalagja beszűkül, feszes, rugalmatlan lesz s komoly mozgási akadályt képez. Az ízületi felszínnek széthuzásával, egymással szembeni elcsusztatásával, elforgatásával az így beszűkült ízületi tokot meg kell nyújtani, rugalmasságát helyre kell állítani, az ízületi végeket mintegy fel kell szabadítani. A mozgásra így előkészített ízület már sokkal kevésbé lesz merev és fájdalmas a mozgás alatt, mint lett volna akkor, ha enélkül az előkészítés nélkül mindjárt a mozgásokra tértünk volna át. Ezt a mozgásra való előkészítést értjük „kimoztatás” alatt. Kimoztatásnál az ízületnek az akarattól független, csakis passzive kivihető mozgásait használjuk fel. Hangsúlyoznunk kell természetesen, hogy ezeket a kimoztatásokat csak akkor szabad már végezni, amikor az ízületben vagy az ízület körül lezajlott folyamat már kellőképpen megnyugodott s az előző, kimoztatás *nélküli* masszázskézelések nem váltottak ki gyulladási vagy fájdalmas reakciókat. A kimoztatásoknak meg van a pontos technikája, melynek betartása mellett ezek a mozgások könnyedén, minden erőfeszítés nélkül kivihetők. A hangsúly itt is a „technikán” és nem az „erőn” van.



12/b ábra.



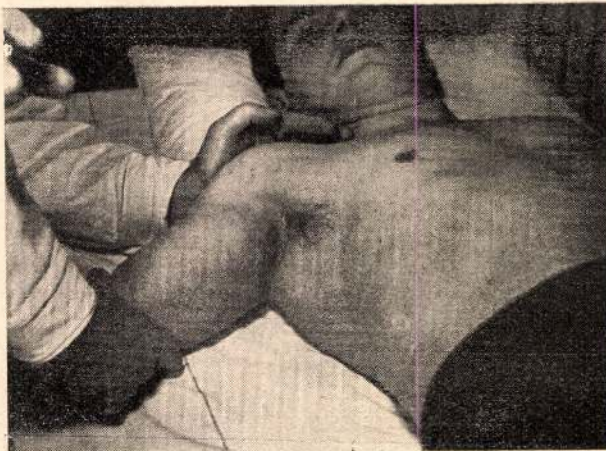
13. ábra.

Képünk (12 a és b.) a metacarpo-phalangeális ízület kimoztatását mutatja, mégpedig azt a két mozzanatot, amikor az első ujjpercet a kézközépcsont fejecsen előre

és hátrafelé csusztatjuk. A 13-ik kép a metacarpo-phalangeális ízület passzív hajlítását mutatja. Itt tudnunk kell, hogy az ujjak hajlítása nem egyszerű „csukló”-mozgás, hanem hajlításkor az ujjperc ízületi vége tulajdonképpen végigcsuszlik a kézközépcsont fejecsen. Kimozgatásunk tehát akkor lesz a legkiméletesebb, ha a mozgás alatt a normális mozgásmechanizmust igyek-



14. ábra.



15. ábra.



16. ábra.

szünk utánozni. Következő képünk a kéztőizület kimozgatását mutatja be (14. kép). Mégpedig azt a módját, amikor a kéztőcsontok két sorát mozgatjuk el egymással szemben.

Gyakorlati szempontból igen fontos a vállizület kimozgatása. Mielőtt a vállizület aktív vagy passzív mozgását megkezdenénk, gondoskodnunk kell arról, hogy a felkarfejecs minden irányban szabadon csúszhasson az ízületi vágában. A fejecsnek ez a csúzása a vállizület mozgásának egyik főfeltétele. A 15-ik kép a fejecs lefelécsusztatását s egyuttal a kar abductióját, a 16-ik és 17-ik kép a fejecs előrefelé csusztatását, a 18-ik kép a fejecs hátrafelé csusztatását mutatja be. Ha az ízületet ezekkel a manipulációkkal már jól felszabadítottuk, a mozgások alatt már sokkal kevesebb fájdalommal fogunk sokkal jobb eredményeket elérni.



17. ábra.



18. ábra.

Hasonló elvek szerint történik az alsóvégtag ízületeinek a kimozgatása is. A térdizület kezelésénél sohasem szabad figyelmen kívül hagyni a térdkalács szerepét! Szabály az, hogy sohasem szabad a térdizület hajlításához hozzáfogni addig, amíg a térdkalácsot minden irányban előzőleg fel nem szabadítottuk. Ha a combcsontozat összenövéséek által lenőtt és rögzített patella mellett próbálnánk a térdet hajlítani, ezzel csak a lig. patellae propriumot nyújtánánk meg, mert a lerögzített térdkalács nem tudja a lenövéséek miatt a combcsonton a rendes csúzását elvégezni. Tehát csak a térdizület stabilitását gyöngítenénk, anélkül, hogy az így elért „flexióból” a betegnek bármi haszna is lenne.

A mozgásszervek megbetegedéseinek kezelésénél tehát a helyes sorrend a következő: masszázs, „kimozgatás”, passzív mozgás s végül aktív mozgási gyakorlatok.

(Folytatjuk.)

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Hyperthyreosis és myxoedemás betegek vérmennyisége. Gibbson és Harris. (J. Clin. Invest. 18. 59.) A vérmennyiség hyperthyreosisban (25 beteg) 5.45%-kal több, myxoedemában (7 beteg) 15.5%-kal kevesebb volt a rendes átlagértéknél. Az eltérés kezeletlen esetben egyenesen arányos a megváltozott oxigénszükséglettel (alapanyagcsere). Az anyagcsere javulásakor a vérmennyiség is arányosan megváltozik. (G. 29.)

Petrányi Gyula dr.

Gyomorsecretio chronicus alkoholmérgezésben. W. B. Seymour, T. D. Spies és W. Payne. (Journ. Clin. Invest. 18. 1.) Chronikus alkoholmérgezésben átlagban a gyomornedv kevesebb, a savérték csökkent, a pepsinműködés azonban rendes. Savhiány nagyobb számban fordul elő polyneuritis-szel szövődött esetekben. (G. 30.)

Rényi-Vámos Ferenc dr.

Allergia bizonyos sörfajtákkal szemben. Teuscher. (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 2.) Ritkán bár, de mégis előfordul, hogy a szervezet egyes sörfajtákkal, főleg azokkal szemben, melyekben hamisítás céljából maláta helyett rizst főznek, allergiás lesz. A tünetek legtöbbször gastro-enteritis képében jelentkeznek, azonban urticaria, migraine, asthma, sőt ileushoz hasonló tünetcsoport is előfordulhat. (G. 34.)

Kring Jenő dr.

Belgyógyászati betegségek kezelése diaethylidioxystilbenel. R. Cobet és M. Ratschow. (Klin. Wschr. 1939. 10.) A diaethylidioxystilben, gyári nevén „Cyren”, rendelkezik a sexualhormonok értágító hatásával azok egyéb hatása nélkül, s így sikerrel használható minden olyan betegségben, hol vérellátási zavar van, vagy a vérrel való átáramlatás nem kielégítő, pl. szívinfartusban, climaxos vérkeringési zavarokban s főleg primaer chronikus polyarthritiben. A szükséges adag napi 0.5 mg. izomba, 12 injectionál több sohasem kell. Lényeges kellemetlen melléhatás tartós adagolásnál sincs. (G. 33.)

Kollai István dr.

Methaemoglobinaemia kezelése methylenkékkel. W. B. Wendel. (J. Clin. Invest. 1939. XVIII. 2.) Sulfanilamid származékokkal kezelt betegek nagy százalékán észlelhető cyanosis, minek főoka a methaemoglobinképződés, ami nemritkán az összes haemoglobin 70—85%-át is eléri. de nem arányos a sulfanilamid vérbeli koncentrációjával. Methylenkék csekély mennyiségének injectiójára (0.1—0.2 ccm. pro testsúlykilogramm 1%-os oldatból) egy órán belül eltűnik a vérből a methaemoglobin s visszaalakul haemoglobinná. A hatást katalysis révén tulajdonképpen a leukoalak hozza létre, ami a szövetnedvek hatására képződik a methylenkéből. Methylenkék per os praeventive is adható, mert a sulfanilamid gyógyító hatását nem befolyásolja s csak nagy adagban toxikus. (G. 32.)

Kollai István dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: Prochnow Ferenc és ifj. Verebély Tibor.

Thyreotoxikosisokról, különös tekintettel kezelésükre, bonctanukra és a betegség megjelölésére. Troell. (Arch. Klin. Chir. 194. 2—4 f.) A szerző 1842 operált golyvaeset alapján számol be a thyreotoxikosisokról. Klinikai megfigyelései, szövettani vizsgálatai és kezelési eredményei alapján kétségbe vonja a dualista felfogást, szerinte az ú. n. diffus Basedow-golyva és a struma nodosa toxica ugyanazon okra visszavezethető betegség két formája; a különbséget inkább csak az életkor, alkat, stb. szabja meg. A diffus Basedow-betegek lugol-kezelésben részesülnek; átlagban 10 napon belül így megoperálhatók. A struma nod. tox. esetekben kinfoszt (chinin, bróm, phosphor és mésztartalmú szer) adagol, súlyosabb esetekben lugoldatot is. — Nagyon legyenlülte betegek emellett kapnak még insulint, vérátömlesztést és állandó intravenás csukorcsepp-infúziót. A műtét előtt mo.+scopolamin inj. A műtét után rendszerint 1000 ccm. 5%-os szőlőcukoroldatot fecskendezett bőr alá, esetleg ezt per rectum adhatja, amihez hozzáad 20 csepp opiumtincturát és 30 csepp lugoldatot. Nagyon rossz állapotban lévő betegek ennek kétszeresét kapják; sőt később állandó i.v.-s cukorcsepp infúziót is, amibe 100 cseppet a lugoldatból

tesz, a végbélbe pedig kausyot juttat; a szívre jégzacskót helyeztet. Glottis-oedema esetén kitűnően beválik a kalcinat intravenás befecskendezése. Ezzel a kezeléssel sikerült a műteti halálozást nagymértékben csökkenteni; amíg u. i. 1924-ig 104 esetből 9.6%-ot veszített, addig 1925—1930. között már csak 3.3%-ot (354 operált esetből), sőt legújabbban 1937. decemberig 2.6%-ot (579 operált eset közül). (P. 11.)

Fodor Jenő dr.

A súlyos lúdtalp műteti kezelése. Raszeja. (Zbl. f. Chir. 41.) A súlyos lúdtalp műteti kezelésének különböző módjait tárgyalja és megállapítja, hogy e problémát egyik sem oldja meg maradék nélkül. Műteti elgondolása, amellyel 8 esetben jó eredményt ért el, abból áll, hogy 1. gerincvelői érzéstelenítés mellett a beteg láb sajkacsontja felett lefelé tekintő ívmetszést végez, s a sajkacsontot subperiostalisán — tehát a m. tibialis inának teljes kímélése mellett — szabaddá teszi s a sajkacsontból 1 cm. széles, alapjával medial és kissé lefelé tekintő 3 cm hosszú éket vés ki. 2. a külbokát felfelé tekintő ívben körülvevő metszéssel szabaddá teszi, az alsó ugróizületet, a peroneus inak lépcsős átmetzését végezvén s az izületet vésővel porctalanítja. 3. A porctalanított izületi felszínbe tolja bele a sajkacsontból kivett éket, amelyet adott esetben esetleg meg kell keskenyíteni. 4. Mindkét seb zárása után a lábat supinációs és kiskokú lólabállásban begipszeli, a hosszanti boltozat érellyes redressiój mellett. Négy hét múlva kötőscsere és 10—12 hét után külsőeltávolítás. A beteg lúdtalpbetéttel járn kezd és physikoterapiás kezelésben részesül. A legidősebb ilyen módon operált beteg 42 éves volt, s az eredmény nála is olyan jó, hogy gyógyulás után röviddel jelentkezett a másik lábának műtétjét kérve. Az egyik fiatalember a műtét után hat hónappal akadálytalanul teljesített katonai szolgálatot. (V. 25.)

Puky Pál dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Batizfalvy János és Horváth Kornél.

Az inveterált cervix-gonorrhoea energikusabb kezelése. Hofstatter. (Z. Geburtsh. 118. köt. 351—360 old.) Az idült cervicalis gonorrhoea nem csupán a beteg szemponyjából érdemel figyelmet, akinek esetleg már nem is okoz panaszt, hanem mint a fertőzés rejtve maradt forrása. A gonorrhoeás fertőzés jelentékeny részében a kórokozók azért nem mutathatók ki, mivel ezek a felületről eltűnnek és a mirigyek mélyében, vagy a muscularisban helyezkednek el. Ilyen esetben a felületet edző szerek természetesen hatástalanok, a mélyebb gókok gyógyításához aktívabb eljárások szükségesek. Ilyenek: pangás létrehozása a portion Bierezéshez hasonló módon. Helyi vaccina-kezelés: 1. A hüvely kitömése vaccina készítményekkel (*Bezredka*). 2. Tiszta gonococcus vagy kevert vaccinának a portióba való fecskendezése (*Bucura*). 3. A szerző által ajánlott cervix-szövet infiltrációja vaccinával. Az utóbbi végezhető a Grassi által ajánlott (1935) 1/2%-os flavin-oldattal. — Mechanikus eljárások: a méhnyakcsatorna massageja ékalakú üveg- vagy gummi-szondák segítségével, a kitágított nyakcsatorna diathermiás elektrocoagulációja, esetleg erős edzőszereknek (chlorzink, calciumoxyd, marómész és szoda keverékéből álló pálcikák) több ülésben 15—30 másodpercig a nyakcsatornában való alkalmazása. — Mindezen eljárások csupán gondos kritikával, kimondottan idült esetekben ajánlatosak. Kétségtelen, hogy ezen eljárások segítségével a mélyre terjedő gonorrhoea gyökeresen és gyorsan gyógyítható. (H. 3.)

Horváth Kornél dr.

Az uteroplacentaris apoplexia kezelése. W. Volk. (Z. Geburtsh. 118, 163—176.) Szerző egy eset kapcsán ismerteti az uteroplacentaris apoplexia genesisét, tünetét és therapáját. Nézete szerint a kórkép előidézésében főként különböző toxikus ártalmak következtében fellépő fokozott capillaris átteresztőképesség és érszakadás szerepel. Klinikailag a kórképet igen súlyos shok jellemzi. Kishullámú frequens pulsus, sápadt arc és nagy elesettség a főbb tünetek. Kórbonctanilag a méhizomzat kiterjedt elhalása, különösen a tubasarkokban, a méhizomzat vérzései s fregmentálódása jellemzők. Az igen szétágazó therapia két csoportra osztható: a conservatív és activ irányzatra. Az expectatív irányzat hívei a shok-állapotot és az ezt létrehozó intoxicációt a műteti beavatkozás ellenjavallatának tartják. Az expectatív kezelte esetekben azonban sohasem volt elkerülhető a szülés után fellépő igen nagy atonia, ami gyakran az anya halálához vezetett. Az operatív iskola éppen az elkerülhetetlen atonia miatt a szülés azonnali — sec. caesa-

rával történő — befejezését tartja szükségesnek. Szerző szerint azon esetben, ha a lepény időelőtti leválásakor a méhszaj eltűnt, szóba jöhet a conservativ kezelés, vagyis az ismert vaginalis befejezési módok (fogó, extractio). Minthogy azonban a kórkép többnyire hirtelen fejlődik ki, szerző szerint inkább javalt a szülésnek sectio caesarával történő befejezése. (H. 2.)

Csillag Miklós dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: Grósz István.

Gargoylism. Nordmann. (Párisi Szemorvostárs. Munk. 1937.) Angol szerzők 1936-ban nevezték el a számos fejlődési hibával jellemzett kórképet így (*gargoyle* = ereszcsatorna fantasztikus alakú szája). *Hurler* dysostosis multiplex néven írta le 1919-ben. Ezek aránytalan, chondrodystrophiás típusú törpék, számos csontelváltozással (koponya, végtag, gerinc). Egyéb tünetek: besüppedt orrgyök, nagy arc, durva vonások, nagy máj és lép, köldöksérv, szellemi visszamaradottság. A szaruhártya hámsza alatt diffus homály, gyulladásos tünetek nélkül; ez fontos diagnosztikai jel. Szerző eseteiben a szemnyomás fokozott volt. 2 eset ismertetése. (G. 23.)

Grósz István dr.

A glioma sugárkezelése. Weiterschau. (Klin. Mon. Aug. 1939. 4.) Az eddig leírt gyógyulások csak bizonyos mértékig vezethetők a sugárkezelésre vissza. Egyrészt ismeretek spontán gyógyulások, másrészt az alkalmazott sugármennyiségek különbözősége az egységes megítélést lehetetlenné teszi. A műtéti megoldás kórjósolat szempontjából messze fölülte áll a sugárkezelésnek. Ezért a korai műtét (enucleatio) egyedüli követendő eljárás egyoldali glioma esetén; a sugárkezelés ilyenkor csak fölösleges késést jelent. Az eredmény vak, zsugorodott szem, melyet később — a fájdalmas másodlagos glaukoma miatt — úgyis el kell távolítani. Sőt az ilyen csonkban a legerélyesebb besugárzás dacára daganattömegek találhatók, melyek áttételre vezethetnek. Kétoldali glioma esetén a súlyosabban beteg szem eltávolítása után megengedett az utolsó szem besugárzása, mint palliatív kezelés, melytől nem várunk kielégítő eredményt. (Az ilyenkor szóba jövő eljárások: Coutard- vagy Chaoul-féle röntgenbesugárzás, Weve-féle diathermiás égetés, rádiumsebészet. Ref.) (G. 34.)

Grósz István dr.

Rosaceás szarugyulladás hormonkezelése. Thiel. (Klin. Mon. Aug. 1939. 3.) A Peters-féle zink-ichthyol-kenőcs sok esetben jót tesz, de gyakori az eredménytelen kezelés is. A műtéti és sugárkezelés mellett utóbbi időkben a hypophysis mellsőlebens- és a tüszőhormon örvend közkedveltségnek (climax!) Rütter és Wadel interferometriás vizsgálatok kapcsán a mellékvesekéregre irányították a figyelmet. Szerző 10 rosaceás betegről számol be, kik ismétlődő kötő- és szarugyulladásban szenvedtek s a szokásos kezelés nem, vagy alig segített. Az I. G. Farben adrenalinmentes kéregkivonatát használta (szárazampulla, 20 gr. friss mirigynek felel meg; 2 ccm. vízben oldandó). 8—15 befecskendezés hatására mind az arc, mind a szem jelenségei visszafejlődtek és nem recidiváltak. Egy esetben localis tályogképződés a befecskendezés helyén (allergia?). Helyileg csak atropin és hő; emellett diéta. Löscher 4 esetben cortidint (Promonta) adott, egyenként 10 befecskendezést. A keratitis kétségtelen javulása még nem jelent kortani magyarázatot (antagonista ingerlése?). (Megfelelő magyar készítmény a cortigen. Ref.) (G. 37.)

Grósz István dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

Adatok a Still-féle betegséghez. Schwaiger. (Ztschr. f. Kinderh. 60. 2.) Részletesen közli egy Still-féle betegségben szenvedő gyermek kórtörténetét. A betegségre jellemzően láz, a szimmetrikus nagy ízületek fájdalmas duzzanata, a megfelelő izomzat aktivitási atrophija, léptumor, fájdalmas nyirokcsomóduzzanatok, perikarditis adhaesiva, — ennek következtében exitus következett be. A vérképben 19.000 volt a fehérvérsejtszám, amelyek közül mindössze 5% volt a granulocytá, 15% lymphocytá, 80% pedig nagy, excentrikus magvú, vacuolás, keskeny, basophilplasmájú sejt, amelyeket a monocyták közé sorol. Sectionál nem specifikus gyulladással elváltozást találtak az ízületekben és a perikardialis szövetben. A retikuloendothelialis apparatusban és a mesenchimalis, differentiatlan szövetekben pedig

burjánzást mutattak ki. Ez nyilvánult meg klinikailag léptumor, nyirokcsomóduzzanat, monocytosis képében. Szerző az egész retikuloendothelialis apparatus és a mesenchymalis szövetek rendszerbetegedésének tartja a Still-féle betegséget, amelyre valamely chronikus infectio és megfelelő constitutionalis adottság nyújtják a dispositiót. (K. 34.)
Farkas Éva dr.

Elektrokardiographiás elváltozások csecsemők manifest spasmophiliájában. Camman. (Mschr. f. Khk. 73. 1—2.) Manifest, serumphosphatemelkedéssel járó spasmophiliás csecsemők ekg-ban (feszültségmérő erősítőcsöves készülékkel végezve a felvételeket), eltekintve a Q—T meghosszabbodástól, még azt is láthatjuk, hogy a T-hullám relative magas és hegyes formát vesz fel és lezajlási ideje megrövidült. Ez az elváltozás az oki kezelés bevezetése után rövidesen eltűnik. (K. 32.)

Wirth József dr.

Adatok a csecsemőkori bronchopneumonia kóroktanához. Pouché. (La Peditria. 1938. 46.) Tüdőpunctio segítségével vizsgálta 60 esetben a csecsemőkori bronchopneumonia kórokozóit. Elsőleges, tehát nem fertőző betegségekhez társuló bronchopneumoniákban rendszerint csak egyetlen fajta baktériumot talált. Leggyakoribb a pneumococcus és a haemoliticus streptococcus. Előbbiek szinte kizárólag a IV. csoporthoz tartoznak. A nasotrachealis terület baktériumainak vizsgálatából nem lehet a pneumonia kórokozójára biztos következtetést vonni. Fontos, hogy egységes módszerrel végeztesse a vizsgálatok, egyébként az eredmények nehezen hasonlíthatók össze. Szerző az eddig nemsok eredményt felmutató pneumococcus-savótherápiában szükségesnek tartja kizárólag IV. csoportú törzsekkel nyert immunisavók használatát. (K. 33)

Surányi Gyula dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Ajkay Zoltán.

Fájdalomcsillapítás gégetuberculosisban röntgenbesugárzás segítségével. Kriegsmann. (Der Hals-, Nasen- u. Ohrenarzt. 30. köt. 2. füz.) Szerző gégetuberculosisban szenvedőkön a nyelési és spontán fájdalom csillapítására ismételt röntgenbesugárzást alkalmazott Coutard szerint. Eredményei jók, amennyiben a gégetbc. productiv formában a fájdalom maradandó csökkenését, a kevert és exsudatív formákban pedig mintegy 50%-os javulást ért el. Mivel ez eredményekkel kapcsolatban egyes esetekben a gégefolyamatnak is objectiv javulását észlelte, ajánlatosnak tartja megkísérlni az alacsony dosisú röntgenbesugárzást. (A. 23.)

Gergely Zoltán dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő.

A vér-gerincevelői folyadék-gát áteresztőképessége a sulfonamidvegyületekkel szemben. Vonkennel és W. Schmidt. (Kl. Wschr. 1939. 5.) A szájon át adagolt sulfonamid vegyületek közül 5 órán belül a liqúorban nem mutatható ki a prontosilum solubie és az uliron, a sulfonsavas natrium csak elenyésző mennyiségben, viszont a prontosilum album igen nagy mennyiségben jut el oda. (Sz. 29.)

Jobst Pál dr.

A dermatomyositis klinikájáról és pathogenesiséről. H. Schermann. (Archiv für Derm. 178. 74.) A dermatomyositis (dm.) gyakoriságáról igen eltérőek a vélemények. Szerző szerint kb. 300-ra tehető az eddig közölt esetek száma és klinikai statisztikák alapján átlag 10.000 bőrmegbetegedésre esik egy dm. Leggyakrabban fiatal és középkorú egyének fordul elő. Átlag 50—60% mortalitása van, de kórjósolata az életkortól is függ, mert idősebb korban a lefolyás a rendszerint súlyosabb. A folyamatos lassú kifejlődés mellett a rohamszerű rosszabbodások is előfordulhatnak. Kezdeti tünetek lehetnek enyhék, vagy ellenkezőleg súlyos collapsus-szerű állapot vezetheti be a megbetegedést. Az időtartam több hónaptól néhány évig terjedhet. A tökéletes gyógyulástól a legsúlyosabb rokkantságot okozó izomcontracturáig és sorvadásokig minden átmenet lehetséges. Néha az egyedül megmaradó tünet a nagyfokú fáradékonyság. Nyálkahártyákon foltoszerű erythemákat, livid oedemákat, teleangiectasiákat, hólyagokat, sőt fehér leukoplaque-szerű foltokat figyelték meg. Ezek kivételesen kifeléesedhetnek. A vérképben a vörös- és fehérvérsejtszám normális szokott maradni és az esetleges nagyobb leukocytosisnak rendszerint

a kórképen kívülálló oka van. A beteg állapotának megítélésében fontos megfigyelés, hogy rosszabbodás esetén az eosinophilek száma emelkedni szokott. Néha kifejezett vérségi hajlam társul és bár ilyenkor a lefolyás súlyosabb szokott lenni, nincs okunk arra, hogy ezen alakokat elkülönítsük a dm.-tól. A szerző a baj pathogenesisében egy peripheriás, elnyújtott, vagy ismételt hirtelenül beálló colapsus-szerű érellátási zavart tart legfontosabbnak. Ezen zavar intenzitásától, tartamától és elhelyezkedésétől függ a parenchymás szervekben és az érfalakban beálló változások foka. Míg csekélyebb, múló zavarok csak serosus gyuladásra és oedemákra vezethetnek, addig hosszantartó intenzív zavaroknak elhalás lehet következménye. Leggyakoribb az ereknek és a bőrnek bántalmazottsága. (Sz. 38.)

ifj. Nékám Lajos dr.

A gonorrhoea gyógyítása disepthal C-vel. R. Kyser. (Dermat. Wschr. 1939. 11.) 393 női-, 40 férfi- és 11 gyermek-gonorrhoeát gyógyított disepthal C-vel. Betegeinek legnagyobb része idült gonorrhoeában szenvedett. A disepthal C-t 5 napos „lökések” alakjában alkalmazta, 6 napos szünetekkel. Naponta 3x2 tablettát disepthal C-t adott. Ha 2 „lökés” nem bizonyult elegendőnek, egy vaccina-kúrát végzett, majd újabb 1—2 disepthal C-lökést kapott a beteg. Ezzel az eljárással női gonorrhoea eseteiben 88,7%-ban, férfi gonorrhoea eseteiben 92,2%-ban ért el gyógyulást. A 11 gyermek közül 8 gyógyult. Mindenesetre a gyermekek gonorrhoeája disepthal C kezelése még további tapasztalatokat igényel. 300 eset közül 31-ben észlelt mellékhatásokat: urticaria, morbilliszerű kiütések, feltűnően sok ajak- és arc-cyanosis, szívpanaszok, hányinger, stb. Neuralgiákat, neuritiseket, általában idegrendszeri ártalmakat nem észlelt. A nőbetegeket a vaccina-kúra alatt diathermiás kezelésben is részesítette. 8 betegének rövid kórtörténetét is közli. (Sz. 36.)

benedeki Borza Gábor dr.

Ekzema seborrhoicusus betegek és patkányok serumának és bőrének lipoid tartalma. F. Walter és M. Obtulowicz. (Dermat. Wschr. 1939. 11.) Ekzema seborrhoicusus betegek vérsavójának lipoidtartalma más, mint nem seborrhoeásoké. Bár seborrhoeások savójában a kötött és szabad cholesterol mennyiségi viszonya normális, mégis a cholesterolnak a lecitinhez való viszonyában jelentős eltolódás észlelhető. Seborrhoeásoknál a cholesterol mennyiségének fokozódása az epidermisben (cholesterolophilia) amellett szól, hogy fajlagos rokonság áll fenn az epidermis-sejtek és a vér cholesterolja között. Vizsgálataiból arra lehetett következtetni, hogy a corium bizonyos mértékben raktár, melyben átmenetileg nagyobb mennyiségű lipoid raktározódik el. Az epidermisben ugyancsak észlelhető különbség a cholesterol esternek a lecitinhez való viszonyában. Jelenlét változások lépnek fel az epidermis szabad zsírtartalmában is, melyek összefüggnek a bőr különböző viselkedésével külső ingerek hatásakor. Az epidermis-sejtek elváltozásai és ezáltal a bőr lipoid-köpenyének a normálistól eltérő viselkedése az oka a status seborrhoicus talaján létrejövő elváltozásoknak. (Sz. 37.)

benedeki Borza Gábor dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Traité d'hélio- et d'actinologie. Ch. Brody. (Paris. Ma- lonie, 1938. I. kötet. 842 lap. 380 képpel. Ára 440 Frank.) Két kötetre tervezett nagyszabású monographia, melyet a magyar származású, de sok év óta a franciaországi Grasseban letelepedett szerző, az ottani Hélios-sanatorium igazgatója 28 munkatársával írt meg. Ezek között ott találjuk a mai radiologia legfényesebb neveit (Grünzburg, Bernhard, Linke, Rollier, Rosselet, d'Halluin, Jausion, Aimes, Forge, Stoianoff, stb.), még a túlkorán elhalt Axel Reynt is, aki Finsen- nek első segéde és később utóda volt. Magyar részről Radnai és Rajka szerepel a névsorban.

Tudvalevő, hogy a napfénynek, a Horus, Marduk, Re, Apollo, stb. istennek tisztelete már az emberiség bölcsőjében kezdődött és azóta valamilyen alakban mindig fennmaradt, sőt elmélyült. Bernhardnak és Stoianoffnak történelmi bevezetési tehát témérdek példát, népszokást és képet hozhatnak fel erre. Már a római orvosok napoztatták a betegeiket (subjicere soli) és megkülönböztettek forró és enyhe napfényt (sol assus et sol unctus). Antyllus (Kr. u. 150) már szabályozta az ilyen kezelést. A régi görög athléták — Herodotos szerint — különösen megedződtek a nappal szemben (héliomenos), de gúnyolták is a „lágycéjű”

árnyékkedvelő perzsákat (skiatraphias). Aesculapnak epidauros temploma körül napozó fülkéket építettek. A ragu- zai köztársaság már 1377-ben elrendelte, hogy a pestises vidékről érkezők egy hónapig Ragusa-Vecchiában veszte- geljenek és ez alatt lehetőleg tegyék ki a testüket és a ru- háikat az erős napfény hatásának. A 18. század végén már a renyhe sebeket, az alszárfekeleket, stb. is napfényel kezelték. Az is régóta ismeretes volt, hogy a vörös fény különösen jól gyógyítja a himlőt és a bőrkiütéseket: már Propertius is említi ezt, G. Gaddesden pedig „Rosa anglica seu practica medicina” (1361) című iratában ajánlotta, hogy a himlősöket csavarják vörös fátolba és így fektessék ki a napra; ezzel gyógyította ő pl. a himlős III. Edward angol királyt. Az érdekes adatok hosszú sora vonul el így előt- tünk. A XV., XVI. századtól kezdve már céltudatos kuta- tások történtek; Baccius már különböző színű fény mellett nevelt növényeket és állatokat és azt találta, hogy a vörös sietteti, a kék csillapítja és lassítja a növekedést és gátolja pl. a békaporontyok metamorphosisát. Megindult tehát a besugárzás. A „természeti” tényezőkkel gyógyítók, pl. Rickli az ő veldesi intézetében már 1855. körül a víz és a diéta mellett főleg a nap erejével gyógyított.

Terünk azonban nem engedi, hogy tovább időzzünk a könyvnek e kultúrtörténelmi szempontból is érdekes részén. Tudományos pontossággal Nils Finsen vizsgálta először a nap sugar (helio) és a mesterséges fény (actinotherapia) gyó- gyító hatását. Az ő nyomában egyre-másra keletkeztek, fő- leg a kvarcolvasztás felfedezése óta a villamos gyógyító- lámpák (Heraeus, Kromayer, Finsen-Reyn, Bach, Jessione, Nagelschmidt, Lomholt, Spectrosol, Aureol, Ultrasonne, Jupiter, Vitalux és legújabbban a hatalmas Albertus-Sonne). Ez rávezetett a fémsókat tartalmazó bélszenekre, vaselektro- dokra, fémgözzökkel telített gázokra, az elektive fényalmoz- szűrőkre (Lomholt pl. cuoxan és cobalt oldatot alkalmaz), azután a monochromátorokra, amelyek a fényt szétbontják és tetszésszerinti nyaláboknak optikai és therapiás tanulmá- nyozását teszik lehetővé. Ez persze tömérdek fizikai és bio- logiai felfedezést hozott, a fényenergia természete: a dis- continuitas és quantumelmélet alkalmazása; a Davisson és Germer-féle nikkelt kristályos jelenségek; a Compton-féle tünét; a hullám hosszának változása; az ütődési, a corpus- cularis elv; a vörösön innen és az ibolyántúli sugarak óriási területei, stb., amelyeket ebben a könyvben d'Halluin lillei professornak igen beható fizikai cikkei magyaráznak el.

E kutatások során csakhamar kitűnik, hogy a fényvel nem pusztán fizikai behatásokat alkalmazunk, hanem az activálja a lipoidokat, vitamin- és hormonszerű befolyást gyakorol, fokozza a szervezet sóforgalmát és általában a sejtek anyagcseréjét, ami különösen a vérkép javulásában, a csontok elmeszesedési viszonyainak rendeződésében és az elsalakosodott sejtek kitisztulásában, ezzel a védőanyagok, reaginok, antitoxinok, allergének termelésének megkönnyí- tésében nyilvánul. Mindezeket számtalan biológiai és kli- nikai megfigyelés támogatja. Az égsugárzás, a klíma ténye- zői, az egyéni adottságok a fényvel együtt óriási complexu- márt képezik a kérdéseknek, amelyekből azután az egyéni gyógykezelésnek elvei és szabályai leszűrhetők.

Maga a fénytherapia e műnek az első kötetében még csak általánosságban van vázolva: a praeventio, a szabad- ban tanítás, a heliophilia és heliophobia jelenségei, az álta- lános indicatiók, stb. A részletes tárgyalás a második kö- tetre maradt, amely 248 ábra és 42 táblázat képesen ismer- teti majd a tuberculosis (Rollier, Aimes, Brody, Collet és Mayoux), a bőrbajok (Jausin, de Keyser, Meyer, Aimes), a sebészeti folyamatok (Forge, Leo, Moure, Bastien), a rheu- ma (Günzburg), a syphilis (Rajka és Radnai), az idegbajok (Biancani, Ory), az érzékszervek stb. megbetegedéseinek gyógyítását.

Kissé talán részletesebben foglalkoztunk e kitűnő könyvvel, mert az abban tárgyalt kérdéseket nálunk kutató irányban alig művelik, noha kiváló emberek volnának reá. Hiányzik azonban az olyan intézetünk, mely — jól el- látva a szükséges műszerekkel — biológiai és orvosi irány- ban együttesen kutathatná e tárgyat. Mi pestiek szerelnők, ha a mi kitűnő ásványvízforrásaink, mint a középkorban, most is sok külföldi beteget vonzanának ide és sok pénzt jövedelmeznének; nem akarjuk azonban belátni, hogy ezért most már versenyezni kell és hogy ezt elsőrangú bio-balneo- klimatikus gyógyintézet létesítésével, a viszonyaink tuda-ományos feltárással és az eredményeknek a külfölddel való impozáns megismertetésével kell kezdeni, a legmodernebb és szakavatottabb klinikai gyógykezeléssel folytatni és csak azután lehet a szórakoztatásra, a barackpálinkára és a többi mágnesre áttérni. Ebben a tekintetben példát vehetnénk

ama fáradságos, intelligens, nagylátókörű megalapozástól, amely nyugaton divik és amelynek a jelen könyv is egyik szép megnyilvánulása.

Nékám prof.

Der akute Gelenkrheumatismus. *Vaubel, Ernst.* (Theodor Steinkopf, 1938. 120. old. Ára fűzve 7.50 RM.) (A. Jürgens kiadásában megjelenő, a rheumatismus kérdéseinek szentelt sorozat 11. kötete.) Szerző kizárólag a heveny rheumatismus (rheumatisches Fieber) kérdésével foglalkozik, mind pathologiai, mind klinikai és diagnostikai, therapiái és pathogenetikai szempontból. Külön fejezetet szentel a földrajzi és klimatológiai kérdéseknek. A mű egyaránt foglalkozik a szív és az erek, valamint a légutak és egyéb belső szervek rheumatismusával, mint a rheumatikusnak nevezett ízületi gyulladásal. A kórbonctani részben megtaláljuk *Aschoff* és *Klinge*, továbbá *Gräff* megállapításainak rövid vázlatát. A *pathogenensis* kérdésében inkább hajlik arra, hogy specifikus kórokozónak tulajdonítson jelentőséget, mint hogy egyszerűen hyperergias reakciónak tekintse a rheumatismust. Meltányolja *Schlesinger*, *Signy* és *Amies* amerikai szerzők 1935-ben tett észleleteit, akik heveny rheumatismusban elhalt beteg perikardium és pleuraizsadmányában elemi testecskéket figyeltek meg, olyanokat, mint általában vírusbetegségekben szoktunk találni. Idézi *Coles* angol szerzőt is, aki szívburóki és ízületi izzadományban Giemsa festéssel szintén virustestecskéket mutatott ki. Kiemeli *Swift* felfogását, mely szerint fennáll annak lehetősége is, hogy vírus és valamely más kórokozó között fennálló synergizmussal állunk szemben. Szerző szerint e vizsgálatok ugyan még megerősítésre szorulnak, de több kilátással kecsegtetnek, mint az allergia-hyperergia kérdés további taglalása. A könyv a rheumatismus kérdéseinek csak rövid compendiuma, de a gondosan összeállított irodalmi adatok révén jó útmutatóul szolgál, tárgyilagossága és feltétlen tudományos iránya pedig a mai német irodalomban e tárgykörben napvilágot látott más munkák mellett igen megnyugtatólag hat.

bilkei Pap Lajos dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület április 21-i ülése.

Bemutatás:

Rombányi Gy.: *A szív fejlődésmechanismusa.* (Hydrodinamikai modell és rajzfilmbemutatás.) Az embryonalis szívcsőben a rendezett laminaris keringés feltételei fennállanak. A lamiralis keringés viszonyait vizsgálva különböző hajlatú üvegesmodellekben, megállapítható, hogy az embryonalis szívcső bajonettszerűen megtört bulbosai részben spirálisan egymásba csavarodó áramok állanak fenn, amelyeknek lefutása megfelel a kifejlett szíven az arteria pulmonalis és aorta egymáshoz viszonyított lefutásának, ill. a köztük vonható határvonalak megfelelnek az embryonalis bulbos ismert, de eddig fejlődésmechanismusában meg nem magyarázott csavarvonalyszerűen haladó septumredőinek. A septumredők fejlődése tehát az embryonalis szívcső hajlatai által meghatározott laminaris keringési viszonyokból haemodinamikai erőtenyezőkké magyarázható.

Kiss F.: Kár, hogy az előadó technikai okokból itt az egyesületben is nem mutathatta be eredeti modelljét, mert az a filmnél sokkal inkább demonstrálja azt a lényeges eredményt, melyet vizsgálataival elért. A szív fejlődésére nézve az eddigi vizsgálatok csak a szöveti (mikroszkopiai) viszonyokat írták le, de semmit sem tudtunk arról, hogy a szövetek mellett belső, hydrodinamikai erők is szerepelnek. Felesleges volna azon töprengeni, vagy vitatkozni, hogy a szív fejlődésében a szöveti elemeknek, vagy pedig ezen most ismertetett keringési törvényszerűségnek van-e nagyobb szerepe, mert hiszen egyik a másik nélkül úgy sem állhatna meg önmagában. A szíven mutató fejlődési rendellenességek nagyrészt eddig egyáltalán nem tudtuk felfogni, mivel csupán szövettanilag gondolkodtunk a kérdésben. *Rombányi dr.* ismertetett eredményei most már világot vetnek ezen nehézségekre is, sőt a vizsgálatok fontossága nemcsak a szívre vonatkozik, hanem egyúttal felhívta mind az elméleti, mind a gyakorlati kutatók figyelmét arra, hogy a vérkeringésnek és az azzal összefüggő hydrodinamikai

törvényszerűségnek a fontosságát más területeken is (pl. koponyaüreg, belső nemiszervek, erectilis szövetek, stb.) jobban tekintetbe vegyük az eddigiéknél. Előadó vizsgálati eredményeit méltán úttörőnek kell tekintenünk.

Előadás:

Benedek L.: *Újabb kutatások eredménye a gyakorlóorvos szempontjából.* (Idegyógyászati szempont). Előadó bevezetőleg kiemeli, hogy az intracranialis daganatok operatív gyógyításának lehetősége a közelmúltban igen lényeges haladást ért el. Ebben a diagnostikai fejlődésen kívül igen nagy érdeme van az amerikai iskolának, elsősorban *Cushing*nak és tanítványainak, akik — amellett, hogy a műtėti technikát veszélytelenebbé alakították, — az agydaganatok szövettani elemzését új alapokra fektették és elemezték a szövettani kép, továbbá a daganat általános viselekedése, növekedésének iránya, tempója, gyógyíthatósága közti viszonyt is. Részletesen ismerteti és klinikája saját anyagából demonstrálja a fejlődő ektodermalis idegszövet működő és támasztó elemeinek típusait, bemutatva a morfo- és histogenesis táblázatos elképzelését is. Ehhez csatlakozóan leírja az ektodermalis daganatok típusait és illusztrálja az egyes gliomaféleségeket a klinika anyagából. Következőkben a mesodermalis daganatokkal foglalkozva *Globus* értekezésében a primordialis agyburók differenciálódási irányával foglalkozik és a sceletonearalis kötőszövet fejlődéstani tagozódására építve bemutatja a különböző meningioma típusokat az arachnoidealis, pialis, duralis jellegű tumorokra egyaránt kiterjeszkedve. Magyaránzatul a klinika által észlelt és feldolgozott esetek szolgálnak.

Rövid statisztikai áttekintésekben fejt ki előadó az intracranialis daganatok általános gyakoriságára, jelleg és kór szerinti megoszlására és a műtėti gyógyításra vonatkozó adatokat, ismét kiemelve, az operációs mortalitásbeli statisztikák örvendetes megjavulását.

A physikalis diagnostikai segéd eljárások fejlődésével és jelentőségével foglalkozva előadó méltatja ezek fontosságát, egyben azonban hangsúlyozza a klinikai kép mérlegelésének vezető jelenségeit is. A segéd eljárások közül először a röntgenogramokkal és ezek specialis változataival is; többek közt bemutatja a craniopharyngeomák, intrasellaris daganatok, az acusticus daganatok *Stenwers* felvételen mutató jellegű elváltozásait. Majd a lipoidographia fejtegetésével kapcsolatban a klinika anyagából mutat be típusos képeket extramedullaris tumorok, meningopathiák, arachoiditisek eseteiből. Majd a vegetativ contrast eljárásokra áttérve egészen részletesen foglalkozik a különböző elhelyezkedésű daganatféleségeknél megfigyelhető enkephalographiás vagy ventriculographiás eltérésekkel. Bemutatja temporalis, parietalis, centroparietalis, parasagittalis, agytörzsi tumoresetek enkephalogrammait és leírja azokat az elváltozásokat, melyek a localisatiókban értékesíthetők.

A következőkben a koponyapercussio és az arteriographia diagnostikai jelentőségét emeli ki előadó hivatkozva régebbi ugyanezen tárgykörből való kiterjedt és idegen nyelven monographiaszerű formában is megjelent kutatásaira. Leírja a percussió eljárását és az itt használatos, mechanisált instrumentariumot, mely a vizsgáló subjectív févedéseit a minimumra csökkenti, majd az arteriographia shemaszerű képeinek és az aretriogrammban tájékozódást megkönnyítő átlóknak ismertetése után jellegzetes percussio és arteriographiás megfigyeléseket demonstrál műtétileg igazolt elhelyezkedésű agydaganat-esetekből. Többek közt bemutat haemangioma, temporalis tumor és az arteriogrammban és stereoarteriogrammban „tumor-kosár” képződésével feltűnő esetekből jellegzetes angiogramokat, amelyekben az érátképződés és az érujdonképződés látszik. Összehasonlításként megemlíttett fejlődési rendellenesség (ventriculus septi pellucidi) enkephalogrammjaik demonstrálása után, végül filmekben jellegzetes agyi göctünet: frontadis és deliberatiós reflexjelenségek, adversiv rohamok, thalamus-syndroma, cerebellaris jelenségek az alapkísérlet, imitációs-kísérlet, stb. kapcsán történő bemutatása következik.

Bakay L.: *A központi idegrendszer térszűkítő folyamatairól, főképen az agydaganatokról.* (Sebészeti szempont). Az idő előrehaladására tekintettel 14 agytumorral operált beteg bemutatására szorított és mozgókép vetítésével demonstrálja egyik agyműtétét, amelyet az occipitalis régióban lévő tyúktojás nagyságú daganat miatt végezett.

HETI KRÓNIKA

A Magyar Nemzeti Múzeum olasz és magyar zászlókkal feldíszített bejárata minden előtte elhaladónak tudtára adta, hogy Pollack Mihály classikus szépségű alkotása — sajnos szinte csak túlrövid időre — hajlékot adott az olasz könyvkiállításnak. A „*Mostra del libro italiano*” keresve sem találhatott volna alkalmasabb helyet fővárosunkban a Nemzeti Múzeumnál. Ott áll kertjében Papininé Kuzmik Livia két sikerült mellszobra, amelyek közül az egyik Garibaldit ábrázolja, akinek neve az abszolutizmus éjszakájában virrasztó magyar számára a jobb jövő, dalaiba is belefont egyetlen reményét jelentette. A másik szobor a bresciai származású Monti Sándor báró nemes vonásait örökíti meg, aki az 1848—49-ben Magyarországon küzdött olasz légió szervezője és parancsnoka volt. A magyar napsugár egyszerre csillogott a vörössipkások és az olasz légionisták szuronyán és Szicilia csodálatosan kék égboltja látta később hősieles küzdelemben elhullani Palermo ostrománál Garibaldi legendás „marsalai ezer” vitézének fiatal magyarját, Tüköry Lajost. *Fidem signavimus sanguine!*

A Múzeum-kert két mellszobra között ott áll egyedül — nagy idők és nagy események tiszteletreméltó néma tanúja — a Duce ajándéka, a *Forum Romanum* egyik oszlopa. A Dunántúl fekete földjét hasogató eke időnkint beleütözik egy-egy testvérebe, amit *Pannonia Inferior* valamelyik római kőfaragója a provinciális művészetre jellemző egyszerűbb díszítéssel pannoniai kőből kifaragott. Az *Urbs* emlékei az egykori impérium területén mindenütt feltalálhatók, dacolnak az elmúlással és az időjárás évszázados pusztító hatásával: *Aquincumban* éppúgy mint az afrikai *Timgad*-ban, vagy *Leptis Magna*-ban, a ködös Britanniában éppúgy, mint az anatóliai *Ankarában*, amerre csak a keménylépésű légiók elvonultak.

*

A légiók egykori útján Róma — vándorkiállítás formájában — könyvtermeléséből küldött most mutatót. Természetes, hogy a kiállítás az egész olasz könyvtermelés *mare magnum*-ának csak elenyésző csekély részét képezhette, de így is élénk bizonyosságát adta annak a hatalmas lendületnek és fejlődésnek, amelyet a fascizmus diadalmas életrhythmus a könyvkiadás területén is jelent. A fejlődést nem is csodálhatjuk, hiszen maga a Duce foglalta egyik lapidárisan tömör mondatába össze, hogy a tökéletes fascista egyik kezében fegyvert, a másikban könyvet tart: „*Libro e moschetto, fascista perfetto*”. *Mussolini* minden életrajzírója — a legmegragadóbban éppen *Margherita G. Sarfatti* — megemlékezik arról a rajongó szeretetről, amellyel a predappio-i szegény kovácsmester Benito fia már kora fiatalságában a könyveken csüggött. Eszünkbe jut a latin lélek másik nagy képviselője, az „első modern ember”-nek nevezett *Petrarca*, akinek „*Invectivae contra medicum quemdam*” című műve gyilkos támadás a korabeli orvostudomány ellen és akit kedvenc könyvének olvasása közben szólít el a halál a szelíd hajlású eugano-i dombok között, Arqua-ában. A könyvszeretet példáiban magunk sem szűkölködünk. *Kazinczy* „Pályám emlékezete” című művében olvassuk, hogy a széphalmi mester olvasás közben sokszor „sikongat” a gyönyörűségtől. Dicsőséges Árpád házbéli királyaink között volt egy, akit a sors nem áldott meg daliás termettel, de nevéhez örök idők kapcsolódik a „*Könyves*” jelző. *Mátyás* királyunk könyvszeretetről, amely a bibliofilia csúcspontját jelenti, elragadtatott idegenek egy-

korú írásaikban számolnak be s a könyvillusztrálás legjobb olasz mestereinek állandó tartózkodó helye volt a budai királyi palota.

*

Az olasz könyvkiállítás orvoslátogatóját természetesen legjobban az orvosi könyvek érdekelték. Az orvosi könyvkiadással is foglalkozó kiadók közül első helyen említjük a svájci származású *Ulrico Hoepli* milánói vállalatának gyönyörű kiadványait. Kiadásában jelent meg *Bruno Moretti* gazdagon illusztrált „*Ospedali*” című műve, amely a fascista Olaszország írigylésreméltóan szép új kórházait is bemutatja. A bolognai *Licinio Cappelli* könyvek mellett számos orvosi folyóiratnak is kiadója és valóban csodálatos, hogy az új Olaszországnak milyen nagyszámú, magas tudományos színvonalú, előkelő kiállítású orvosi folyóirata van. A milánói *Valardi* cég mellett az ugyancsak Lombardia fővárosában székelő *Società Editrice Libreria* kiadványai sem hiányoznak és ugyanígy megtaláljuk — hogy csak a legjelentősebbeket említsük — a nápolyi *Idelson* és a torinói *Unione Tipografica Editrice* előkelően ízléses orvosi kiadványait is.

A modern orvostudomány kézikönyvei mellett, amelyeknek címlapján a legjobb olasz nevek ékeskednek, a fényes emlékekben gazdag mult sem hiányzik. *Spallanzani* összes művei mellett ott látjuk *Piero Giacosa*-nak a középkori híres salerno-i főiskola mestereire vonatkozó fontos kiadványát: „*Magistri salernitani nondum editi*” címmel, *Guglielmo Saliceto* nevezetes sebészetét 1474-ből, *Giulio Casseri* „*De vocis auditusque organis historia anatomica*” című munkáját 1608-ból. Ismétéljük, mindez csak mutatóvány az otthonmaradt egészéből, de ezek megtekintésekor is érezzük, hogy valóban „*inter salutis magistrorum*” vagyunk.

Örömmel fedeztük fel — a magyarból olaszra fordított könyvek között — *Manninger* professor könyvét is, amely nemrégiben jelent meg a milánói *Corbaccio*-cég kiadásában: „*Marcia trionfale della chirurgia*” címmel.

A fascizmus nagyszabású egészségügyi programjával kapcsolatos kiadványok ma már külön könyvtárakat töltenek meg. Ami a fascista Olaszországban a malária-, a tuberculosis-ellenes küzdelem, az anyag- és csecsemővédelem és általában az egészség gondozás terén szemünk előtt végbement, őszinte csodálatunkat érdemli meg. Méltán csatlakozik előbbiekhöz a gyarmatosítással összefüggő egészségügyi kérdések — sokszor óriási nehézségek árán is — sikeres megoldása és az ezekről szóló írott beszámolókat olvasva, érezzük, hogy a római önérzet jogosan íratta a Tripoli-ban emelt diadalkapura: „*Alma sol possis nihil Urbe Roma videre majus*”.

*

Őszintén be kell vallanunk, hogy a világháborút megelőző években az olasz orvostudománnyal alig voltak kapcsolataink. Egyetemünk kifejlődésével természetesen együttjárt az olasz egyetemek orvosi karát látogató magyar fiatalság fokozatos elmaradása és történelmi távlatba került az az idő, amikor főleg Bologna, Pavia és Padova egyetemén magyar szótól volt hangos a „*Theatrum anatomicum*”. Alig volt egy-két magyar orvos, aki olaszul is tudott és aki időnkint valamelyik hazai folyóiratunkban legalább egy-egy olasz közleményt referált. Természetes, hogy ilyen módon az olasz orvostudományról is keveset tudtunk. Ismertük *Bossit*, a genovai nőgyógyászt méhtágítójával, a firenzei *Gigli*, a lánkfűrészével kapcsolatban, *Baccellit*, a kiváló belgyógyászt inkább politikai tevékenysége miatt, rajtuk kí-

vül talán csak még Golgi, a pavai egyetem szövettanára, Mosso, a torinói egyetem élettanára, Morisani, a nápolyi egyetem szülészstanára voltak ismeretesekek hazánkban.

Olaszország számunkra csak a művészetek hazája volt s még az orvos-utazó is többnyire csak ezzel a szemmel nézte városait. Az örvendetes változás ezen a téren és így az Olaszországgal fennálló orvosi kapcsolataink kiépítése is akkor következett be, amikor néhai Klebelsberg Kuno gróf kultuszminiszterünk felismerve a két nép történelmi egymásrataltságát, az újjászülött római lélekben rejlő nagyszerű energiákat, nemcsak kötelezővé tette egyes középiskoláinkban az olasz nyelv tanítását, de minden igyekezetével azon volt, hogy a két nép egymás felé fordított arcán is felismerje a testvérlélek vonásait.

„Te saxa loquuntur” — olvashatjuk a szegedi Klebelsberg-émlékművön. Amikor a budapesti olasz könyvkiállításnak a fiatalabb nemzedék részéről megnyilvánuló állandó és szeretetteljes érdeklődését láttuk, eszünkbe jutott, hogy a magot ő vetette és az ő vetése szökkent dús kalászbba. Úgy érezzük, hogy az általa létrehozott egyetemi intézeteink, kollégiumaink és tanyai iskoláink kövei mellett hangtalanul, — ahogy a könyvek szoktak — az olasz könyvkiállítás könyvei is a szegedi Fogadalmi templom nagy halottjáról, a „legnagyobb álmú magyar kultúrpolitikus”-ról beszéltek.

Korbuly György dr.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift. 16. sz. Kollath W.: Táplálékok hatása a bélresorptio előtt. — *Grab W. és Moll Th.:* Halmajolajokból előállított A-vitamin koncentratumok különböző hatékonysága. — *Wankmüller R.:* Tonephindopot hatékonysága diabetes insipidusban. — *Felke:* A gonococcusok viselkedése chemoterapiával szemben. — *Veiel R.:* Basedow-kór és ízületi rheumatismus. — *Binder L.:* Nerium Oleander hatása decompensált szívbajokban. — *Weiss G.:* Quantitativ porphyrinmeghatározásról selenphotoelemmel. — *Stenger H.:* Véralváltozások súlyos fertőző betegségekben és évek után. — *Tietze R.:* A vegetatív és generatív petefészekműködés.

Münchener Medizinische Wochenschrift. 16. sz. Scheer R.: Ártalmas-e a tej ultraviolet besugárzása annak C-vitamin tartalmára. — *Peitmann:* Szívvarrat utáni munkaképesség. — *Dyes O.:* Lymphogranulomatosis és terhességmegszakítás. — *Senger W.:* Ismeretlen eredetű fertőző kötőhártyagyulladás. — *Zieler R.:* A kankó kórokozójának górcsövi kimutatása és ennek hibaforrásai. — *Gauss C. J.:* A kankó kórokozójának górcsövi kimutatása és ennek hibaforrásai. — *Stahl R. és Weisbach M. W.:* Intravenás tartós cseppinfusio. — *Eckey P.:* Szívbetegség tartós strophantinkézése. — *Bauer W.:* Emlőbimbórhagadók kezelése tüszőhormontartalmú kenőcsökkel. — *Temming H.:* 600 csecsemő szopási viszonyainak áttekintése.

Deutsche Medizinische Wochenschrift 16. sz. Kreuz: Gyermekbénulásos betegek munkateljesítménye. — *Velhagen:* Intracranialis bántalmak kezelési eredményének ellenőrzése szemorvosi vizsgálattal. — *Hauptstein és Stöckert:* Az emberi terhesség tartamának kérdése. — *Stenger:* Tapasztalatok grippes fertőzések és tüdőlobok kezelésével. — *Sorel:* Lepra elleni küzdelem a francia gyarmatokon. — *Hildebrandt:* B₁-vitamin terhelés embereken. — *Rögen:* A cholangitis sebészi kezelése. — *Tsambonas:* Postoperatív keringési elégtelenség, mint respiratorikus insufficiencia következménye. — *Schenk:* Thalliummérgezés. — *Klöve-korn:* Ekmekakezelés az átlagos gyakorlatban. — *Proell:* Válogatott fejezetek a száj-, fog- és állkapocs gyógyításából a gyakorló orvos számára. — *Marx:* Vegyi és górcsövi vizsgálatok a betegágyánál.

Wiener Klinische Wochenschrift. 16. sz. Kazda F.: A postoperatív thrombo-embolia prophylaxisa. — *Möschl H.:* Hyperchrom anaemiák ritkább alakjai. — *Hückel H.:* Nőgyógyászati vérzések kezelése.

Medizinische Klinik. 16. sz. Voss G.: A multiplex sklerosisról. — *Lemke R.:* A központi idegrendszer abortív

syphilogen betegségeinek elkülönítő kórisméje. — *Fey M.:* Megfigyelések a kölni poliomyelitisjárvány alatt 1938 őszén. — *Clauberg C.:* Idült méhkiúrtgyulladás kezelése tüszőhormonnal. — *Aschoff L.:* Egy 73 éves asthmabeteg. — *Echtermayer O.:* Nagyothallók kezelése a Zajicek-féle hormonkezeléssel. — *Auler H.:* Az oltási rák sejtmentes átvitelének kérdése. — *Bernhardt H.:* Hypophysaer zavarok.

La Presse Médicale 30. és 21. sz. Lewkowicz K.: Tuberculo-coccidiosisok erythema nodosum, spleno-pneumonia, nephritis haemorrhagica, ikterus, rheumatismus. — *Orlowski:* Klinikai és kísérletes vizsgálataik a keringési rendszer bántalmairól, főleg az idült keringési elégtelenségről. — *Karwacki:* Megjegyzések az agglutinációról és a gümös agglutino-genekről. — *Panek C.:* A gümöcsira filtrabilis alakjának cyclogeniája és sajátosságai. — *Herzig A.:* A typhus exanthematicus vaccinatiós prophylaxisa Weigl-féle methodussal. — *Czarnecki E. és Hurymowicz I.:* Vagusingerlékenység anaphylaxiás állapotokban. — *Jurasz A.:* Adatok a fertőző epeutak drainezésének kérdéséhez. — *Jonscher K.:* Csecsemőtoxicosisok kóroktana és pathogenesise. — *Levy Valensi és Séze S.:* Idegrendszeri szövődmények a Nicolas-Favre betegség lefolyásában. — *Pierret R., Breton A. és Christaens L.:* Physiko-chemiai és immunbiológiai vizsgálatok öreg emberek vérével.

The Lancet, ápr. 22. Lord Horder: Út az orvostudományhoz. — *E. P. Stibbe:* A subtentorialis szöglet sebészi anatómiája. — *R. B. Usher Somers: A. & B. 693* a cerebrospinalis lázban. — *I. Bryant és H. D. Faiman:* Cerebrospinalis láz chemoterapiája primitív körülmények között. — *C. H. Gray:* A vállizület elülső dislocatiója. — *D. G. Ferriman:* Herpes zooster és varicella egyidejűleg ugyanazon betegen. — *G. H. Jennings, I. M. Castleden:* Thrombocytopeniás purpura. — *A. Palmer, S. Zuckerman:* A stilboestrol és a természetes oestrogen anyagok hasonlatossága.

British Medical Journal, ápr. 22. A. Tudor Edwards: A bronchiectasia kezelésének modern elvei. — *I. G. Greenfield, I. MacDonald Holmes:* Egy pellagra eset, gerincagyi elváltozások. — *T. Moore:* Áttételes vesefertőzés. — *A. M. Nussey, H. H. Müller:* Sturge-féle betegség. — *D. Court:* Összehasonlító vizsgálat a Vollmer-féle tuberculin foltpróba (patch-test) és az intracutan Mantoux-próba között a gyermekkorban. — *D. B. Bradshaw:* Az intradermalis tuberculinpróba diagnosztikus értéke gyermekekben.

The Journal of the American Medical Association. ápr. 8. C. M. Nelson: Intravenás injekciók utáni borzongások oka. — *P. T. J. Ch'in, I. A. Myers, C. A. Stewart:* Primaer tuberculotikus gyermekek sorsa. — *H. R. Getz, G. B. Hildebrand:* A-vitamin hiány megállapítása biophotometerrel normális és tuberculotikus egyéneken. — *I. F. Stein:* Fogamzást gátló methodusok. — *E. S. Levine, G. T. Pack, I. S. Gallo:* A hólyagrak intravesicalis röntgengyógyítása. — *I. L. Fetterman, W. H. Pritchard:* Agyi szövődmények a carotis lektése után. — *I. M. Meherin, T. P. Shomaker:* Cement által okozott égés. — *W. C. Stirling,* Cystitis follicularis.

VEGYES HIREK

Bakay Lajos professor ünneplése 25 éves tanári működése alkalmából megható és e működés érdeméhez méltó keretekben folyt le 25-én, kedden reggel 1/29 órakor a II. sebészeti klinika zsufolásig megtelt tanteremben. Jelen voltak a kormány képviselőiben Hóman Bálint kultuszminiszter, Keresztes Fischer Ferenc belügyminiszter, Szily Kálmán és Johan Béla államtitkárok, Fülei Szántó Endre, Molnár Andor és Nagy Iván min. tanácsosok, — az egyetem senátusát Verebélj Tibor Rector Magnificus és Belák Sándor orvoskari dékán képviselte és ott volt csaknem hiánytalanul az egész orvoskari tanártestület.

Az ünnepelet volt és jelenlegi tanítványai nevében Kubányi Endre magántanár üdvözölte, híven tükröztette a szeretet és tanítványi hűség elméit nagy mesterük iránt, minek jeléül egy róla készült emlék-plakettet és az „Orvosképzés” egy külömfüzetét nyújtotta át az ünnepeletnek, mit a tanítványok dolgozatai töltenek meg. Ezután Hóman Bálint kultuszminiszter intézett a kormány nevében elismerő szavakat Bakay professorhoz a nemzet kulturája és közegészségügye érdekében eddig kifejtett működéséért. — A miniszter szavait követő taps elhangzása után Bakay professor meghatott szavakkal köszöntö meg ezt a tudta nélkül őt ért megtiszteltetést és hosszabb beszédben vázolta viszonozottság tanári működését a pozsonyi, majd a pécsi egyetemeken, melyeknek általa berendezett és működésbe hozott klinkáit ott kellett hagynia, hogy végül pesti katedra-

CSIZ-fürdő (Gömör megye)

Jód-brómos-konyhasós GYÓGYFÜRDŐ

literenként: 0.0428 g jód, 0.123 g bróm és 18.2 g konyhasó ivó és fürdőkúrák, inhalatórium.

Indicációk: Arteriosclerosis és következményei, endemiás és parenchymás struma, chronikus rheumatismus, izzadmányok, adnex gyulladások, neurasthenia, neuritis, skrofulosis, csont-, ízületi mirigy tbc., idült légcső és hörghurutok. **Idény:** május 1-től — szeptember 30-ig. **Olcso elő- és utóidényárak.** — Gyorsvonat: Budapest — Fülek — Cszifürdő, közvetlen kocsis, menetidő 3 óra, visszautazásnál 10 napi tartózkodás után 50%-os vasuti kedvezmény.

ráját foglalja el és tegye oly áldásos és teremtő munka színhelyévé, amelynek azt ma ismerjük.

Ezzel az szép ünnepség véget ért. Az ünnepeket, hívei és tanártársai valamint a miniszterek és államtitkárok még virágokkal elborított szobájába kísérték és sokáig beszélgettek vele, míg végre elhagyták az épületet, hol a humanitás és tudomány szakadatlan munkája a nagy Mester vezérlete alatt újra kezdetét vette. Mi olvasóinkkal együtt meghatott szívvel csatlakozunk az ünneplők seregéhez.

Személyi hír. A kormányzó a külügyminiszter előterjesztésére megengedte, hogy *Hóman Bálint dr. m. kir. titkos tanácsos, vallás- és közoktatásügyi miniszter* a német Sasrend nagykeresztjét, *Reményi-Schneller Lajos dr. pénzügyminiszter* az olasz Koronarend nagykeresztjét, *Fülei-Szántó Endre dr. vallás- és közoktatásügyi minisztériumi miniszteri tanácsos, a lengyel Polonia Restituta rend középkeresztjét, Darányi Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár* a bulgár Polgári Érdemrend középkeresztjét, *Melly József dr. egyet. magántanár, székesfővárosi tisztiorvos* a bulgár Polgári Érdemrend középkeresztjét, *Keller Lajos* az Országos Stefánia Szövetség igazgatója, a bulgár Érdemrend középkeresztjét, *vitéz Nagy Iván dr. vallás- és közoktatásügyi minisztériumi miniszteri titkár, a lengyel Polonia Restituta rend tisztii keresztjét* elfogadja és viselhesse. — *Kreiker Aladár* professor, a debreceni egyetem szemészeti klinikájának igazgatója nevét *Kettesy-re* változtatta.

Halálozás. *Bárdossy István dr.,* a Szent István-kórház gyermeksebészeti osztályának adjunctus vezetője, a Tesz társelnöke, a MONE háznagyja, orvosi kötelességének teljesítése közben szerzett fertőzés következtében, 35 éves korában, tragikus váratlansággal meghalt.

Sümei József dr. fürdőorvosi gyakorlatát Balatonfüreden május hó 1-én kezdi meg.

GLUTEPSIN

glutaminsavas sósav és pepsin

gyomorsavhiány, gyomorsavcsökkenés eseteiben

a gyomorszekréció legerősebb ingere

Mintát és irodalmat kívánságra megküld

TRES R. T. Budapest II3.

HETIREND

Május 3-án d. u. 6 óraker: az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága előadásorozata (Szemészeti klinika). *V. Szathmáry Zoltán:* A film szerepe a terhesség- és gyermekágyasvédelemben. (Filme bemutatásával).

Május 5-én d. u. 6 óraker a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése. Bemutatók: *Matolay György:* Idős csipőficam operált esete. *Huzella Tivadar:* Adatok a skleromás sarjszövet hystogenesiséhez a Neuber-féle vacinakezelésre gyógyult eset szövettani vizsgálata alapján. Előadások: *Prof. Wilhelm Berger* (Graz): Die Arthritiden der Tuberkulösen. *Prof. E. B. Verney* (Cambridge): Eine experimentelle Untersuchung des renal verursachten Hochdrucks.

Frontátvonulások és kísérő jelenségeik április 18—24. között. Ezen a héten felsiklási front egyáltalán nem érkezett. A betörési frontok számag megfelelt az évszaknak. Igen erős fejlettségű volt az ápr. 18. hajnali frontátvonulás, (mely három hetes szárazság után országos esőt okozott) és az ápr. 23. délelőtti frontátvonulás. Ezenkívül említett érdemel az ápr. 20. délelőtti betörési front; ez meteorológiai szempontból ugyancsak mérsékelt fejlettségűnek minősítendő, de frontopathicus reakciói úgyilatszük erőteljesek voltak, mert értesülésünk szerint fiatalokoruaon tömeges és feltűnő mértékű vérnyomásemelkedést észleltek. Ezt a frontátvonulást a légnyomásnak semmiféle változása nem kísérte. A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatók:

Átvonulás ideje Budapestben	A front fajta	Fejlettsége	Kísérő eseményei
18	0	—	Gyenge Szélcsend után szélroh. 7 m/mp., 1 mm eső
18	3	—	Erdős Szélc. után szélvih. 22 m/mp., 8 mm. eső
19	21	o	Gyenge Szélelék. 8 m/mp.
20	8	o	Mérsék. Erdős postfrontalis Cumulus-borulás
20	15	o	Gyenge Szélelék. 10 m/mp.
20	16	—	" 8 "
20	22	—	" 7 "
21	4	—	" 6 "
21	10	o	Mérsék. Erdős Cumulus-congestus borul. szélrohamok
22	4	—	Gyenge Néhány kis szélroham
22	22	—	" Kis szélélénkülés
23	2	—	" Egy szélhök. és szélfordul. D-ről Ny-ra
23	8	o	Erdős Hirt. szélvih. 21 m/mp., borulás. lehülés
24	8	—	Gyenge Szélelék. 7 m/mp.-ig
24	11	o	Mérsék. " 13 m/mp.-ig, szélugr. Ny-ról É-ra

3431—1939. sz.

Hajduvármegye alispánjától.

PÁLYÁZATI HIRDETÉNY.

Hajdusoboszló m. városnál a 30723—1937. IV. sz. B. M. rendelet alapján ujonnan szervezett, s a m. kir. Belügyminiszter úr kinevezése útján élethossziglani hatállyal betöltendő X-ik fizetési osztályba sorozott

II. orvosi állásra

pályázatot hirdetek.

A pályázatra kiírt állás képesítését az 1883. évi I. t. c. 17. §-a és az 1936. évi IX. t. c. 1. §. 4 bekezdése, az illetményeket és előlépési viszonyokat pedig az 5600—1925. B. M. sz. rendelet állapítja meg.

Felhívom mindazokat az orvosdoktorokat, akik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy a 950—1936. B. M. sz. rendeletnek megfelelően felszerelt és a m. kir. belügyminiszter urhoz címzett pályázati kérvényüket Hajdusoboszló m. város polgármesterénél 1939. évi május 20 napjának déli 12 órájáig annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkező, vagy hiányosan felszerelt kérvények figyelembe vételni nem fognak.

A pályázati kérvényben eredetben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: születési anyakönyvi kivonat, hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítványt, magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt, az ország területén gyakorlatra jogosító oklevelet, egyetemi lecke-könyvet, kórházi szolgálati könyveket és szigorlati bizonyítványokat, tisztiorvosi képesítést igazoló okmányt, polgári közszolgálatban való alkalmazást igazoló okmányokat, közszolgálatra alkalmas szemlémi és testi épséget igazoló ujkéletű tisztiorvosi bizonyítványt, katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat, esetleges szakképzettségre és nyelvismeretre vonatkozó okmányokat és adatokat.

A pályázók kérelmükben a 920—1937. B. M. sz. rendelet értelmében nyilatkozni kötelesek a felől, hogy közhivataloknál, közintézményeknél stb. állandó javadalmazással járó orvosi képesítéshez kötött alkalmazást börtöltenek-e, vagy sem. Igenlő esetben az alkalmazandó szervezetet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölniük.

A pályázati kérelem, amely ezt a nyilatkozatot nem tartalmazza figyelembe nem vehető.

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

Az 1936. évi IX. t. c. 12 §-a értelmében városi orvossá ezáltal még kivételesen olyan orvos is kinevezhető, aki tisztiorvosi vizsgát nem tett. Az ilyen orvos azonban kinevezése esetén három éven belül tisztiorvosi képesítést megszerezni köteles, mert különben állását veszti.

Debrecen, 1939. április 14.

Rásó sk. alispán.

230—1939. kig. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A nógrádvármegyei „Mária Valéria” közkórházban lemondás folytán megüresedett *alorvosi*, illetve az esetleges előléptetés folytán megürülő egy *kisegítő orvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek.

Az alorvosi állások javadalmazása a 124.000—1926. N. M. M. sz. miniszteri rendeletben megállapított fizetés, 1 szobából álló lakás és tisztí élelmezés, amelyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. Pályázhatnak nőtlen, illetve hajadon orvosdoktorok. A kinevezés 2 évre szól, mely további 2—2 évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható.

A kisegítő orvos alkalmaztatása ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető és végleges alkalmaztatásra jogalapot nem szolgáltat. Az alkalmaztatás csak egy évre terjed és újabb pályázat által kerül újra betöltésre. Javadalmazása a kisegítő orvosnak másodmagával természetbeni lakás, fűtés, világítás és tisztí élelmezés, havi 80 P díjazás.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények 1939. május 20-án déli 12 óráig Baross József dr. főispánhoz címezve a kórház igazgatójához nyújtandók be.

A pályázati kérvényhez csatolandó: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. erkölcsi bizonyítvány (politikai megbízhatóságról); 3. magyar állampolgárságot igazoló okmány; 4. magyar orvosi diploma; 5. curriculum vitae; 6. testi és szellemi alkalmasságot igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány. Esetleges eddigi működést igazoló bizonyítványok.

Balassagyarmat, 1939. április 6.-án.

Kenessey Albert dr. s. k.
m. kir. egészségügyi főtanácsos,
kórházigazgató-főorvos.

FAGIFOR „Cito” lag. orig.

Calcium sókat tart. jóízű
mentholos kreosot syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak
specifikus gyógyszere

„CITO” gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV.

16.606—1939. fj.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Debrecen sz. kir. város törvényhatóságánál a normál-státus keretében szervezett s üresedésben álló *egy külsőségi kerületi városi orvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Az állást, az 1936:IX. tc. 11. §-ának (1) bekezdése értelmében a m. kir. Belügyminiszter Ur kinevezés útján tölti be.

Az állás a IX. fizetési osztályban szerveztetett meg s az utána járó illetményeket a mindenkor kormányhatósági jóváhagyást nyert közgyűlési határozatok szabályozzák.

A 316—1936. Bkgy. sz. közgyűlési határozat értelmében a kinevezendő orvos köteles a kormányhatósági jóváhagyást nyert 301—1937. Bkgy. sz. közgyűlési határozattal újból megállapított egészségügyi kerületi beosztás szerint a szolgálati beosztásnak megfelelő kerületben s a város Polgármestere által közelebbről megjelölendő helyen lakni.

A szabályszerűen felbélyegzett s az alábbiak szerint felszerelt pályázati kérvényeket, a m. kir. Belügyminiszter Ur Önagyméltóságához címzetten, ennek a pályázati hirdetménynek a Népegészségügy című hivatalos lapban közzétételétől számított 15 nap alatt, a közszolgálatban álló pályázók szolgálati úton, más pályázók pedig közvetlenül a városi közigazgatási iktatóhivatalban (Debrecen, Városháza, földszint 8. sz.) tartoznak benyújtani.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: a) születési anyakönyvi kivonat, nős pályázóknál házassági anyakönyvi kivonatot is; b) hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítványt; c) a magyar honosságot igazoló

hatósági bizonyítványt és pedig az 140—1936. B. M. sz. rendelet szerint, érte ezalatt: állampolgársági bizonyítványt, honosítási, visszahonosítási okiratot, a magyar állampolgárságnak az 1921:XXXIII. tc. 63. §-a alapján történt igénylését (optio) tanúsító igazolványt, vagy olyan községi illetőségi bizonyítványt, mely feltünteti, hogy a községi illetőség már az 1921. évi július hó 26. napján is fennállott; d) az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; e) egyetemi leckeönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; f) a tisztiorvosi képesítést igazoló okmányt. (Az 1936:IX. tc. 12. §-ának (1) bekezdése értelmében a most meghirdetett városi orvosi állásra olyan orvost is ki lehet nevezni, aki tisztiorvosi vizsgát még nem tett. Az ilyen orvos azonban az említett képesítést, a hivatkozott törvényszakaszban előírt határidő és a törvényes következmények terhe alatt megszerezni köteles.); g) polgári közszolgálatban való alkalmazást igazoló okmányokat; h) közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló új keletű tisztiorvosi bizonyítványt; i) a katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; j) az esetleges szakképzettséget igazoló okmányokat; k) az esetleges nyelvismereteket igazoló adatokat.

A pályázók kérvényükben, a 920—1937. B. M. sz. rendelet értelmében nyilatkozni kötelesek afelől, hogy közhivataloknál, közintézeteknél és közintézményeknél állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betöltenek-e vagy sem?

Igenlő esetben az alkalmazó szervezet és az élvezett járandóságok összegét is meg kell jelölniük.

Az a pályázati kérvény, amelyet a fentebb előírt nyilatkozatot nem tartalmazza, figyelembe nem vehető.

Közszolgálatban álló pályázók a fentebb felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi lappal (minősítési táblázattal) igazolhatják.

Debrecen, 1939. április 14.

Dr. Kölcsey Sándor
polgármester.

8280—1939. K. sz.

Szabolcs vármegye alispánja.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Nyiregyháza megyei városban lemondás folytán megüresedett egy a X. 3. fizetési osztályba sorozott *városi orvosi állásra* pályázatot hirdetek.

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

A kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: a) születési anyakönyvi kivonat, 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 leckeönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat, f) tisztiorvosi képesítést igazoló okmányt, g) polgári közszolgálatban való alkalmazást igazoló okmányokat, h) közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt, i) katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat, j) az esetleges szakképzettséget igazoló okmányokat, k) az esetleges nyelvismeretre vonatkozó adatokat.

Közszolgálatban álló pályázók az előírt követelmények közül azokat, amelyeket a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, ezzel igazolhatják.

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

Nyiregyháza, 1939. évi április 11.-én.

Dr. Borbély Sándor s. k.
alispán.

Svábhegyi Szanatórium

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

Lahmanszerű kúrák

Bircher—Benner-féle nyers-diéta

Adagolt lár



Pyrago "Cetta"-val!

L-ragy II. setia 6-6 amp.: P 107
6x0,05cs = P 57

Magyarországon 1939 április 2 től április 8-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb.) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Ce-rebrosp. e.		Polio-myelitis ac. ant.		Anthrax		Morbili.	Varicella	Pertussis	Influenza compli.	Malaria	Typhus exanth	
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	Mt
1. Abaúj-Torna	157.551	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—
2. Bács-Bodrog	115.387	—	—	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	2	—	—	—
3. Baranya	251.803	3	—	—	—	—	—	3	1	3	—	1	—	—	—	—	—	63	1	12	7	2	—	—
4. Bars és Hont	145.389	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3	1	1	—	—	—	—
5. Bereg és Ugocsa	162.173	2	—	—	—	—	—	3	—	5	—	—	—	—	—	—	—	1	4	1	3	33	—	—
6. Békés	339.708	—	—	—	—	1	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	21	7	6	1	1	—	—
7. Bihar	183.857	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—	22	3	—	1	1	—	—
8. Borsod	298.610	2	—	—	—	1	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	2	2	—	—
9. Csanád-Arad-Torontál	174.715	—	—	—	—	1	1	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	8	5	—	—	—	—	—
10. Csongrád	147.834	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	5	—	—	—	—
11. Esztergom	101.932	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
12. Fejér	230.967	—	—	—	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13. Gömör és Kishont	104.459	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—
14. Győr-Moson	157.476	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	15	—	—	6	—	—	—
15. Hajdú	183.748	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	3	—	—	—	—	—	41	3	4	1	2	—	—
16. Heves	324.836	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	8	1	4	1	4	—	—
17. Jász-Nagykun-Szolnok	426.074	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	13	7	14	3	—	—	—
18. Komárom	287.234	1	—	—	—	—	—	3	1	10	—	1	—	—	—	—	—	2	1	3	1	—	—	—
19. Nógrád	256.727	6	—	—	—	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	—	—	7	5	—	—	—	—	—
20. Nyitra és Pozsony	190.811	5	—	—	—	—	—	6	—	1	1	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
21. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.503.136	3	—	—	—	1	—	9	—	39	1	—	—	1	—	—	—	15	15	14	4	—	1	1
22. Somogy	391.883	1	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	21	6	4	—	12	—	—
23. Sopron	141.863	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
24. Szabolcs	429.614	6	2	—	—	—	1	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	98	4	17	—	18	—	—
25. Szatmár	137.494	1	—	—	—	—	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	18	—	1	—	4	—	—
26. Tolna	264.410	—	1	—	—	—	—	2	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—	3	5	—	—	—	—
27. Ung	73.269	—	2	—	—	—	—	5	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—
28. Vas	271.102	1	—	—	—	—	—	6	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—
29. Veszprém	249.509	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	56	1	1	—	1	—	—
30. Zala	370.132	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16	—	3	—	13	—	—
31. Zemplén	198.948	2	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	4	—	—	20	—	—
I. Baja	31.644	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
II. Budapest	1.067.124	7	—	—	—	4	—	23	—	53	1	—	—	—	—	—	—	65	66	12	6	—	—	—
III. Debrecen	127.817	—	—	—	—	1	—	4	—	3	—	1	—	—	—	—	—	36	3	4	—	2	—	—
IV. Győr	51.115	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	19	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.076	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—	—	—
VI. Kassa	58.082	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	1	—	2	—	—
VII. Kecskemét	83.559	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII. Miskolc	67.373	—	—	—	—	4	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	10	1	—	—	—	—
IX. Pécs	73.204	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	25	2	5	1	—	—	—
X. Sopron	35.974	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
XI. Szeged	140.671	—	—	—	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	—	—	76	2	—	—	—	—	—
XII. Székesfehérvár	42.253	—	—	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Összesen:	10.110.543	48	6	1	—	16	2	106	4	170	5	15	1	1	1	1	—	685	161	126	41	126	1	1

DESEPTYL-CHINOIN
STREPTO-, MENINGOCOCCUS ÉS BACTERIUM COLI
FERTŐZÉSEK CHEMOTHERAPEUTICUMA

10 és 20 darab tableta
5 és 2 kcm ampulla
5 darab végbélkup
Pulvis pro receptura



1 tableta tartalmaz:
 0.28 g. Acid. acet. sal.,
 0.013 g. Chln. citr.
 0.04 g. Li. citr.

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

**Antineuralgicum
 Antipyreticum
 Antirheumaticum
 Analgeticum**

Mintával és magyar szakiradalommal szolgál:
Dr. Filo János
 „Szent Keresztély” gyógyszerháza
 Budapest, VIII., Mátyás-tér 3.

218.380—1939. XVII. B. M.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Magyar Szent Koronához visszacsatolt felvidéki területeken főhatóságom alá került kassai, munkácsi és rimaszombati m. kir. állami gyermekmenhelynél betöltésre kerülő és az igazgatói teendőket ellátásával egybekötött egyegy, összesen három főorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A kinevezés a m. kir. állami gyermekmenhelyek orvosi létszámába, az állami rendszerű VIII. fizetési osztály 3. fokozatába fog történni.

A kassai és munkácsi m. kir. állami gyermekmenhelyeknél az igazgatói teendőket ellátó főorvosok részére természetbeni lakás igénybevétele kötelező.

A kinevezésnek előfeltétele a gyermekorvosi képesítés igazolása.

Egy pályázati kérvényben pályázni lehet mind a három gyermekmenhely főorvosi állására. A pályázó kérvényében megjelölheti azt a helyet, ahová kinevezését elsősorban kéri. Fenntartom azonban magamnak azt a jogot, hogy a pályázókat a kassai, munkácsi vagy rimaszombati gyermekmenhely bármelyikéhez kinevezzem, illetve szolgálattételre beosztom.

A pályázati kérvényekhez eredetben vagy hiteles másolatban csatolandók: 1. orvostudori oklevél, 2. állampolgárság igazolása, 3. születési bizonyítvány, 4. az eddigi működést is feltüntető életrajzi adatok (curriculum vitae), esetleges tudományos működés igazolása (a kiadványok 1—1 példányának csatolásával), 5. gyermekorvosi képesítés, 6. Magyarországnak a trianoni békeszerződés által megállapított területéről pályázóknál orvoskamara tagságot igazoló újkeletű bizonylat, 7. esetleges katonai szolgálat igazolása, 8. közszolgálatban nem állóknál feddhetetlen előéletüket, közszolgálatra való alkalmasságukat igazoló hatósági erkölcsi bizonyítvány, illetőleg újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány, 9. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecské és szigorlati bizonyítványok.

A pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek afelől, hogy közhivataloknál, közintézményeknél és közintézetek-

nél állandó javadalmazást betöltöttek-e vagy sem? Igenlő esetben az alkalmazó szervezet és az élvezett összes járandóságok összegét meg kell jelölni.

Közszolgálatban álló pályázók a fentebb felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi lap (minősítési táblázat) hiteles másolatával igazolhatják.

Az állások betöltésénél — amennyiben szakszempontból az illető állásra képzettségüknel és gyakorlatuknál fogva megfelelnek, — a 2500—1939. M. E. számú rendelet (megjelent a Budapesti Közlöny 1939. évi február hó 26-iki 47. számában) 7. §-ában foglaltak értelmében — feltéve, hogy a közszolgálatban alkalmazáshoz szükséges követelményeknek megfelelnek — más jogszabályokban meghatározott elsőbbségi igényre tekintet nélkül elsőbbségi igényük van azoknak,

a) akik az 1921. évi július hó 26. napjáig kinevezett (évi fizetéses, megválasztott) minőségben mint magyar közszolgálati alkalmazottak szolgálatot teljesítettek, vagy szolgálati kötelekben állottak és akiknek állomáshelye az 1921. évi július hó 26. napján a visszacsatolt felvidéki területeken volt, állásukat azonban magyarságuk miatt minden eljárástól elvették és azóta állandóan a visszacsatolt felvidéki területeken laktak;

b) akik az 1921. évi július hó 26. napjáig kinevezett (évi fizetéses, megválasztott) minőségben mint magyar közszolgálati alkalmazottak szolgálatot teljesítettek vagy szolgálati kötelekben állottak és akiknek állomáshelye az 1921. évi július hó 26. napján a visszacsatolt felvidéki területeken volt, állásukat azonban magyarságuk miatt minden eljárástól elvették és Magyarországnak a trianoni szerződéssel megállapított területére költözve, itt a közszolgálatban sem elhelyezést nem nyertek, sem ellátásban nem részesültek;

c) akik az 1938. évi november hó 2. napján a visszacsatolt felvidéki területeken kinevezett (évi fizetéses, megválasztott) minőségben cseh-szlovák közszolgálatban állottak;

d) az a) pont alatt említetteknek olyan leszármazói, akik jelenleg Magyarország területén laknak;

e) mindazok, akiknek az 1938. évi november hó 2. napján visszacsatolt felvidéki területeken állandó lakhelyük volt.

Az említett 7. §. hatálya alá tartozó pályázók képesítésüket az idézett 2300—1939. M. E. számú rendelet 11. §-ának (1) bekezdésében, állampolgárságukat pedig ugyanezen §. (4) bekezdésében foglaltak értelmében tartoznak hiteltérdemlően igazolni.

Ugyancsak hiteltérdemlően tartoznak igazolni azt is, hogy az említett kormányrendelet 7. §. a), b), c), d) vagy e) pontja hatálya alá tartoznak. Az esetleg idegen nyelven kiállított bizonyítványok hiteles magyar fordítása is csatolandó.

A meghirdetett állások átmeneti létszámba tartoznak, ezért azok a végleges létszám megállapításáig ideiglenes minőségűek.

A 2300—1939. M. E. számú rendelet 7. §. (1) bekezdésének a), b), vagy c) pontja, továbbá a 8. §. (2) bekezdése alá eső pályázók ezen rendelet 13—19. §-aiban foglaltak figyelembevételével lesznek fizetési osztályba és fokozatba besorozva.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felbélyegzett pályázati kérelmeiket ezen pályázati hirdetménynek a „Budapesti Közlöny” című hivatalos lapban történt első közzétételétől számított 15 napon belül a m. kir. Belügyminiszterhez címezve nyújtsák be.

Az ezen határidőn túl beérkező és nem kellően felszerelt pályázatok nem fognak figyelembe vétetni.

Budapest, 1939. évi április hó 22-én.

A miniszter helyett:

Dr. Johan s. k.
 államtitkár.

Lapunk mai számához a Richter Gedeon vegyészeti gyár rt. (Budapest, X.), gyógyszerkészítményeiről szóló ismertetést mellékeljük.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Jubileumi évfolyam

Gyermekkori bárzsingszűkületek tágítása kapcsán létrejövő művi átfürödés.

A gyakorlóorvos, különösen vidéken gyakran kerül abba a helyzetbe, hogy lügmérgezett gyermek bárzsingszűkületének tágítását kell vállalnia. Jelen sorok célja, ezen kezelési mód legsúlyosabb szövödményének, a művi perforationak létrejöttét, tüneteit, gyógykezelési módját és elkerülésének lehetőségeit szélesebb orvosi körökkel megismertetni.

A nyelöcszűkületek kezelésének legelterjedtebb módja a félkemény szondákkal végzett tágítás. Ezen kezelés alkalmával nélkülözve szemünk ellenőrzését, kizárólag tapintóérzékünkre vagyunk utalva, miért is az nehez és veszélyes művelet. A művi bárzsingperforatio rendszeren erősen szűkült nyelöcsövek tágításakor, különösen pedig rakoncátlanul viselkedő és erősen feszítő gyermekek kezelésekor következik be. A tágító szondát vezető orvos úgy érzi, hogy az addig csak nagy nehezen letolható sonda egy zökkenés után könnyen csúszik le. Ezzel egyidejűleg a szondázott gyermek arca eltorzul és hasához kapkodva, azt erősen fájditja. A kihúzott sonda vége rendszeren véres. A további tünetek attól függenek, hogy a nyelöcső melyik szakaszán történt a perforatio? Ha a bárzsing felső harmadát a mediastinum felé furta át a sonda, úgy a nyakon rövidesen feltartóztatathatatlannal elterjedő bőralatti empysema mutatkozik. Ha a sonda a mellüregbe jutott, úgy néhány óra múlva a mellkas valamelyik oldalán fellépő tompulat mellett levegő jelenlétét tudjuk a mellüregben kimutatni. (Genylégmell). Ha a sonda a diaphragmát furta keresztül, úgy a has meteorismusa, rendkívüli fájdalmasága és csillapíthatatlan hányás jelzik a vészes hashártyagyulladás kifejlődését. Ezen helybeli tünetek mellett minden esetben a beteg közérzetének feltűnő rosszabbodása észlelhető. Fájdalmas arc, beesett, árnyékolt szemek, hűvös végtagok, nyögő, nehezített légzés, rendkívül bágyadtság és elesettség, valamint gyorsan romló, könnyen elnyomható s rendkívüli szaporává váló érverés jelzik a beteg állapotának katasztrofális voltát. A halálos lefolyás rendkívül gyors, ritkán haladja meg a 48 órát. Ha szondánk a bárzsingot nem furta át, csupán csak felsértette, akkor a kezdeti fulminans általános tünetek megfelelő kezelésre megnyugszanak; a végzetes helybeli jelenségek (nyaki emphysema, pyopneumothorax, peritonitis) kifejlődése elmarad s a beteg a traumát rövidebb-hosszabb idő alatt kiheveri.

Ez a végzetes szövödmény, mely az esetek túlnyomó részében halálos végű, sajnos elég gyakran fordul elő. A Sz. István kórház gyermekosztályának 22 és 1/2 évi anyagában 26 esetet észleltünk, ezek közül ötöt már perforált állapotban vettünk fel. Az átfürödés 18 esetben félkemény sonda alkalmazása mellett, ötször oesophagoskopon át szintén félkemény szondákkal történt tágítás kapcsán, 3 esetben pedig korai szondázás folyamán következett be. A baleset előidézésében tehát a félkemény szondák dominálnak.

Mit tehetünk ezen életveszélyes szövödmény elkerülése érdekében? Miután, sajnos több évtizedes küzdelem dacára sem tudtuk elérni azt, hogy Magyarországon a lúgkőárúsítás betiltása révén a lúgkőmérgezések a gyermekvilágból kiküszöböltesse, tisztában kell len-

nünk azzal, hogy azok káros következményei a nyelöcszűkületek gyakran kerülnek szemünk elé. Ezek kezelésekor pedig kénytelenek vagyunk a félkemény szondákkal dolgozni. A meddig a puha gyomorcsövekkel történő korai Salzer féle szondázás nem lesz az orvosok közkinccse, addig ez a helyzet nem fog változni. Annál kívánatosabb volna, hogy ez a kisebb veszélyekkel járó eljárás, melynek eredményeképp az esetek túlnyomó többségében a szűkület kifejlődésének megállítását biztosan remélhetjük, a gyermekkori friss lügmérgezések esetében általánossá váljék. Felhasználok ezt az alkalmat arra, hogy kartársaim figyelmét felhívjam „Az orvosi gyakorlat kérdései” 1937. évfolyamában megjelent cikkemre, amelyben a Salzer féle korai szondázás technikai kivételével részletesen foglalkoztam s annak nagy jelentőségére mutattam. Itt csak azt akarom kiemelni, hogy a Salzer féle kezelést a lúgvást követő második napon puha gyomorcsövekkel kell megkezdeni. 1—3 évig 9—10 mmes, 4—7 éves korig 10—11 mm, 7 éves koron túl pedig 12 mm átmérőjű szondát vezetünk le. Az első 3 héten naponta, a 4 héten harmadnaponként, az 5—6 héten negyed naponként tölva le a szondát, azt minden alkalommal félórát hagyjuk benn. Kezelés minimális időtartama 6 hét; utólagos ellenőrzés kívánatos. A gyakorló orvos tehát sohasem mulassza el gyermekeken a korai szondázás rendszeres és szabályszerű megkezdését és folytatását. Ha ennek akadályai volnának, úgy betegét olyan kórházba utalja be, a mely ennek szabályszerű keresztülvitelét vállalja.

Mi legyen a teendők, ha már kifejlődött nyelöcszűkülettel állunk szemben? Nézetünk szerint a tágítást csupán abban már gyakorlatot szerzettnek szabad vállalnia. Nehezen tágítható szűkületek, a szondázáskor rakoncátlanul viselkedő gyermekek kezelését ne vállalja a gyakorló orvos, már csak jól felfogott érdekből sem. Ezek az esetek a lügmérgezetekkel szakszerűen foglalkozó kórházi osztályokba utalandók be. Vállalt esetünk kezelésekor a következő irányelvek szerint járjunk el. A szondázást, a műveletünket erősen zavaró hányás elkerülése miatt, mindig reggel éhgyomorral végezzük. Mindenekelőtt igyekezzünk a félő, nyugtalankodó gyermeket megnyugtatni. Szükség esetén előzetes domatrin injectio adása megkönnyíti munkánkat. Ne használjunk kihegyesedő végű szondákat, hanem tompa lekerekített végűekkel dolgozzunk. A szondákat mindig lassan, óvatosan, türelemmel toljuk le. Folyton nyelesük a beteget s minden nyeléskor centiméterenként előrehaladva vigyük mélyebbre a szondát. *Erőszakosan szondázni, a szondát erőltetve letolni, annak gyorsabb előrehaladását kikényszeríteni sohasem szabad!* A balesetek rendszerint ilyenkor következnek be. Ha kezelésünk folyamán úgy látjuk, hogy a bárzsing tágításával nem haladunk előre, e mellett betegünk nyelése rosszabbodik, testsúlya fogy, úgy ne kísérletezzünk tovább, de utaljuk kórházi kezelésre a beteget. Jóvá nem tehető kár származnék abból, ha a beteg már erősen leromlott állapotban, az inanitio határán jut a kórházba, mert ilyen esetekben a gastrostomiával párosult retrograd szondázás kilátásai is rosszak.

Bár még mindig érvényben van néhai Kovács prof. híres mondása: „csak az nem perforált, ki tömegesen nem szondázott” mégis az a meggyőződés, hogy a fenn

vázolt módon járva el, a balesetek számát lényegesen le tudjuk csökkenteni. Ha minden óvatosságunk dacára is kezelésünk folyamán a perforatio gyanuja felmerült, úgy ne késlekedjünk a betegnek azonnali kórházba szállításával.

A művi átfuródás *Lotheissen* szerint a bárzsing bármelyik szakaszán bekövetkezhetik; leggyakoribb helyek szerinte: a bifurcatio tracheae magasságában a nyelőcső baloldala és a cardia felett a nyelőcső jobboldala. Saját anyagunkban a perforatio az esetek kétharmadában a bifurcatio tracheae magasságában következett be, még pedig valamivel gyakrabban magában a szűkületben, mint a felette lévő tágult részben.

Kórházi gyakorlatunkban bárzsing perforatio gyanuja esetén első teendőnk a szájon át táplálás azonnali betiltása. A szervezet folyadékészükségletét cseppklymával, továbbá bőralatti vagy intravénás infúzióval pótoljuk. Ha az átfuródás gyanuja beigazolódott, úgy a táplálás biztosítására gyomorsipolyt készítünk. Genylégmell kifejlődése esetén bordacsonkolást végezzük. Ezekon kívül a legerélyesebb stimulációt vesszük igénybe. Sajnos mindezen beavatkozásaink ellenére a beteg megmaradására kevés a remény. 26 esetünk közül, csupán kétőt sikerült életben tartani.

Miután a bárzsing művi átfuródásának gyógyulási lehetőségei ilyen minimálisak, minden orvosi igyekezetünk oda irányuljon, hogy óvatos és türelmes ténykedésünkkel e végzetes baleset lehetőleg elkerültessek. E mellett legyünk a lúgkő betiltására irányuló mozgalom lelkes támogatói s igyekezzünk a gyermekkori friss lúgmérgezések eseteiben a korai szondázást minél kiterjedtebben igénybe venni.

Faludi Géza dr.
közkórházi főorvos.

Parkinsonismus és terapiája.

Az elnevezés ismert módon onnan származik, hogy a tüneti kép lényegileg megegyezik a genuin idiopathikus morbus Parkinsonéval, amelynek kóroka ismeretlen.

Therapiás szempontból igen fontos elkülöníteni a postenkephalitis és symptomás parkinsonismust.

Előbbi — mint ismeretes — a *Cruchet-Economo* f. encephalitis epidemica utóbetegsége, amely vagy közvetlenül csatlakozik az akut szakhoz, vagy hónapok, évek múlva követi azt. *Utóbbi* kórokai közül az arteriosclerosist, agydaganatot, traumát, infectiós betegséget (lues, malaria), mérgezést (CO és világító-gáz, mangán, veronál, ritkán phosphor, salvarsan) és elvéve a strangulációt említhetjük, amelyek az extrapyramidalis rendszer megfelelő gócainak bántalmazása utján ugyanazt a tüneti képet okozhatják.

Az elkülönítésben segítségünkre van elsősorban az előzmény: előrement akut, lethargiás encephalitis (aluszékonyság, szemizombénulás), továbbá a kor és a felsorolt betegségek egyéb jellemző tünetei: így pl. arteriosclerosisban balszívhypertrophia, csekély albuminuria, agydaganatban az ismert agygyomások tünetek stb. Az összes felsorolt lehetőségekben a *tüneti kép* lényege az extrapyramidalis rigiditas és a tremor, amelyek többnyire kétoldaliak, de lehetnek féloldaliak, sőt a leggyakrabban féloldalt erősebben kifejezettek. *Korai tünetek*: az arc merevsége (amimíája), végtagremegés, fokozott nyál-elválasztás az együttmozgás csökkenése vagy hiánya, fokozódó psychés apathia. A *kialakult kórképet jellemzi*: mozgásszegénység, görnyedt testtartás, rigor (izommerevség), passiv végtagmozgatáskor a Negro-f. fogaskerek tünet, másodlagos contractura, pulsiós tünetek Sarbó

f. hyptokinesis: a beteg hátraesik, ha az állát felemeljük, apróléptű járás (brachybasia), halk vagy clonicusan ismétlődő beszéd (logoclonia), u. n. tekintési görcs (a szemek „fennakadása”), különböző tic-ek (torticollis, facialis tic stb.); vegetatív idegrendszeri zavarok: ke-nőcsös arc (Sarbo, T. Coku), nyálfolyás, izzadás, teljes vagy reflektoros pupilla-merevség.

Psychésen jellemző a szellemi tevékenység csökkenése: bradyphrenia.

A *therapia* feladata az amyostatikus syndroma, a vegetatív zavarok, a remegés és szemfennakadás enyhítése ill. megszüntetése. Ennek leginkább a solanaceák csoportjába tartozó növények alkaloidái felelnek meg: atropin, scopolamin, hyoscyamin, duboisin. Kérdés, melyiket válasszuk?

Az egyes alkaloidák közül leginkább bevált az atropin, a Roemer-Kleeman f. atropin-kúra formájában. Lényege az *optimalis atropinadag* pontos beállítása s ennek pilulában tartós kuraként rendelése. — A beállítás injectióval vagy cseppekkel történik (0.5%-os oldat 1 cseppje ¼ mgm-ot tartalmaz). A napi adag átlagban 10—20 mgm között ingadozik. A scopolamin leg-hatásosabb a kevésbé mérgező *genoscolamin* (½ mgm) pilula formájában. Porban (pulvis rhiz. scopoliae: 0.10) kevésbé hatékony, injectióban, (scopolamin hydrobronicum ¼—½—1 mgm) hatása gyorsan mulik. A másik 2 alkaloida nem nyújt különösebb előnyt.

Az atropin-csoportba tartozó alkaloidák *synergetikus hatását* használja ki az u. n. „bolgár”-kúra, amelynek lényege a belladonna-gyökér megfelelően készült 5%-os, alkoholos főzete; adagja: 5 ccm (ill. egy kávéskanál), amellyel 2—5 mgm-ként fokozatosan emeljük az optimum eléréséig. A különböző országok kutatói (az olasz *Panegrossi*, az osztrák *Kauders*, legújában a németek) a bolgár-belladonna gyökér magas összalkaloida tartalmát saját hazájuk növényében is megtalálták (mi is *dr Csipke* magántanárval) s azóta ezt használják. A belladonna gyökér-főzet főleg atropint és hyoscyamint és csak igen kevés scopolamint, belladonint, duboisint tartalmaz. *Előnye* az atropinnal szemben: gyorsabban hat, kisebb adaggal ugyanazt a hatást érzük el (megfelelő átszámítással), kihagyásakor nincs „kiesési”-tünet (atropin-éhség), huzamosabb szedés esetén az optimalis adag fokozatosan csökkenthető, a remegést és tekintő görcsöt az atropinnál jobban befolyásolja. Tapasztalataink szerint a bolgár és magyar gyökér-főzet hatása lényegileg megegyezik, mindkettőnél fontos az összalkaloidtartalom ismert volta (50—60%). Az amyostatikus syndromát — mai gyógyszereink birtokában — ezzel tudjuk leghatározottabban befolyásolni. Csaknem igen jó a vegetatív zavarokra és a tekintőgörcsre gyakorolt hatás, míg a hyperkinesisre esetenként változó, sokszor múltó jellegű.

A belladonna-gyökér alkaloidtartalmának változékonyságát standard készítményekkel kísérik meg kiküszöbölni. Ilyen a magyar *bellafit* tabl. (1 tabl. 0.25 mgm alkaloida), inj. és csepp (1 ampulla ill. 20 csepp 0.50 mgm alkaloida), a német *radix belladonnae Teep mite és forte* tabl. (0.5—1 mgm összalk.), amelyek a gyakorlatban jól beválnak.

A banisterin, harmin injectiók a rigiditást gyorsan oldják, de hatásuk múltó s ezért megfelelő módon illesztendők be a kezelési programba.

A narkolepsiás encephalitis következmények (kataplexia, gelolepsia stb.) kitűnően befolyásolhatók a *Benedek* és *Thurzó*, által ajánlott suboccipitalis levegőbefúvás által, amely eljárásnak számos, főleg gyógyszeresen nehezen befolyásolható parkinsonismus esetben általában is megvan a jelentősége.

A gyógyszeres kezelés szükséges kiegészítője a rendszeres physiko- és heliotherapia, amelynek célja az akaratos mozgás műveletek nehézségének és kötöttségének felszabeditása, egyszóval a mozgás reeducatiója (*Panegrossi, Benedek*).

Ismertetett kezelési eljárás elsősorban a postenkephalitises parkinsonismusra vonatkozik, bár esetenként kísérletet tehetünk egyes symptomás alakban is, így pl. az arteriosclerotikus parkinsonismusban. Nagyon természetes, hogy ilyen esetben a kóroknak megfelelő gyógykezelésen kell a hangsúlynak lennie.

Lehoczky Tibor dr.
egyetemi magántanár.

Pyorrhoea alveolaris.

Régen használt rossz elnevezések némelykor annyira népszerűvé és megszokottá válnak, hogy kiirtásuk, jobbal helyettesítésük csaknem lehetetlen. — Így vagyunk a pyorrhoea alveolaris elnevezéssel is. Valamikor az ingyulladás egyik idült alakját elnevezték pyorrhoeának azért, mert némelykor genyfolyást is észleltek e betegséggel kapcsolatban. Ma már tudjuk, hogy a genyfolyás sem nem állandó, sem nem jellegzetes tünete a pyorrhoeának, hanem csak kísérő tünete annak a másodlagos fertőzésnek, mely könnyen és gyakran társul a folyamathoz. Az utolsó évtizedek kutatásai megállapították, hogy a pyorrhoea a fogat környező és rögzítő szövetek idült betegsége. Ezen fogkörnyéki szöveteket paradentiumnak nevezik. A paradentium szövetéről pedig kiderült, hogy élettani, de kórbonctani szempontból is közös tulajdonságokkal bírnak. Így pl. a paradentium a fog megjelenésével fejlődik ki és a fog elvesztése után felszívódik. Csecsemőkorban, amikor még fog nincsen, paradentium sincs. Öregkorban viszont, de előbb is, ha a fogat eltávolították a paradentium szövetei szintén eltűnnek, illetve előbb-utóbb felszívódnak.

Kórbonctani vonatkozású sajátossága e szöveteknek úgy progressiv, mint regressiv irányban megállapítást nyert. Saját vizsgálataim alapján megállapíthattam azt, hogy a kórbonctanból epulis néven ismert daganatfélelenség a paradentium szövetek progressiv elváltozása, melyet épen ezért helyesen paradentomának nevezünk. A paradentium regressiv elváltozása a pyorrhoea alveolaris néven ismert betegség, amelyet a folyamat kórbonctani vonatkozása miatt paradentosisnak nevezünk. A paradentium gyulladását pedig paradentitisnek mondjuk. Az elnevezés körüli zavarok ilymódon tisztázódtak.

Paradentosis (pyorrhoea alveolaris) — mint gyűjtőfogalmú elnevezés — alatt a fogat környező és rögzítő szövetek (paradentium = csontos fogmeder + gyökérhártya + iny) idült betegségét szoktuk érteni, melynek jellegzetes tünete a fogmeder sorvadása, a fogak meglazulása és a fogat környező szövetek másodlagos genyes gyulladása. Az elméletek egész sorával rendelkezünk, de a betegség kórbanat tisztázottak még nem mondhatjuk. Régebben tisztán helyi bántalomnak tekintették, ma már azonban tudjuk, hogy számos baj részjelenségeként, helyi megnyilvánulásaként is támadhat paradentosis.

A helyi okok közül mint leggyakoribbakat a fokozott fogkőképződést és lerakódást (Schmutz-pyorrhoea), a fogak túlterhelését és éjjeli fogcsikorgatást és az inynek heveny vagy idült fertőzésekből származó lojait említhetjük, mint hajlamosítókat. Egyes esetekben a

családi öröklékenység is szerepel a paradentosis keletkezésében.

Mai elgondolásunk szerint a paradentosis kórkörtanában mind nagyobb jelentőséget tulajdonítunk az általános okoknak, mint a helyieknek. Álláspontunkat igazolni látszik egyrészt a fogágy (paradentium) szöveteinek mint bonctani, élettani, fejlődéstani és kórtani egységének megismerése, másrészt azok a laboratorumi kutatások és klinikai észlelések, melyek szerint e szövetek végszervbántalmai, bevezetői vagy jelzői valamely bekövetkező szervi vagy anyagcsere-megbetegedésnek.

A paradentosis úgy a fogak élettartama, mint helyi tünetei miatt igen komoly problémája a stomatológiának. Amerikában a lakosságnak kb. 50%-a veszíti el fogait paradentosis következtében. Igen elszomorító adatok ezek, különösen ha még azt is megemlítjük, hogy e betegség a 30—40. év között fordul elő leggyakrabban. A betegség leküzdésére két mód áll rendelkezésünkre: az egyik a megelőzés, a másik a baj korai felismerése és rendszeres szakorvosi kezelése. A paradentosis megelőzése céljából kívánatos a tökéletes szájhygiénét biztosítani már a gyermekkortól és a helyi kóros elváltozásoknak és rendellenességeknek kiküszöbölése mellett jó rágásról gondoskodni.

A betegség gyógyítása céljából a tünetek korai felismerése és azoknak megszüntetése mutatkozik legcélszerűbbnek. A paradentosis rendszerint fájdalomtalanul támad és a betegnek subjectiv panaszokat alig okoz. Az objectiven észrevehető első tünete a fognyak körüli iny livid elszíneződése, illetve a foghús szélének belöveltsége és genyes átívódása. A foghús vérzékenysége fogtisztításkor válik feltűnővé, sőt némelykor ijesztővé annyira, hogy ez az egyetlen panasza betegeinknek. E tünetek a betegségnek csak hosszabb fennállása után súlyosbodnak, amikor észrevehetőbbé válik mind az objectiv vizsgálattal, mind a röntgenképen, hogy a csontos fogmeder sorvad és a fog, valamint az iny széle közt tasak támad, melyből már enyhe nyomással is genyet préselhetünk ki. Miután a geny másodlagos fertőzés eredménye, ezt már megelőzte az iny szélének meglazulása és a fogmeder széli sorvadása. A betegség súlyosbodása azáltal válik könnyen felismerhetővé, hogy a fog és iny közti tasak mélyebb lesz, az ingyulladás előrehalad, a fogat tartó csontos fogmeder jobban sorvad, a fog meglazul és a szabaddá lett foggyökérrészletek érzékennyé válnak. E tünetek mindaddig súlyosbodnak, míg végül a fog kiesik és ezzel a paradentosis is megszűnik. Súlyosabb helyi tünetek csak ritkán fejlődnek és azok is csak akkor, ha a geny kifolyása akadályozott. Ilyenkor körülírt tályog (parulis), ritkábban csonthártya vagy csontvelőgyulladás támad.

A fog meglazulása természetesen a rágást csökkenti, de legkomolyabb veszélyt a tasakból kiömlő és állandó genyfolyás jelent, melyet a beteg folytonos öblögetéssel nem tud megszüntetni s így kénytelen azt lenyelni.

A paradentosis gyógyításának megemlétekor hangsúlyozni szeretnők, hogy végleges eredményt csak oly esetekben remélhetünk, amikor oki és nem csupán tüneti kezelést végzünk. Sajnos ezek a ritkább esetek. Gyakoribb az, amikor a betegség okát megállapítani biztosan nem tudjuk s ezért csak tüneti kezelést végezhetünk. Ilyenkor csak hosszabb-rövidebb ideig tartó javulásról szólhatunk. A helyi kezeléseket két főszempont irányítja: tökéletes szájhygiéne a foghustasak és a genyedés megszüntetésével és a mozgó fogak rögzí-

tése. A száj tisztasági viszonyainak javítására rendszeres és alapos fogkőtisztítást végzünk, a genyes foghútasakokat pedig szénsavas, oxigénes, aethylborátos kifeeszkendezésekkel, paraffinkötések alkalmazásával igyekszünk megszüntetni, de igen gyakran véres uton is, műtéttel (*Pickerill, Neumann*). E kezelésekkel, bár hosszadalmasak és igen sok időt, fáradságot igényelnek, igen jó eredményeket érhetünk el s az eredményeket állandósíthatjuk is, ha betegeinket rendszeres ellenőrzés alatt tartjuk és szükség esetén a kívánt kezeléseket részesítjük. A fogak túlterhelését, éjjeli fogcsikorgatást legcélszerűbben harapásemelő-készülék alkalmazásával szüntethetjük meg. Oly esetekben, amikor a paradentosis következtében a fogak meglazulnak, gondoskodnunk kell arról is, hogy az előbb említett kezeléssel kívül sines kezelésekkal a fogakat megerősítsük és rágásra alkalmassá tegyük. A betegség gyógyítása érdekében kívánatos volna az előidéző okok esetenkénti megállapítása — mely irányban már ezideig is örvedetes javulásról számolhatunk be, amit főképpen az utolsó évtized laboratoriumi kutatásainak és különösen a belgyógyászattal együttműködésnek tulajdoníthatunk.

Balogh Károly dr.
egyet. magántanár.

Erythema infectiosum.

Az erythema infectiosum (németül Ringelröteln) évtizedek óta ismeretes, kisebb járványokban jelentkező, jól körülírt önálló megbetegedés, amelyről azonban a hazai orvosi köztudat alig akar tudomást venni. Jelenleg nálunk a megbetegedések száma feltűnő gyarapodást mutat és az eseteket rendszerint vörheny körjelzéssel küldik be, így időszerű e betegséggel foglalkozni. A betegség mindennemű prodroma, és általános kórtünetek nélkül rögtön a kiütésekkel veszi kezdetét. Rendszerint először az arcon élénk vörös, nagy foltokból álló vagy inkább diffus pir jelenik meg enyhe duzzanat kíséretében. A nasolabialis redő és az orbita alsó széle előtt a folyamat megáll, miáltal pillangóra emlékeztető alakot ölthet. Csakhamar a végtagokon is, főleg a feszítő oldalakon, a felkar és a combok oldalain, továbbá a fartájakon is megjelenik az exanthema igen gyorsan növekedő apró vörös foltocskák képében, melyek összefolynak, kiemelkedő papulosus jellegűek, centralis részeikben pedig hamarosan visszafejlődnek, úgyhogy mire a beteg az orvos szeme elé kerül, a kiütés a jellegzetes gyűrű és koszorúalakzatokat, girland, kigyó vagy térképszerű rajzolatot mutatja. A további visszafejlődés során a kiütések helyén a bőr hűvös és cyanotikussá válik, vagyis kisebb mérvű vasomotoricus zavarok lépnek fel, kifejezett cutis marmorata lesz látható. Az egész betegség többnyire 6—10 nap alatt zajlik le. Szövődményei nincsenek, láz igen ritka, mindenek szerint a betegség kiállása immunitáshoz vezet, a contagiositás kétségtelen, de a fogékonyság általában igen csekély. A lappangási idő 7—14 napra becsülhető, főleg gyermekek betegszenek meg, de felnőttek sem teljesen mentesek. A betegségnek gyakorlati jelentőséget gyszólván kizárólag az egyéb, heveny fertőző betegségekkel történő összetévesztés lehetősége ad. Kanyaróval ellentétben nincs láz, prodromalis szak és nyálkahártyahurut, a törzsön pedig nincs, vagy alig van valami kiütés. Úgy a kanyarós, mint a rubeolás kiütés nélküli a centralis visszafejlődést, nincs figurált, girlandszerű stb. jellege, azonkívül rubeolára jellemző a kiütés egészen kifoltú jellege és a tarkó mirigyek duzzanata; vörhenyre volta-

kép csak az arc diffus pirja emlékeztethet némileg, egyébként, ha az erythema infectiosum kórképét egyáltalában ismerjük, nem téveszthetjük össze vörhenyvel. Az erythema exsudativum multiforme egyes elemei már sokkal inkább hasonlítanak, de tipusos localisatiója a kéz és láb hát, az elváltozások sokkal kevésbé confláló, láz nem ritka, csoportos fellépés viszont alig fordul elő, az arcon nincs pir. Toxicus erythemák általában sokkal gyorsabban folynak le, nincs oly tipusos localisatiójuk, a visszafejlődés nem a centrumból szokott kiindulni. A beteg gyógykezelésre nem szorul, otthoni elkülönítés a kiütés tartamára ajánlatos.

Szirmai Frigyes dr.
kórházi főorvos Ujpest.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: 1. Uradalmakban alkalmazott szerződéses — konvenció — cseléd felesége v. gyermekei elhalálása esetén a halottvizsgálati díjat ki tartozik megfizetni?

2. Ha az uradalom 2 — kettő — km -nél nagyobb távolságra esik, ki tartozik kocsi adni, s ha az uradalom kocsi ad, a távolsági díjat ki tartozik megfizetni?

3. Minthogy a halottvizsgálati díjat a községi elöljáróság kezeli, ki tartozik gondoskodni róla, hogy e díjat a fizetésre kötelezett befizesse?

4. Milyen rendelet intézkedik ez ügyben?

Felelet: Ad. 1. A halottvizsgálati díjra vonatkozóan az 1908:XXXVIII. tc. 9. §-a a következőképpen rendelkezik:

„A városi illetőleg községi (kör) orvos teljesíti székelyen és a székhelyhez tartozó pusztákon — amennyiben a székhelyen külön orvos-halottkém nincs — a halottvizsgálatot, nem szegényeknél a közigazgatási bizottság által megállapítandó díj mellett, szegényeknél díjlanul”.

Tekintettel arra, hogy nincs olyan jogszabály, amely a gazdasági cseléd, vagy annak családtagjai elhalálásával kapcsolatban felmerülő halottvizsgálati díjak viselésére a gazdát kötelezné, azt amennyiben nem szegény, magának a cselédnek, illetőleg hátrahagyott családjának kell viselnie. Amennyiben pedig a cseléd, illetőleg a hátrahagyott család szegény, a halottvizsgálatért díj nem számítható fel.

Ad. 2. A fentiek állanak a fuvar költségre és a távolsági pótdíjakra is, azzal, hogy a fuvar a szegényjogos halottvizsgálat esetében a községi elöljáróság köteles az orvos rendelkezésére bocsátani.

Ad. 4—5. Ez ügyben a község saját hatáskörében szabályrendelettel intézkedik.

Kérdés: 1. A korcsmában és vendéglőben egyre nagyobb számban alkalmazott pincérnők, akik általános tudat szerint állandóan fogadnak férfi vendégeket, sőt ezért tartják őket, kéjnéknek tekintendők-e és kötelezhetők-e a rendszeres hatósági orvosi vizsgálatra.

2. Ha igen, tartoznak-e a vizsgálatot végző hatósági orvosnak a vizsgálatért díjat fizetni vagy pedig a prostitutio szabályozásáról szóló 160.100—1926. B. M. sz. körrendelet értelmében a vizsgálatot teljesítő orvos részére megfelelő díj-állományról a hatóság tartozik gondoskodni?

P. A. dr.

Felelet: 1. A 160.100—1926. B. M. sz. rendelet a rendszeres hatósági orvosi vizsgálatot csupán a bejegyzett kéjnök részére írja elő. A pincérnők, stb. egy része mindenesetre szabad nemiéletet él, reájuk azonban az idézett rendeletnek a bejegyzett kéjnökre vonatkozó rendelkezései nem érvényesek, hanem ezek a 47. §. szerint felhívhatók arra, hogy egészségi állapotukat hatósági orvosi bizonyítvánnyal igazolják. Számos helyen a helyi közigazgatási hatóság a vendéglő, a kávéház stb. tulajdonosait kötelezi, hogy szóban forgó nőalkalmazottakat orvosi vizsgálatra küldjék, és ebben az esetben a vizsgálatot épen úgy hatósági orvosi munkának tekintik, mint pl. a razzán előállítottak orvosi megvizsgálását.

2. A megvizsgált egyén a hatósági orvosnak díjat fizetni nem tartozik. Az említett rendelet értelmében a díj-állomány a bejegyzett kéjnök megvizsgálásáért a törvényhatóságok állapítják meg (49. §.). Mivel a pincérnők, stb. nem tartoznak e csoportba, az állomány megállapítása reájuk nem vonatkozhat. A rendelet a titkos kéjnök (mint amilyenek a rendelet értelmében a szóban forgó pincérnők, stb. is) mindenféle orvosi vizsgálatát hatósági orvosi munkának tekintti és nem gondoskodik arról, hogy ezért külön díjazás állapítható legyen. Neuber Ede prof.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Jubileumi évfolyam

Májletörés műtétek után.

A májletörés (hepatargia-aergia hepatis) nem máj-insufficiencia és nem cholaemia, mint az néhány tankönyvben olvasható. Hepatargiának legfeljebb a májelégtelenség legmagasabb fokát lehet nevezni; ilyet tapasztalunk egyebek közt a cholaemia végső stádiumában is, bár cholaemiás egyének egyéb okok folytán is meghalhatnak. „Hepatotoxaemia”, „hepatikus autointoxicatio” jobban megközelítik a bántalom lényegét, de ezek sem fejezik ki az itt szóba jövő összes kóreléttani jelenségeket, hisz ezek közé tartozik pl. az intermediaer anyagcsere teljes csődje is. Azért pontosabb a májkiesés okozta autointoxicatio, vagy a „májdecompensatio” kifejezés. Mivel a hepatargia legfeltűnőbb tünete az öntudatvesztés, a „coma hepaticum” elnevezés nem volna helytelen; de comatosus állapotok májbetegségeken egyéb okok folytán is keletkezhetnek (uraemia, diabetes) továbbá van a hepatargiának praecomás stádiuma is és azért legjobban, ha megmaradunk a Quincke által ajánlott hepatargia elnevezés mellett.

A hepatargia igen súlyos állapot. Azt jelenti, hogy a máj, mely az intermediaer anyagcsere, a vízháztartás, az energiagazdálkodás és az autointoxicatio elleni küzdelem középpontjában áll és még ezen kívül is számos fontos feladatot teljesít, felmondja a szolgálatát. A máj óriási jelentőségét az élet fentartása szempontjából nem csak nagysága bizonyítja, hanem csodálatos regeneráló képessége is, valamint ama körülmény, hogy hivatásának akkor is úgyszólván zavartalanul tud megfelelni, ha már igen nagy része elpusztult, vagy működésképtelenné vált. Egyik-másik működésének elégtelensége ilyen esetekben is rendszerint csak akkor derül ki, ha a májat egy, vagy más módon túlterheljük. Az összes functionális májpróbák túlterheléses próbák és hogy ezek igen súlyos májlaesiók dacára akárhányszor negatív eredményt adnak, az épen annak bizonyítéka, hogy a máj aránylag kis maradéka is hiánytalanul el tudja végezni az egész máj munkáját. Viszont ha a májnak épen csak annyi többé kevésbé működésképes sejtje maradt meg, amennyi szűken elegendő a ráháruló nagy és változatos feladat elvégzésére, akkor ezeknek a sejteknek aránylag csekély sérelmezése is elegendő ahhoz, hogy a máj hirtelen letörjön és teljesen felmondja a szolgálatot.

Műtéti beavatkozás ezt igen könnyen előidézheti; maga az altatás és sok minden egyéb a műtéttel együtt járó ártalom (keringési zavarok, az óhatatlan műtéti szövetpusztítással kapcsolatos autointoxicatio, koplalás műtét előtt és után stb.) még az ép májat is többé kevésbé megviseli, a súlyosan beteg máj pedig akárhányszor nem bírja ki ezt a megpróbáltatást. Különösen érzékeny a műtéti ártalmakkal szemben az icterusos máj, melynek glykogenfelhalmozóképesége erősen csökkent s mely ennek folytán glykogenszegény, viszont aránylag zsírdus. Mivel pedig a narcoticumok kifejezetten lipotropok, az ilyen májat sokkal erősebben támadják meg, mint az épet, viszont a glykogenszegény máj sokkal kevésbé ellenállóképes mindenféle ártalommal szemben. A máj glykogenszegénységét a narcosis is fokozza, mert a narcosis következtében a máj sok cukrot dob ki s ily módon glykogen tartaléka rövid idő alatt erősen megcsökken, vagy akár teljesen elfogy. Még rosszabb, ha a máj nagyfokú glykogenszegénysége miatt

postnarcotikusan alig, vagy egyáltalában nem bocsát ki cukrot. Ennek következtében egyfelől a szívizom energiaforrása gyorsan kimerül, másfelől hypoglykaemiás coma („glykopriv intoxicatio” Fischler) fenyeget. A glykogenszegény máj zsirleépítés révén β -oxyvajsavat ad le, ami acidosisra vezet; súlyos icterusban szenvedők alkalitartaléka különben is rendszerint erősen csökkent. A lecsökkent működésű májnak a fehérjehasadás termékeivel bő elárasztása viszont (u. n. húsintoxicatio) alkalosist okozhat (Fischler); Waltmann Walters epeútelzáródás alkalmával tényleg vérchloridmegfogyatkozást és alkalosist észlelt. Brugsch szerint azonban épen májbetegségeken a savbázisegyensúly megrendülése cukorbeteg vagy vesebetegség hiján nem szokott súlyosabb heveny zavarokra vezetni.

A typosus hepatargia keletkezésében a legjelentősebb tényező — mint arra Bouchard már régen utalt — a máj méregtelenítő működésének megszűnése. Ennek folytán a belekben keletkezett fehérjeszételési termékeknek, melyeket a jól működő máj ártalmatlan vegyületekké alakít, módjuk nyílik arra, hogy a szervezetre és elsősorban a központi idegrendszerre kifejtsek végzetes hatásukat. Brugsch szerint főleg bizonyos aminosavak játszanak ebben szerepet, melyek hepatargiás coma folyamán a vérben kimutathatók (xanthoproteinreactio). Kétségtelen azonban, hogy az autointoxicatio, bár nyilván legfontosabb része, de mégis csak egy része azoknak a complex történéseknek, melyekkel a májletörés jár. (Bergmann.)

A májletörés leggyakrabban icterusos betegek végzett műtétek után észlelhető, de icterus hiján is és egyéb műtétek után is bekövetkezhetik. Rendszerint a műtétet követő egy-két héten belül lép fel, sokszor már az első napokban vagy akár néhány órával a műtét után jelentkezik, de beállhat jóval később is, akár hetekkel a műtét kiállása után a műtét dacára előrehaladó és folyton romló májbetegség pl. (idősült gennyes cholangitis, rák, stb.) következtében.

A vezető tünet a coma; teljes eszméletvesztés, melynek folyamán többnyire pupillatágulás és izomrángások is észlelhetők; ez utóbbiak féloldaliak, vagy egyes izomcsoportokra, pl. csak a karra, kézre, lábakra kiterjedők lehetnek; többnyire apró rángások, máskor kifejezett, néha epileptiform görcsök formájában jelentkeznek. Adler a mimikus izmoknak állandóan visszatérő stereotyp mozgásait (pl. szájzug lehúzása, fintor) említi. A beteg székét, vizeletét gyakran maga alá ereszti; máskor teljes székrekedés, meteorismus, oliguria, sőt anuria észlelhető. Ez az állapot a szív működés állandó romlása közben rendszerint 1—2 napon belül halálosan végződik.

A coma néha egész hirtelen lép fel, nem egyszer azután, hogy a beteg nyugtalansága, álmatlansága vagy fájdalmi miatt altatószert vagy morfiuminjekciót kapott; ilyenkor a gyógyszer által okozott kábultság megy át a tartós, mély öntudatlanságba. Más esetekben a comát napokig, vagy akár csak órákig tartó praemonitórius tünetek előzik meg. Ezek egy része összefolyik az icterus tüneteivel és így különösebb jelentőséggel nem bír. Ilyenek: nagy gyengeség, álmatlanság, főfájás, fényviszony, teljes étvágytalanság, hányinger, hányás, puffadtság, nyálfolys.

A tulajdonképeni praecomás tünetek egyik csoportjában kisebb nagyobb fokú nyugtalanság, zavartság,

deliriumok, néha egész maniakalis jellegű állapotok, a másikkban folyton növekedő apathia, vontatott beszéd, álmoság (néha feltűnő hosszú és hangos ásításokkal) uralkodnak. Egyik esetemben a látszólag teljes jólét közepe 12 nappal a műtét után hirtelen beálló heves és csillapíthatatlan csuklás vezette be a halálos comát. Görcsök, rángások egyes izomcsoportokban a coma bekövetkezése előtt is jelentkezhettek, viszont a comás állapotot is megszakíthatják deliriosus szakok.

Feltűnő — *Eppinger, Ueber, Adler* szerint pathognomikus — a betegek leheletének büze az ú. n. *foetor hepaticus*. Német szerzők ezt a jellegzetes büzt saját-szerűen édeskésnek, aromatikusként jelzik; az angolok, (akik sokkal régebben írták le ezt a tünetet) hullaszaghoz, földszaghoz, a bomló vér szagához hasonlítják. Én leginkább ammoniakálisnak találtam és azt is tapasztaltam, hogy ez a bűz nem csak a beteg leheletéből, hanem a sebéből is árad, különösen, ha a hepaticus drainálva van. A bűz sokszor oly erős, hogy az egész szobát betölti és nem egyszer már a hepatargia kérékének teljes kifejlődése előtt megjelenik. Ilyenkor természetesen signum mali ominis és sürgős cselekvésre szólít.

A hepatargia kezelésében jelentős lépés az *Adler* által 1930-ban ajánlott intravenás tejsavkezelés, melyre teljesen eszméletlen betegek magukhoz tértek, sőt egyik esetben teljes gyógyulás is bekövetkezett. Magam is több igen kedvező tapasztalatot szereztem ezzel a kezelési móddal, bár a tejsavat lényegében kisebb dózisban adtam, mint *Adler*. Ő 5 g. acid. lacticumot 50 ccm physiologiás konyhasóban old s ezt 250 ccm vízben oldott 80—100 g szőlőcukorral együtt fecskendezte be intravenásan. Én 2—3 ccm 10%-os tejsavat adtam 20 ccm 10—20%-os szőlőcukoroldatban, naponta többször. Mély coma megszűnését is észleltem ezen kezelés után, sőt egy esetben, mikor a coma megismétlődött, újabb tejsavinjectióra ennek elmúltát is, úgy hogy a beteg végre teljesen meggyógyult. Későbbi esetekben azután nem is vártam meg a teljes coma bekövetkeztét, hanem már a praecomás stadiumban, nevezetesen a somnolentia megjelenése alkalmával adtam intravenásan tejsavat, ami által sikerült a közvetlenül fenyegető comát elhárítani. *Brugsch* szerint a phosphorsav, sőt a calciumchlorid is intravenásan adva analog hatású; a chloridcomponens ugyanis a vérben, mint sav hat, míg a calcium a bélben választódik ki. *Büttner* afenilinjectiótól látott néhány májcoma esetében meglepően jó hatást. 1—2 fecskendő afenilre a reménytelennek látszó, teljesen comatosus betegek rövidesen magukhoz tértek és meggyógyultak. Természetesen vannak esetek, melyekben a halálos kimenetelt sem az afenil, sem a tejsav, sem egyéb nem tudja elhárítani, mert a májlaesio irreparabilis. Igen fontos a bőséges cukorbevitel; naponta többször adjunk 100—200 g-t intravenásan 20%-os cukoroldatból, esetleg állandó cseppinfúziót 5—10%-os cukoroldatból. Az insulin adagolása ellen, melyet sokan ajánlottak a cukorral együtt, coma esetén u. i. az insulinhypoglykaemia könnyebben áll be, makacsabb és súlyosabb lefolyású, mint máskor (*Klein*), ez különben az imént kifejtettek alapján könnyen érthető is. Hepatargia folyamán mindenestre biztosabb, ha kerüljük az insulin.

A hepatargia terapiájánál még fontosabb a prophylaxis. Ez a műtét javallat helyes felállításával kezdődik. Nem szabad hepatitis miatt feleslegesen operálni és nem szabad mechanikus ikterus eseteiben, különösen pedig idősült choledochuselzáródás esetén a műtétet feleslegesen halogatni. Ha már egyszer ennek kapcsán kiterjedt cholangitis fejlődött ki, sokszor apró tályogokkal, akkor a legjobb műtét, a kövek legtekélyesebb eltávolítása és a legalaposabb drainage is gyakran

hiábavaló, a máj pusztulását nem tudja feltartóztatni. A functionalis májpróbák differentialis diagnostikai és prognostikai jelentősége tagadhatatlan, de nem befolyásolhatják oly halaszthatatlan, vitális jelentőségű beavatkozások végrehajtását, aminő a choledochuselzáródás megszüntetése, mely ha nem történik meg, a máj működésének további rohamos romlásával kell számolnunk.

A műtét prognosist illetőleg a galaktose- és laevulose-próbák különben sem adnak teljesen megnyugtató felvilágosítást. A Takata-Ara-próba negatív volta ellenére is a műtét kilátásokat erősen rontó májváltozások lehetnek jelen. *Brandis* szerint legmegbízhatóbb a műtét prognosist szempontjából a vér szabad cholesterolinje és cholesterolinesterei arányának megállapítása, amidőn is a cholesterolinesterek erős megfogyatkozása a prognosist lényegesen elhomályosító májlaesiót jelenti. Természetesen vannak esetek, mikor ennek ellenére operálni kell. Ilyenkor legalább is a műtét előkészítés során kell mindent elkövetni, hogy a beteg állapotát feljavítsuk és a műtét veszélyeit a lehetőséghez képest csökkentjük. Ezt természetesen akkor sem szabad sohasem elhanyagolnunk, ha a májműködés próbái kedvezők, különösen minden ikterusos eset műtét előtt igen gondos kezelést igényel. Elsősorban gondoskodunk arról, hogy a máj glykogentartalmát bőséges szénhidratbevitellel növeljük. Ha ez a szájon át nem sikerül kellő mértékben, bőséges intravenás cukorinfúziókat kell adnunk; insulin csak akkor ajánlatos, ha a vércukor szintje nem túl alacsony (100 mg% felett). Igen fontos a calciumkezelés. Ennek célja elsősorban a cholaemiás vérzések megelőzése, de a hepatargia prophylaxisa szempontjából is előnyös. *Waltmann Walters* a Mayo-klinikán minden ikterusos betegnek a műtét előtt 3 napig, naponta 5 ccm 10%-os calciumchloridot ad intravenásan; a calciumchloridot végbélen át is adhatjuk. Bizonyos mértékig pótolhatja calcium lacticum per os, calcium gluconat, calcium intramuscularisan. A vérárvadási képesség megjavítása, valamint általános felfrissülés céljából ajánlatos, hogy leromlott ikterusos betegeknek néhány nappal a műtét előtt vértransfúziót adjunk. Fontos a kiszáradás elkerülése; *Walters* naponta 3—4 liter folyadékot ad, ebből amennyit csak lehet per os, a többi proktoklysis és boralatti konyhasóinfúzió révén. A táplálék főleg magas caloriaértékű szénhidrát legyen; semmiesetre sem szabad a beteget koplaltatni, vagy erős hashajtással kimeríteni.

Hogy chloroformnarkosis ikterusos betegeken és általában májbetegeken feltétlenül kerülendő, azt manapság, mikor a chloroformnarkosist úgyszólván mindenki elhagyta, alig kell hangsúlyozni. Az aethernarkosis, viszont ott, ahol a mélyben kell dolgoznunk, sokszor nem nélkülözhető és az a nyereség, amit a műtét gyorsaságával elérünk bőségesen compensálja az aránylag csekély kockázatot. Természetes, hogy ott, ahol pl. nyilvánvaló pancreasfejrák miatt előreláthatólag csak palliatív cholecystogastrostomiáról van szó, helyi érzéstelenítéssel is jól kijövünk.

Az utókezelés folyamán ép a hepatargia veszélyének szem előtt tartásával takarékoskodjunk az altatókkal és lehetőleg kerüljük a morphiumot, melynek kritika nélküli alkalmazása a laparotomiák utókezelésében ugyanis sok ártalmat okoz. Fontos a vércukor szintjének fentartása, bőséges intravenás cukorinfúziókkal mindaddig, amíg a beteg per os kellőképpen nem táplálkozik. Viszont lehetőleg kerülendő minden olyan gyógyszer, mely a máj glykogengazdálkodását komolyan veszélyezteti. Ilyen, mint már említettük az insulin, ha a betegnek kevés vércukra van, de ilyen a suprarenin,

illetve a sympatol is, mely a glykogentartalomnak el-pazarlása révén súlyos ártalmakat okozhat. (Baumann.) A calciumkezelés legalább a műtétet követő hét folya-mán folytatandó; ha kisebb dosisokban is, de naponta adjunk 1—2-szer calciumot. Bőséges folyadékfelvétel — Walters szerint lehetőleg $2\frac{1}{2}$ —3 liter naponta — szintén fontos, mivel pedig az első napokban a beteg nem tud ennyit meginni, proktoklysis-sel, esetleg subcutan in-jectiókkal kell a hiányt pótolni. A táplálék főleg szén-hydrátokból álljon, fehérjét lehetőleg keveset adjunk. A seb-ben choledochusdrainben minden pangást és különö-sen minden bűzös pangást igyekezzünk sürgősen meg-szüntetni.

Ha bármely okból — pl. ikterus melas, diffus hepa-titis, előrehaladt cirrhosis, vagy cholangioitis miatt hepa-targiától különösen félnünk kell, ajánlatos prophylakti-ce a rendszerint amúgy is szükséges cukorinfúziókhoz kevés tejsavat keverni, vagy pedig, ha a cukorinfúzió egyébként nem volna szükséges, 10—20 ccm. 1—2%-os tejsavat és 10—20% cukrot tartalmazó oldatot naponta intravenásan adni.

Pólya Jenő dr.
egyetemi c. rk. tanár.

Ulcus-problémák vidéken

A baglyasaljai bányakórház ulcusbetegeinek száma 1933. óta állandó szaporulatot mutat és szemben a kecskeméti kórház belosztályának adataival — ahol tuberculosis, polyarthrititis és vitium után negyedik helyen volt, — a rheumás betegségek utáni második helyre nyomult előre! Csépai megállapítja, hogy az Orsz. Társadalombizt. Intézet bajmegállapító osztályán 1932—1936-ig 8975 férfibeteg közül 1611, tehát 17.5% volt ulcusos. Ez a szám természetesen országos átlagra nem vonatkoztatható, de azért jellemző és arra figyelmeztet, hogy valódi népbetegségről van szó.

Tudvalévő, hogy a legalaposabb belgyógyászati ke-zelés mellett is csak a betegek 77%-a gyógyul (Kern). Vidéken, ahol — mint Szarvas megjegyzi — a betegek a fájdalom megszűnése után nem akarnak tovább a kór-házban maradni, az objectiv elváltozásuk közül 54% (Szarvas) hagyja el változatlan állapotban az osztályt és jó 20% recidivál! Hazamenetelkor az előírásokat nem tartják be. Valószínű, hogy a helytelen (nem szűkösre gondolok) táplálkozás még nagyobb szerepet játszik, hiszen a Csépai osztályán kezelt 296 vendéglői alkalmazottból 45 (15.7%) volt ulcusos!

Tekintve a kezelés hosszadalmasságát, a gyakori recidivákat és hosszas munkaképtelenséget, aránylag gyakran küldjük betegeinket műtetre; Szarvas beteg-anyagán azt tapasztalta, hogy ezek a műtétől vonakod-nak; ezt mi nem látjuk, sőt inkább a betegek maguk kívánják a beavatkozást. Ilyenkor viszont sokszor a sebészi osztályok ellenállásával találkozunk, ahol klinikai elveknek megfelelően vállalják csak a műtete-ket és a kórisme helybenhagyása után további belgyó-gyászati kezelésre utasítják a már mindent megpróbált (bár készséggel elismerem, nem a helyes elvek szerint élő) beteget! Így áll elő az a helyzet, hogy pl. a Vere-bély-klinikán (Szél könyvéből idézve) az operált esetek 24.7%-ában tíz éven túl állott fenn az ulcus és 90%-ban volt egy évnél idősebb! — Nagyon kívánatos volna, ha a sebészi osztályok engednének merev álláspontjukból és nemzetgazdasági szempontból is megvizsgálnák az évek óta szenvedő fekélybetegek műteti javallatait és tekintetbe vennék azt, hogy a beteg a belgyógyászati kezelés előírásait képtelen betartani; arról nem is szólva,

hogy a pénztári betegek ugyanazon betegségben egy éven túl nem kezelhetők! A fő ellenvetések: műtét utáni re-cidivák, összenövésök okozta fájdalmak, tapasztalatunk szerint inkább a városi, köztérszélybéli betegre vonatkoznak; a műteti halálozás pedig örvendetesen csökkent — hála kitűnő sebészeti osztályainknak.

Amíg végleges gyógyítást nem tudunk elérni, örö-mel ragadunk meg minden olyan eljárást, amivel legalább is hosszú időre szóló tünetmentességet és így munka-képességet tudunk biztosítani. A tünetek közt előtérben állnak a gyomorégés és az ulcusfájdalom, főképp az előbbi vezet el orvoshoz a beteget. Az alkaliák szedése gyakran nem eléggé hatásos, máskor meg technikailag nem vi-hető keresztül. A végleges gyógyítási kísérletekben elő-ször az immunisálásra gondoltak: Glaessner e célból 1%-os pepsinoldatot fecskendezett be sorozatosan izom közbe. A histidin-therapia hasonló elgondoláson alapul. Új módszert vezetett be Weidlinger, aki a lueses gyo-mornedv által előidézett luetin-reactiót tanulmányozva, észrevette, hogy a hyperacid panaszok az injectio után megszűnnek, gyakran hónapokra is. Ezután rendszeres kísérleteket folytatott hyperacid és ulcusos betegeken és előbbi eredményeit ezeken is megerősíthette. Előírása szerint az éhgyomorra duodenalis szondán át vett sava-nyú (kongót kékítő) gyomorbennéből 0.1 ccm. fecsken-dezendő be intracután. Weidlinger eljárását kipróbáltuk kórházunk beteganyagán. Betegeink aránylag kis száma folytán eltekintünk eredményeink %-os összeállításától és általános érvényű megállapításoktól, pusztán táblá-zatosan közöljük adatainkat. Valamennyi ulcusos bete-günkön az eljárás nem volt keresztülvihető, mert egy-részükből nem sikerült a gyomorból megfelelő váladé-kot nyerni. Weidlinger különben megjegyzi, hogy csak duodenalis ulcus és hyperaciditás esetén hatásos az in-jectio, gyomorfekély ellen azonban nem. A panaszok kiújulása esetén megismétli az injectiót és ekkor újból hónapokra szóló tünetmentességet ér el.

Az injectio kissé fájdalmas, utána a környező terü-let kipirul, néha kisértékű beszűrődés marad vissza, azon-ban a fájdalmasság csakhamar megszűnik és egy eset kivételével, éppúgy, mint Weidlinger eseteiben, az in-jectiónak nyoma sem maradt. Anélkül, hogy a hatásmecha-nismushoz hozzá akarnánk szólni — Weidlinger szerint immunbiológiai folyamat zajlik le, — meg kívánjuk említeni, hogy egyik betegünkön az injectio helyén ste-riil nekrosis keletkezett, mely igen hasonlatos volt az Arthus-féle tünethez; minthogy azonban ez csak egy esetben következett be, nem zárhatjuk ki a szabad só-sav maró szerepét.

Szám	Név	Panaszok fennállása	Próbareggeli	Röntgen	Panasz-mentesség inj. óta hó	Megjegyzés
1	A. B.	2 hó	46—60	—	11	Azóta pyelitis
2	B. I.	4 év	80—100	—	—	Változatlan
3	Sz. V.	4 hó	70—85	—	10	
4	Sz. S.	2 hó	61—85	—	10	
5	B. J.	10 év	53—68	+	—	Műtét, azóta pm.
6	T. A.	2 év	90—96	+	11	
7	V. A.	11 év	102—110	+	2	2 hó után kiujult
8	V. V.	3 hó	40—46	—	9	
9	D. J.	12 év	76—84	+	10	Azóta lumbago
10	B. L.	2 év	55—60	+	4	
11	T. J.	4 év	92—102	+	5	
12	T. G.	4 hó	34—44	+	3	
13	B. M.	3 hó	72—84	+	4	
14	T. G.	3 hó	68—85	—	3	
15	Zs. V.	5 hó	66—93	—	3	

A táblázatból látható, hogy mindössze 3 esetben találtuk a *Weidlinger*-féle eljárást hatástalannak, ezek közül is egyben 2 hónapon át a fájdalmak nem jelentkeztek. Az injectio megismétlése e betegen rajtunk kívül álló okból nem volt lehetséges. 2. betegünk panaszai változatlanul és állandó kezelés alatt állnak. (Műtétbe nem egyeztek bele). Feltűnő, hogy mindhárom eredménytelen esetünkben az ulcus kimutathatólag évek óta fennállott, ezzel szemben a javult esetek közül csak a 9. sz.-nak volt ilyen hosszú anamnesise. Éppen a correctura idején — további 6 hó után — ez az eset is kiujult. Ez a tény még inkább hangsúlyozza az eljárásnak friss esetekben használhatóságát. A többiek azóta is panaszmentesek. Ez talán már a közben létrejött periduodenalis összenövésék fájdalmat okozó szerepével magyarázható. — A pozitív röntgenleletek valamennyije különben duodenalis ulcst mutatott, így az eljárás hatékonysága felől gyomorfekély esetén nincs módunkban véleményt nyilvánítani. — Érdekes, hogy *Csépai* tüszőhormongyógyítási kísérleteiben is sokkal jobb a patkóbélfekély gyógyulási aránya, mint a gyomorfekélyé. Ulcusbetegek munkaképtelenségének főoka (nem beszélve természetesen a vérző fekélyről) a táplálkozási nehézségek okozta leromlás. A fekély gyógyulásához, sőt még a vérző sebfelet behámosodásához sem feltétlenül szükséges a legszigorúbb diaeta —, amint azt *Meulengracht* ismert jó eredményei, vagy *Csépai* sikeres tüszőhormonkezelése mutatják, — elég, ha a beteg gyomorkimélő diatétát tart, mellyel testi erejét legalább is fenntarthatja. A *Weidlinger*-féle eljárás a fájdalmak kikapcsolásával ezt a táplálkozási lehetőséget megadja, annyira, hogy a beteg foglalkozását zavartalanul tovább folytathatja.

Eredményeink tehát megerősítik *Weidlinger* adatait és tekintve, hogy az eljárás roppant egyszerű, annak széleskörű alkalmazását, különösen kórházban rövid ideig kezelhető betegeken, valamint anatómiai elváltozás nélküli hyperacideken folytatjuk és ajánljuk.

Mosonyi László dr.
(Baglyasalja).

A vese carbunculus kórjelzése és gyógyítása.

Az ágyéki tájék tályogjai, a vesetokban, a veseállományban előforduló genyedések többnyire másodlagosan a különböző genyedő folyamatokhoz (mastitis, panaritium, furunculus, phlegmone) társulhatnak. A carbunculust jellemzi a kiterjedt központi elhalás, melyet apró tályogocskák vesznek körül. A genyekeltő gókok a vesekéreghez a) a véráram útján jutnak a tok közelében telepednek meg és inkább a környezet felé terjednek; b) a húgycsatornácskák felől a coli typhus csoport bakteriumai az ú. n. urogen tályogokat idézik elő, melyek többnyire az egész vese fertőződését eredményezik, szemben a körülírt genyedést okozó coccusokkal; c) a nyirokutakon keresztül haladó fertőződés lehetősége még nem kellőleg tisztázott, annak ellenére, hogy egyrészt az ureternek, a hólyagnak a hypogastricus nyirokcsomókkal, másrészt az aorta, v. cava és iliaca communis nyirokcsomóival fennálló belső összefüggése anatómiailag jól ismertek.

A vesecarbunculus mindkét nembeli egyénen bármely korban előfordul, mégis leggyakoribb a 20–40 éves korban. Némelyek az erőművi behatásnak is tulajdonítanak jelentőséget, azonban ennek hiányában is sokszor észleljük. A klinikai lefolyásban három szakaszt különböztethetünk meg: 1. körülírt carbunculust; 2. má-

sodlagos peri- és paranephritist; 3. áttörést a vese-medencébe (pyelitis). A betegség hevenyen kezdődik, de alattomosan is kifejlődhetik; a lappangási idő ilyenkor néhány naptól néhány hónapig is terjedhet. Jellemző a rendkívül rossz közérzet, láz, ismétlődő hidegrázás, hányinger, hányás, néha delirium; görcsös fájdalmak is előfordulnak, melyeket a betegség elején igen rosszul rögzít a beteg. Az ágyéki táj kifejezetten fájdalmas, a vese megnagyobbodott és mozdulatlan, amiről bimanualis vizsgálattal győződhetünk meg. A vesetájékon mindig tapintunk bizonyos fokú ellenállást, legalább is feszebb ágyéki izomzatot. A kóros oldali rekeszfél magasabban áll és rögzített. Jellemző a beteg oldalon a 12. borda tájékára helyezkedő fájdalom negatív hólyagtükri lelet mellett. Dysuriás panaszok csak másodlagos vesemedencelob és pyelonephritis esetén jutnak előtérbe. A vizelet sokáig tiszta, ha a folyamat csupán a kéregben van; az esetek többségében a húgycsatornácskák toxikusan károsodtak, ezért a vizeletben vörös- és fehérsejteket találunk, a vizelet reakciója többnyire savi. A veseműködés akkor romlik, ha kiterjedt veseállomány pusztulás következett be; csakis ilyenkor tudunk pyelographiával elváltozást kimutatni, egyébként az urológiai vizsgálat negatív. Vérben magas fehérvérsejtszámot (10.000—30.000), vérképben kifejezett balratolódást (fiatal fehérvérsejtek) találunk. A próbaszúrás rendszerint eredménytelen, mert nem valószínű, hogy a punctió s tüvel a carbunculusba jutunk. A vese hátsó felszínén lévő carbunculus mellett szól az ágyéki táj fájdalmasága; mellső oldali elhelyeződés esetén a jobb bordaív alatt betapintva jelez a beteg fájdalmat, esetleg a jobb oldali egyenes hasizom megfeszülését is megtaláljuk.

A kórjelzés a pontos kórelőzmény, az említett tünetek és a helybeli (a vese részéről jelentkező) lelet figyelembevételével nem nehéz; mégis előfordulhatnak tévedések. Utóbbinak az az oka, hogy az elsődleges fertőzést nem veszik kellően figyelembe. Nem szabad megfeledkezünk a gyógyult furunculusokról, tarkótáji carbunculusokról, lezajlott egyéb genyedésekről annak ellenére, hogy a kórkép sokszor megzavart a heveny hasi tünetek és a negatív urológiai lelet miatt. Figyelembe kell vennünk azt aényt is, hogy itt általános fertőzésről van szó, a helybeli tünetek csak fokozatosan fejlődnek ki, ezért a legkülönbözőbb kórképekkel (heveny féregnyulványlob, méhkörűli gyulladás, epehólyaglob, pyelonephritis, influenza, hasi hagymáz, heveny miliaris gümőkór, vesekörűli genyedések, gennyes vesegyulladás nephritis, apothematosa, májtályog, rekeszalatti májtályog) téveszthető össze.

Bizonytalan kórjelzés esetén próbafeltárást kell végezni. Nem szabad addig várni, míg oly nagy fokú beolvadás keletkezik, mely tapintással és próbacsapolással kimutathatóvá válik — a sepsis veszélye miatt. A kórjelzés jó és ha kellő időben operálunk, a betegség biztosan meggyógyítható. Műtétkor a vese zsíros tokját felhasítjuk, oldjuk a rendszerint szívós összenövéseket, a vesét nem távolítjuk el, hanem igyekezünk a carbunculust ujjal enucleálni, esetleg decapsulálunk és a sebet kifelé szélesen draináljuk. Még kiterjedt roncsolás esetén is legtöbb esetben újból helyreáll a beteg vese működése.

Guszich Aurél dr.
egyetemi tanársegéd
a II. sz. sebészeti klinikán.

Elektrokardiographiás kurzus. Elméleti és gyakorlati kitanítási orvosok részére az elektrokardiographiáról és az elektroterapiáról. Jelentkezni lehet: *Dr. Jakab-szanatórium*, VI., Szondy utca 102. Telefon: 110—444.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Jubileumi évfolyam

A rendetlen méhvérzések hormonalis kezelése.

A vérzési rendellenesség nyilvánulhat plus vagy minus irányú eltérésben.

A vérzés hiányát, a ritka és kevés vérzést: amenorrhoea, opso- és olygomenorrhoeának nevezzük. A túlerős vérzés a hyper-, a tulgyakori a proiomenorrhoea. A fájdalmas vérzés: dysmenorrhoea.

A legközefekvőbb és ezért leggyakrabban elkövetett tévedés az, hogy a plus irányú nyilvánulást a petefészek fokozott működésének, viszont a minus irányt a hiányzó, vagy csökkent működés biztos jelének tekintik.

Ezen hibás föltevésből kiinduló gyógykezelés szükségszerűen gyakran csődöt mond. Ezért az első körülmény, melyre felhívnam a figyelmet az, hogy *Schröder* megállapítása szerint úgy a hyper, mint az amenorrhoeáknak közös oka van, mégpedig az *érő petesejt elégtelensége*. Csak az *elégtelenség fokában van a különbség*. A nagyon alkalmatlan sejt okozza az amenorrhoeát, a kevésbé tökéletesen az olygo-, opso-, vagy a hyper- és proiomenorrhoeát.

Elégtelenül érő petesejt rendszerint alkatában is tökéletlen: infantilis, astheniás, adiposus, virilis, intersexualis típusokban fordul elő, ezért a kezelés, ha az alkat ilyen formáival van dolgunk, az egész egyén conditiójának megváltoztatására kell, hogy irányuljon. E típusokban leggyakoribb a dysmenorrhoea is. Ezen úgyszólván *veleszületett adottságokon* alapuló rendellenességek száma azonban sokkal ritkább, mint az *élet folyamán szerzett* károsodások folytán fellépő vérzési rendellenességek.

A nő életének két legnagyobb veszedelme a *gonorrhoeás fertőződés* és a *criminalis vetélések*. Az első felhágó formájában, amint az ovariumokat eléri, az *ovulatio típusát úgy megzavarja*, hogy hosszantartó, gyakori vérzéseket okoz. A vetélés: visszamaradt belhártya-burjánzás, lepényrészek, fertőzés folytán a méhet teszi beteggé, duzzadtá, hosszan vérző szervvé.

A plus-irányú eltérések 80%-a szerzett okokra vezethető vissza.

De okozhat az abortusok kapcsán végzett curettage, ha az nem szakszerűen, hanem úgy történik, hogy a mucosa alaprétéget is kikaparja, hosszantartó amenorrhoeákat is, noha az ovulatio rendszeres. A fiatalokúak hosszantartó vérzései esetén a vérkép vizsgálata nagyon fontos. Sokszor találunk, *thrombopeniát*.

A vérzés *elmaradásakor*, elsősorban kizárandó a terhesség. Sokszor gümőkór játszik szerepet. Előidézhet amenorrhoeát környezet-változás, nikotin, morphinismus, soványító kúrák. Nagy szerepe van az idegrendszernek. Lelki traumák, depressio, fogamzástólí félelem épügy, mint gyermek utáni vágyakozás. Ez utóbbi a képzelt terhesség formájában meteorismussal, bélmozgásokat magzatmozgásoknak véelve, megtévesztő lehet.

Mindezekből következik, hogy *egy adott esetben a rendellenesség okát felderíteni a legnehezebb feladatok közé tartozik*. Az u. n. hormonanalysisek, melyek a vizelettel ürülő hormonmennyiségből akarnak plus, vagy

minus termelésre következtetni, a gyakorlat számára használhatatlanok. Egyszeri analysisből következtetés alig vonható le. Egy egész havi cyclusra kiterjedő vizsgálat kívánatos. Ez költséges, fárasztó, klinikák is csak akkor végzik, ha az eset alapoka máskép föl nem deríthető.

Ezek szerint: a *pontos anamnesis* és a *szakszerű vizsgálat* irányítanak a legvalószínűbb primaer ok kiderítésében.

Nagyon fontos a helyes elindulás, mert, hogy csak két példát említsek: subacut petefészekgyulladásra alapuló vérzés mellett méhkaparást végezve, pelveoperitonitist okozhatunk. Viszont abortus utáni subinvolutio deciduae esetén a hormonadagolás nem a leggyengébb uton vezet eredményre.

A havi cyclus képét már nem is mutató, u. n. *metrorrhagiák* legtöbbször daganat következményei (polyposisok, fibromyomák, rákok).

Ha már most az adott eset kivizsgálása azt mutatja, hogy hormonkezelés javallt, akkor mérlegelendő az adott hormon minősége és mennyisége.

Megkülönböztetjük: 1. a sexualis hormonokat, 2. a gonadotropokat.

Sexualis hormonok: a tüszőérés alkalmával a Graaf-féle folliculusban termelődő folliculin (Glandubolin, Synthobolin, Hogival, Progynon és a sárgatestben képződő Lutin v. Progesterin (Glanducorpin, Luteosan, Progestin, Proluton).

A folliculin indítja meg a méh belhártya burjánzását, a lutin a secretiós phasist és a praegravid állapotot. Ha az ovulum megtermékenyült, a sárga-test tovább termeli a lutint; ha fogamzás nem történt, a sejt elhalására indul meg vérzés formájában, a felépült nyálkahártya kilökődése, a menstruatio.

A gonadotrop hormonok gyakorlatilag legfontosabbjai a hypophysis mellső lebenyéből származó prosylan A. és B. Ezek nélkül nem indul meg sem a tüszőérés, sem a sárgatest-képződés. Ezért nevezte el *Zondek* a hypophysist a sexualis működés motorjának. E négy hormon: *folliculin, progesterin, prosylan A. és B.* szabályos összjátékán múlik a menstruációs ciklus rendes lefolyása. Meg kell azonban említenem, hogy a hypophysis a közti-agyhoz és a vegetatív központokhoz szorosan kapcsolt. — A köztiagyat viszont az agykéreg dominálja, úgy, hogy *Seitz és Kehrer* felfogása szerint tulajdonképpen *neuro-hormonalis* befolyásról kell beszélni. A rendellenességek, az eredmények és eredménytelenségek a *neuro- és psychogen hatások* nélkül sok esetben érthetetlenek volnának.

Lássuk immár, hogy az egyes vérzési rendellenességek ellen az egyes hormonok hogyan adandók?

Mindenekelőtt hangsúlyoznám, hogy a legkomolyabb angol és amerikai kutatók szerint a *sexualis és gonadotrop hormonok peroralis adagolása teljesen értéktelen*.

Mindaz, amit tabletták, dragéék, cseppek formájában adunk a gyomor-béltractusban elpusztul. Hogy mégis látunk ezektől is gyógyeredményeket, az nem bizonyít semmit. — Gondoljunk itt *Zondek* classikus tételére, hogy: *gyógyszerek hatékonysága nem bizonyít*

*) A Dunajobbparti Orvos Társaság felkérésére tartott előadás nyomán.

ja azt, hogy a hatást specifikus anyag váltotta ki. A hatás lehet autosuggestió, lehet, hogy nem specifikus ingerhatás, lehet, hogy megszűnt a tünet, mert éppen lejárt a tartama. Igen gyakori az idegrendszer és az agykéreg útján bekövetkező hatás.

Első tanulság tehát, hogy a sexualis és a gonadotrop hormonokat *parenteralisan*, vagy *rectalisan* kell alkalmazni.

Lássuk előbb a minus irányú eltéréseket, főleg az amenorrhoeákat.

Primaer amenorrhoea esetén, tehát olyan esetekben, ahol még soha sem volt menses, a gyógyulási kilátások jóformán semmiek.

Éveken át nagy adagokban adott prolan és folliculin horribilis költségekkel talán célhoz vezethetnek. Így Janson 1935-ben 26 millió egéregység folliculinnal egy ujjkúpnyi méhet normalis nagyságúvá és menstruálhatóvá fejlesztett. A gyógyszerek ily mennyisége ezekbe kerül és így gyakorlati értéke az ilyen kísérleteknek alig van.

A *secundaer*, az élet folyamán szerzett amenorrhoeák gyógykilátásai jobbak. Wagner szerint 25% gyógyul végleg. Idejében kell a kezelést kezdeni és energikusan folytatni. 4 hét alatt 2—300.000 EE folliculint és utána 40—90 nyúlegység lutint szoktam adni. Ahol már a méh és hüvely zsugorodtak, a kilátások rosszak. Az *olygo-*, *opsomenorrhoeák* tulajdonképpen kezelést nem igényelnének, ha nem járnának gyakran elhízással, lelki depressiókkal. Kezelésükre kisebb folliculin-adagok elegendők.

A *hyper-* és *proiomenorrhoeák* esetén, ha petyhüdt, atoniás méhizomzatról van szó, ergotin, adrenalin jönnek szóba.

Ha anatómiai ok nélküli a vérzés, különösen, ha méhkaparás után is fennáll, akkor leghatékonyabb valamely sárgatestből készült hormon (glanducorpin, luteosan, proluton, progestin, 2—2 nyúlegységük).

Legtöbb gondot okoznak az ú. n. *juvenilis*, vagy *virginalis vérzések*, melyek sokszor súlyos anaemiákra vezetnek. Itt is a petesejt tökéletlenségére kell gondolni.

Itt fordul elő legtöbbször, hogy az érő tüsző nem tud megrepedni, a tüsző tojás nagyságú tömlővé nő meg, benne a rendesnél 3—5-ször több folliculin képződik, ez hatalmas méhnyálkahártyaburjánzást idéz elő, majd nekrobiosis megnyitja az ereket és a vérzés hosszantartó, rendetlen.

A kórismezés *rectalis* vizsgálattal, esetleg vizelet-analysissel sikerül. — *Ez a hormonalis metropathia*. (Schröder.)

Gyógyszere a hiányzó lutin adagolása.

A *dysmenorrhoea* oka néha a méh infatilisusa. Hyperaemiasálás, folliculin adagolás indokolt. Csak ritkán van mechanikus magyarázat, amikor jogos a méhnyak tágítás, méhkaparás.

Megfigyelhettük, hogy a hypophysis termelte pro-sylant vagy prolant eddig alig említettem. Az ezzel elért eredmények legkevesebb kielégítőek és a készítmények nagyon drágák. Legjobbak még: a lutocrescin, luteoantin, luteogan, praepitan. Folliculinnal kombinálva adagolandók.

Kórházi gyakorlatban egy igen olcsó hormon-készítmény áll rendelkezésre és ez a terhesek vizelete. Ezzel literenként több ezer egység prolan és folliculin ürül. Évek óta alkalmazom, különösen fiatalokúak erős vérzései alkalmával, de még amenorrhoeában is, a következő módon:

A terhes vizeletet állati szénporon átszűrjük, ezáltal szintelen és szagtalan lesz. Ezután 50—100 ccm-t végbélbe adunk, klysma alakjában. Az intézet házi-

terhesei így friss prolan- és folliculin-termelők és a gyógyszerkészítmény csökkenti. 4—5 napon át adott klysma rendszerint már eredményes.

A *praeclimaxban* is elég gyakori az előbb, a juvenilisnél leírt folliculus tömlőmegmaradás, túlburjánzás és a velejáró *metropathia glandularis cystica*. Itt azonban a rák elnézésének veszélye miatt mindig curettage-ot, górcsövi vizsgálatot kell végezni és csak ha a malignitas biztosan kizárható, jön szóba a lutin adagolás.

Általában a hormontherapiának még sok homályos részlete van. Így pl. a folliculin, mely kifejezetten vérbőséget előidéző, vézést kiváltó, mégis *egy esetben*, mint vézészűntető használható. Sok kérdésre még a távolabbálló nem talál kielégítő választ:

Hogy lehet az, hogy olyan régebbi ovarium tabletták, cseppek, melyekről ma tudjuk, hogy vagy semmit, vagy nevetségesen kis adagokat tartalmaztak, vézési rendellenességek esetében mégis hatékonyaknak látszóttak?

A választ megadtuk: psychés hatás, nem specifikus ingertherapia, a spontán rendeződés gyakorisága.

Hogy van viszont az, hogy néha nagy dosisú szerek hatástalanok? Ennek magyarázata az, hogy sok tévedés történhet a biológiai egységméréseknél. Amerikai munkák szerint egész ezerszeres számítási hibák fordulnak elő. Másrészt a gyártás és adagolás ideje között a gyógyszer hatékonyságát el is veszítheti.

E körülmények érthetővé teszik a hormonkezelések nehézségeit.

Éppen ezért nem felesleges talán rámutatni arra a körülményre, hogy hormontherapia nemcsak külső bevitel útján történhetik, hanem a szükségletnek megfelelően bizonyos fokig képesek vagyunk a petefészkek és hypophysis működését csökkenteni, vagy fokozni.

Fokozza az ovarium működését a hyperaemiasálás. Így a nemi élet megkezdése gyakran szünteti az olygo-menorrhoeát és a dysmenorrhoeát. Fokozzák fürdőkúrák, diathermia, esetleg a röntgensugarak, kis, ú. n. ingerlő adagjai.

Csökkenteni lehet a működést az általam először ajánlott *féloldali röntgen-castrálással*. Teljesen megszüntethető a röntgencastrálással. Ugyancsak a hypophysis ingerelhető diathermiával, kis röntgenadagokkal.

Ezek szerint a méhvézések kezelésének sok módzata van. Esetenkint más- és más, lényeges a primaerok tisztázása, mely nélkül az eredmények nem lehetnek kielégítőek.

Mansfeld Ottó dr.

egyet. magántanár, közkórházi főorvos.

Gégegümőkór kezelése a gyakorlatban.

A gége gümös megbetegedése az esetek túlnyomó nagy többségében tüdőgümőkóros betegeken fordul elő. Az elsődleges gégegümőkór oly ritkán kerül észlelésre, hogy gyakorlatilag alig számottevő. Általában két alakját különböztetjük meg, ú. m. a lupust és a valódi gümőkört. Az előbbi aránylag jobbindulatú, lassan idültlen fejlődik, a lupusos göbök ritkán fekélyesednek ki és a gyógyulási kilátások is kedvezőbbek, mint a valódi tbc.-ben. Ez utóbbi különbözőképp nyilvánul meg a gégeben és az enyhe hurutos elváltozástól a fekélyes szétesésig a tbc. minden megjelenési formája előfordulhat.

Minthogy a gégegümőkór egyes igen ritka kivételektől eltekintve a szervezet általános megbetegedésének részjelenségeként jelentkezik, nyilvánvaló, hogy ennek megfelelően általános és helyi kezelésre van szükség.

A higienikus és diétás rendszabályok szem előtt tartása a gégegümőkór gyógyításának fontos tényezője, amennyiben a szervezet általános erőbeli állapotának fenntartása a helyi kezelés kilátásait kedvezően befolyásolja. Legcélszerűbb ezért a beteget különösen, ha kiterjedt gégefolyamatról van szó, olyan intézetben elhelyezni, ahol amellet, hogy az általános kezelés minden feltétele adva van, a gége helyi kezelése jólképzett szakorvosra van bízva.

Ujabban kiterjedten alkalmazzák a légmell kezelést, amely egyes esetekben a gégefolyamatra is kedvező, azonban a helyi kezelést nem pótolhatja, csupán csak kiegészítheti. Ugyanigy az általános szénívlámpa fényfürdők, a napfénykezelés, a quarc lámpa ultraviolet sugárainak alkalmazása is jó hatásúak lehetnek.

Bár kétségtelen, hogy az intézeti elhelyezkedésnek és az ott végzett kezelésnek nagy előnye van, mégis vannak szempontok (főleg lelki motivumok) amelyekre tekintettel lehetünk és amik szükségessé teszik a beteg otthoni ápolását és kezelését. Vonatkozik ez főleg olyan betegekre, akik megfelelő viszonyok között élnek, egészséges jól szellőztethető lakásuk van, kellő táplálásukról gondoskodhatnak és rendelkeznek azzal a műveltséggel, hogy betegségük tudatában környezetüket megkímélik a fertőzés lehetőségétől. A higiénie szabályainak szigorú keresztülvitele mellett nagy gond fordítandó a beteg táplálására. Az étrend összeállításakor figyelembe vendő, hogy gégegümőkórban, különösen a gégebemenet táján lezajló folyamatokban a nyelés rendszerint nagy fájdalommal jár, annyira, hogy a betegek inkább nem táplálkoznak, csak hogy az ezzel járó szenvedésektől magukat kíméljék. A táplálkozástól tartózkodás sokszor inanitióhoz vezet és nem ritkán ez okozza a beteg halálát. Tapasztalat szerint általában a fűszermentes, vagy csak igen kevésé fűszerezett, langyos, híg pépes ételeket elég jól tűrik a gégegümőkórosok. Sűrű levesek, pürék, kocsonya, aspikfélék, lágy tojás, vaj, sonka, puha főtt husokból elég változatos étrend állítható össze. Szeszies italok élvezete és a dohányzás igen károsan hatnak a gégefolyamatra, amiért is ezek lehetőség szerint eltiltandók.

A fent elmondottak mellett a gyógyszeres kezelésnek is tág tere nyílik gégegümőkórban. Főleg a köhögéscsillapító, lázcsökkentő és étvágyat javító, valamint erősítő (vas, arsen) szerek tesznek jó szolgálatot. Különböző specifikusan ható készítmények (tuberculin, arany praeparatumok stb.) is alkalmazhatók; meg kell azonban jegyezni, hogy az utóbbiak nem pótolják a helyi kezelést.

Megfelelő helyi kezeléssel nemcsak javulást, de többször tartós gyógyulást is sikerül elérni. Mivel a jó eredmény számos tényezőtől, főleg a helyi folyamattól, a tüdő állapotától, a szervezet reactio képességétől és annak immunbiológiai állapotától függ, kézenfekvő, hogy a kezelési mód esetenként más és más. Hogy adott esetben a rendelkezésre álló eljárások közül melyiket alkalmazzuk, nemcsak szakismeretet, de nagy tapasztalatot is igényel. A gyógyulási eredményt befolyásoló tényezőknek összhangba hozása és a legmegfelelőbb gyógymód kiválasztása a gégegümőkór therapiának legnehezebb feladata.

A gégefolyamat minden alakjában előnyös és fontos a gége nyugalombahelyezése beszédtilalom révén. A beszéd, különösen a hangos beszéd, a hangszalagok érintkezése és megfeszülése következtében állandó ingerként hat és így a gégefolyamatra ártalmat jelent. Vannak betegek, akik a beszédtilalmat hetekig, sőt ha szükséges hónapokig is betartják és csak írásban érintkeznek környezetükkel. Ez azonban nagy önuralmat igényel,

amivel nem minden beteg rendelkezik. Részint ezért, részint sok más körülmény miatt a suttagó beszéd, amely alig jelent különösebb ártalmat, megengedhető.

A helyileg alkalmazott gyógyszereket olajos oldatban vagy porolokban juttatjuk a gégebe. A gyakorlatban nagyon jól bevált és a betegek által is jól tűrt a mentholnak 3—10%-os olajos oldata, amelyet gégefecskendővel — kb. 1—1½ ccm-nyit — lehetőleg gégetükör ellenőrzése mellett csöpögtetünk a gégebe. A gyógyszer mennyiségnek hirtelen egyszerre befecskendezése köhögési ingert vált ki. A kezelést naponta végezzük. A poralakú gyógyszereket legcélszerűbb porfuvóval alkalmazni. Ez utóbbiak közül különösen azok, amelyeknek fájdalomcsillapító hatásuk van, igen jó szolgálatot tesznek és használatuk a gégebemenet táján levő fekélyes folyamatokban ugyszólván nélkülözhetetlen. E célra anaesthesin, orthoform, vagy ezeknek coryfinnel, cycloform-al (1:20, 1:25.) való keverékei ajánlatosak és étkezések előtt 15—20. perccel a gégebe juttatva lehetővé teszik a táplálkozást. A beteg a kezelésnek ezt a módját maga is elvégezheti, mely célra kb. 15—20 cm hosszú, vastagabb falú, két végén tompára kőszőrült, mintegy 1 cm átmérőjű üvegsőre van szüksége. A cső egyik végébe kb. babnyi mennyiségű gyógyszert vesz fel és ezt, a cső másik végén át, mint a cigaretta füstöt beszippantja a gégebe. Meg kell jegyezni, hogy a kezelésnek ez a módja, mely a fájdalmak enyhítését, illetve kiiktatását célozza, csak fekélyek esetén hatékony; oedemás beszűrődés vagy perichondritis esetén nincs hatásuk. Belsőleg adható fájdalomcsillapító gyógyszer, amely ugyancsak fekélyek esetén jöhet szóba a következő:

Rp. Dec. rad. Altheae g	10
ad colat. g	200
Aqua amygd. amar.	
Anaesthesini aa. g	3-5
Syr. Altheae g	10

DS. étkezés előtt fél órával egy evőkanállal. A menthol és a különböző analepticumok belélegzések és permetezések alakjában is rendelkezhető.

A fekélyek edzésére 20—80%-os tejsav oldat szolgál, amelyet a gége előzetes érzéstelenítése után vatta ecset segítségével viszünk a fekélyekre. A szer használatára a fekély feltisztulhat és a sarjadzás megindulhat.

Physicalis gyógyeljárások a gégegümőkórban elég kiterjedten alkalmazhatók. A hideg, vagy jeges borogatásoknak gyakran tapasztaljuk fájdalomcsillapító hatását. Mások a Priessnitz borogatás tesz jó szolgálatot és ezért a borogatások rendelkezésekor az egyéni megfigyelések legyenek irányadók. A Bier f. pangásos kezelést a gégegümőkór azon alakjában alkalmazzuk, ahol az oedemás beivódás uralja a kórképet. 1—5. cm széles gummi pólyát (harisnyakötő) körkörösén helyezük a nyakra, a gyűrűporc magasságában és azt annyira szorítjuk meg, amíg az ajkak és az arc bőre kissé szederjessé válik. Kezdetben egész rövid ideig. (½ óra) később 6—12—18 sőt 22 óráig is jól tűrik a betegek. Néha már két-három alkalmazás után úgy subjectiv, mint objectiv javulás áll be, amennyiben a fájdalom szűnik és objective az oedema csökken.

A közvetlen fénykezelés e célra szolgáló quarz vagy szénívlámpával, továbbá a Rtg. besugárzás is újabban mind kiterjedtebben kerül alkalmazásra. Ez utóbbi különösen a gégegümőkór lupusos alakjában alkalmazható sikerrel. A kezeléskor kifejlődő reactio miatt mindenesetre óvatosságra van szükség.

A gégegümőkór műtéti gyógyítása erre alkalmas esetekben egyike a leghálásabb feladatoknak és nem ritkák azok az esetek, ahol a megfelelő indicatio alapján végzett műtét a gégefolyamat gyógyulását eredményezi. Körülírt infiltrációkat, granulatiókat dupla curettakkal lehet eltávolítani. Igen jó hatása van a galvanocauticus mély beszúrásoknak. A külső gégeműtétek, kivéven a tracheotomiát, amire nagyfokú stenosis esetén lehet szükség, újabban nem kerülnek alkalmazásra.

Nagyfokú dysphagia esetén a n. lar. sup.-ba fecskendezett alcohol inj. ajánlható. A 85 fokos alcohol 35 fokra felmelegítjük és a Hoffmann féle fecskendővel 0.5—1.5 ccm-nyit fecskendezünk a nervus laryngeus sup.-ba. A tűt szükség szerint a jobb vagy baloldalon, a membrana hypothyreoideán át beszúrjuk és kitapintjuk a nyelvcsonat nagy szarvát. Ezután a tűt addig mozgatjuk, amíg a beteg fájdalmat jelez, ami azt jelenti, hogy a tű hegye a nervus laryngeusnál van. A fájdalmak megszüntetése az egy- vagy kétoldali ideg átmetésével is elérhető.

Campián Aladár dr.

egyetemi magántanár, közkórházi főorvos

A gyermekkori lúgmérgezések kezelésére vonatkozó gyakorlati megfigyelések.

Hazánkban a lúgmérgezés sajnos még mindig sajátos nemzeti kórkép és az is marad mindaddig, amíg érelyes hatósági rendszabályokkal el nem távolítják a mindennapos kereskedelemből az annyi bajt okozó lúgkővet.

Klinikánkon az 1931—38. években 213 lúgmérgezett gyermekben kezdtük meg a fáradságos és hosszadalmas sondatekezelést. Ez időszak utolsó éveiben észlelt csökkenés csak látszólagos, mert a szakrendelések szaporodásával a jelentkező betegek jobban megoszlanak az egyes intézetek között.

Adataink alapján mi is megerősíthetjük azt a régi ismert tény, hogy a lúgmérgezés szempontjából a legveszedelmesebb az 1—4 éves kisdédkor, betegeinknek kb. 83%-a tartozik ebbe a korba, tehát ilyenkor van szükség a legnagyobb elővigyázatra és óvatosságra a hozzátartozók részéről.

Röviden vázoljuk klinikánk eljárását a gyermekkori lúgmérgezések kezelésére vonatkozólag. A többséggel egyetértésben mi is a korai sondázás hívei vagyunk. A friss lúgmérgezett gyermeket a következőképpen részesítjük első segítségben: a kornak megfelelően 1—2 dcl, enyhe savat (ac. citricum, ac. tartaricum, ac. boricum), majd nyákos, fájdalom-csillapító bevonót (Rp.: Tinct. Opii simpl. gttas IV.—VI.—X. + Mixt. oleos. gummos. g. 100.0 Mds. 2 óra 1 gyk.) adagolunk, ezenkívül szükség esetén szíverősítőket is alkalmazunk. Az első napokban természetesen csak folyékony étrenden tartjuk a mérgezett gyermeket, amennyiben a gyulladás ellen és a nedvvesztés pótlására bőven itatunk hideg italokat (főleg tejet, cukros limonádét, stb.).

Itt kívánjuk hangsúlyozni, hogy mi a mérgezett gyermekben gyomormosást nem végzünk, mert a lúgmaró hatását pár másodperc alatt úgysis kifejti és mire orvoshoz kerül a mérgezett, a gyomormosás már céltalan és esetleg többet ártunk vele, mint használni tudunk. Ehelyett sokkal egyszerűbb, az esetleg még szabad lúg közömbösítése a fentebb említett enyhe savak itatásával.

Kezelhetőség szempontjából a lúgmérgeztettek a következő csoportokba sorolhatók: 1. súlyos mérgezés, az első napokban beáll a halál. (lúgmérgeztetteken prognos-
sis quo ad vitam csak az első hét eltelte után mond-

ható); 2. korai sondázással kezelhető; 3. késői sondázással kezelhető és 4. kezelésre nem szoruló esetek.

A szűkületek kifejlődése szempontjából a mérgezés utáni 3. hét a legkritikusabb. A korai sondázás feladata éppen az, hogy e kritikus időn átsegítsük lehetőség szerint a beteget. Mi a sondázást a mérgezés utáni 7—10. napon kezdjük meg a kornak megfelelő nagyságú 28—31 sz. puha gummi sondával, természetesen mindig éhgyomorral, hetenként kétszer 6—7 héten keresztül, minden egyes alkalommal 15—30 percig benthagyva a sondát, a 7—8. héttől félkemény sondákkal folytatjuk a kezelést, ugyancsak hetenként kétszer, mindaddig, amíg a megfelelő nagyságú sondát ismételt, akadálytalanul le nem tudjuk vezetni. Ezután az állapot javulásának megfelelően mind ritkábban sondázunk, végül csak 1/2—1 évenként rendeljük be a gyermekét ellenőrző sondázásra. Igen fontos a sondatekezelés alatt a mérgezett gyermek célszerű táplálása és kellő erőben tartása. Az étrend a nyelőcső állapotának megfelelően kezdetben folyékony, majd a javulással arányban folyékony-pépes; darabos ételt csak a teljesen kisondázott gyermekeknek adunk, még így is kellő óvatosság ajánlatos, mert a nyelőcső sohasem kapja vissza régi rugalmasságát. Tapasztalataink szerint a korai sondázást az arra való esetekben feltétlenül alkalmazni kell, mert elmulasztása ily esetekben orvosi műhiba. A korai sondázás ellenjavallatai: erős vérzés, súlyos roncsolás, pneumonia, mediastinitis, magas láz.

Későbbben jelentkező betegeken, vagy olyanokon, kiken a korai sondázás nem volt kivihető, a 6—7. héten kezdjük meg a kezelést félkemény sondákkal, azonban csak előzetes röntgencontrollal mellett, figyelemmel az ilyenkor már nagy valószínűséggel kifejlődött szűkültre. Ha a sondatekezelés bizonyos időn túl megfelelő eredményt nem mutat fel, vagy a szűkület oly nagyfokú, hogy a megfelelő táplálás lehetetlen, gastrostomiát végeztünk, majd a gastrostomiás nyílános keresztül retrograd sondatekezelést kezdünk el végnélküli fonál segítségével.

Észleléseink szerint a legjobb eredményt mi is a korai sondázással értük el (89 betegen 73% gyógyulás, 2% műtét és 0% perforatio), a későbbben elkezdett sondázás eredményei sokkal rosszabbak voltak (124 betegen 44% gyógyulás, 11% műtét 3% perforatio).

A helyes indicatio alapján alkalmazott korai sondázás előnyei megmutatkoztak a gyógyulási időtartamban is, amennyiben korai sondázás esetében az átlagos kezelési idő 3 hónap volt (maximum 9 hó), viszont a késői sondázás alkalmával a sondatekezelés átlagos időtartama kb. 5—6 hónap volt (maximum 2 év).

Tapasztalataink tehát azt mutatják, hogy megfelelő hozzáértéssel és nagy türelemmel sikerrel kezelhetjük a lúgmérgezett gyermeket. Észleléseink alapján különösen jók az eredmények a korai sondázással. Ez azonban nem megoldása a lúgmérgezés kérdésének. A problema teljes megoldását csak a szigorú praevenzív intézkedések hozhatják meg, amelyek a lúgkő használatát teljesen és véglegesen eltiltják.

Dudás Pál dr. klinikai tanársegéd

Helyreigazítás. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései f. é. 14. számában a májletörésről szóló cikkben az 58. oldal első hasábjában alulról a 15. sorban kezdődő mondat helyes szövege a következő:

Az insulinadagolás ellen, melyet sokan ajánlottak a cukorral együtt coma esetén, több oldalról komoly aggodalmak merültek fel. Májlaesiók esetén ugyanis insulin nélkül is könnyen beáll hypoglykaemia, az insulinhypoglykaemia ép azért könnyebben áll be és ha beáll, a tapasztalatok szerint makacsabb és súlyosabb lefolyású, mint más esetekben (Klein).

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKO VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkörházi főorvos.

Jubileumi évfolyam

Gyógyítás hormonokkal.

Az organotherapiás gyógyítás legkezdetlegesebb formáját már az ókorban megtalálhatjuk. *Plinius* mádaragyvelővel gyógyítja a fejfájást, májjal a májfájdalmat. *Paracelsus* „*similia similibus*” terapiája közvetlen őse a mai organotherapiának. *Bordeau* vetette fel 1775-ben azt a gondolatot, hogy minden szervben bizonyos anyagok képződnek, melyek a véráramba jutnak és melyeknek hatása hasznos és szükséges. Megállapításának semmi visszhangja nem támadt, pedig elgondolásával korát messzire megelőzte. Nagy lépéssel vitte tovább e tudományt *J. Müller*, aki a specifikus anyagok képződését secretiónak nevezte el és különbséget tett a kivezető csővel bíró és nem bíró mirigyek között. Ez utóbbiakhoz sorolta a mellékvesét, pajzsmirigyet placentát, lépét és thymust. Elgondolásait rövidesen igazolta *Berthold*, aki 1849-ben bizonyította állaton azt, hogy a castratio következményei elmaradnak akkor, ha az eltávolított herét a szervezet bármely más részébe visszaülteti.

Ez a felfedezés volt az alapja annak a hatalmas fejlődésnek, amely mind a mai napig is tart és melynek eredményeképpen igen sok hormonnak ma már a kémiai szerkezetét is ismerjük. Nem volna célja e helyen az egyes hormonok szerkezetét részletezni, csak arra a körülményre kell a figyelmet felhívni, hogy azok a hormonok, melyek fehérjék vagy azok bomlástermékei, a tápcsatorna proteáseinak hatására tönkremennek és így peroralis adagolásuk eredménytelen, amiért is hatást csak parenteralis alkalmazásuktól várhatunk. Ezeket a hormonokat közös gyűjtőnévvel proteohormon néven foglalhatjuk össze.

A hormon therapiához elengedhetetlen az, hogy hatásfokukat, erősségüket ismerjük. Bizonyos esetekben elegendő lehet az is, ha ismerjük a friss szerv mennyiségét, amelyből a készítmény előállítattott; pl. a thyreoidea tablettákban rendszeren 0.1—0.3—0.5 g friss pajzsmirigy hatóanyaga van. Más biológiai eljárás szerint meghatározhatjuk az „egységet”, amely pl. az insulinra azt a legkisebb mennyiséget fogadja el egységül, amely nyúlban 2 óra alatt subcutan injectio után a vércukrot a kiindulási értékről a görcs határáig (45 mg%) szálítja le. Természetes, hogy a hormonok hatásereőségének hasonló meghatározása oly sok külső körülménytől függ, hogy pontos meghatározásra ezen eljárások ugyszólván alig használhatók. Ezen a hibán igyekezett segíteni a népszövetség egészségügyi bizottsága, amely az egyes hormonoknak összehasonlítás alapján képezhető standard készítményét bocsájtja a vizsgálók rendelkezésére. Minden standard készítménynek pontosan körülírt módszerrel határozzák meg erősségét; pl. a kristályos insulin milligrammonként 22 E.-t tartalmaz, amely adatból összehasonlítás útján határozható meg a készítmény hatásereősége úgy, hogy az előző példára utalva az a mennyiségű insulin lesz 1 E. (egység), amely hatásereőségében a standard készítmény 1/22 milligrammjának felel meg.

A belső elválasztású mirigy normál működése mellett hyper (bőséges) és hypo (csökkent) működést mutathat fel illetve működése teljesen szünetelhet. Hyperfunctio eseteiben sebészi úton vagy röntgen sugarakkal

igyekszünk csökkentőleg hatni a fokozott mirigyműködésre. A megfelelő beavatkozás elvégzése sokszor nehéz, mert a belsősecretiós mirigyek nagy része nehezen hozzáférhető helyen van. A csökkent vagy hiányzó működéskor megfelelő hormon adagolásával pótolhatjuk a mirigyműködés hiányát. Természetes, hogy adott esetben igyekszünk a megbetegedett mirigyet tehermentesíteni is pl. cukorbetegségben étrendi úton stb. A belső elválasztású mirigyek működésének pótlásával nem egyszer gyógyító hatást is kifejthetünk pl. ugyancsak cukorbetegségben az insulin hatására és védelme alatt ugylátszik a *Langerhans* szigetekben jelentős regeneratio jöhet létre, ami a tolerancia fokozatos javulásában jut kifejezésre. A mirigy átültetésnek (*Simmonds*-kórban borjúhypophysis) nem nagy jelentősége van, mert az átültetett szerv többnyire nem marad meg hosszabb ideig, hanem felszívódik, bár ilyen úton is muló javuláshoz vezethet. Hormonok adagolására gyakran nemcsak azok hiánya, hanem más megbetegedések esetében (pl. insulin schizophreniában, hízőkúrában) is sor kerülhet. Meg kell még említenünk azt is, hogy bizonyos hormonok egymás működését erősíthetik is úgy, hogy nem egyszer jó eredménnyel fog járni több hormon combinált adagolása. A szervezetben sok egyéb olyan körülmény is szerepelhet, amely a hormonok hatását befolyásolhatja így pl. az étkezés (thyroxin hatás sokkal erősebb fehérje étrend mellett) stb. Az optimális adag megállapítása fontos, mert amilyen gyógyító hatást tudunk kifejteni a hormondeficit pótlásával, olyan káros lehet a tuladagolás következtében beálló hyperhormonosis (hyperthyreosis, hypoglykaemia stb.).

A gyakorlatilag legfontosabb hormonok közül az insulin használata van legjobban elterjedve. Az insulin fehérje szerű anyag, amely a gyomor-bél csatornában elpusztul és így peroralisan hatástalan. Mindezideig azon kísérletek, melyek arra irányultak, hogy olyan insulint, vagy ahhoz hasonló készítményt állítsanak elő, amely peroralisan is hat és az injectiót helyettesíteni képes, eredménytelen volt. Az insulin a diabetes mellitus gyógyszer de, mert az étvágyat javítja jelentős alkalmazással bír hizlaló kúrákban, étvágytalanság esetén. Kedvező hatású lehet még *Basedow*-kórban és schizophreniában, parenchymás májbetegségeknél, stb. A nem megbízható készítményben előfordulhat glykagon, amely a hasnyálmirigy vércukrot emelő hatású anyaga, antagonistája az insulinnak és iniális hyperglykaemiát okozhat. A kristályosított insulin készítmények mentesek a glykagontól.

Mig az insulinról csak azt tudjuk, hogy aránylag magas kéntartalmú (3,2%) fehérjenemű test, de szerkezetét biztosan még nem ismerjük, addig a pajzsmirigy hatásos fermentumát, a thyroxint szerkezetében is tökéletesen ismerjük. Miután a tiszta thyroxin aránylag rosszul oldódik, peroralisan hatásosabbak a teljes thyreoidea készítmények (jóthyreoglobulin), evvel szemben injectiókban szívesebben adjuk a thyroxint. Fő indiciója a thyreoidea hypoplasiája vagy aplasiája és az ennek következtében beálló többnyire idült megbetegedések pl. myxoedema, kretinismus, adipositas, habituális abortus stb. Meg kell itt jegyezni, hogy a hypophysis melső lebenyének thyreotrop hormonja is van, amely

szabályozza a thyroxin elválasztást. Antagonistája az antithyreotrop védő anyag, amely ismeretlen helyről származik és a serumból mutatható ki, ahol a thyreotrop hormon megjelenését követi; állatkísérletben a hypophysis említett anyagának hosszas adagolása után termelhető.

Aránylag keveset tudunk a parathyreoidea hormonjának kémiai szerkezetéről és összetételéről, ám valószínű, hogy fehérje nemű anyag. Hiányát a szervezetben tetania, spasmophilia, allergiás betegségek jelzik, melyek a parathyreoidea adagolásával többé-kevésbé gyógyíthatók. Legfontosabb következménye a mirigyműködés csökkenésének vagy hiányának a calcium anyagcsere zavara, amiért ajánlatos megfelelő esetben a hormont calciummal együtt (parathyreoidea comp.) adagolni. A hypophysis elülső lebenyében parathyreotrop hormon is képződik, mely a parathyreoideák működését szabályozza.

A sexuális hormonok közül a gyakorló orvost főleg a női sexualis hormonok érdeklik, melyeknek ma már kémiai szerkezetét is tökéletesen ismerjük. A folliculus hormon az oestrin ($C_{18}H_{22}O_2$) valamint rokonai (oestradiol, oestriol-glucuronid, az oestrin erősebben telített rokonai (equilin, equilenin) együttesen a folliculus hormon csoportját képezik. Nevüket a hatáserősség meghatározására szolgáló oestrus képző hatásuknak köszönhetik. A folliculus hormon főszerepe a menstruációs periodus fenntartása; működésének kiesése a petefészek hypoplasiájának szokott következménye lenni és hypogenitalismussal jár együtt. Ebbe a csoportba tartozik a progesteron is, ami a sárgatest hormonja. Hypofunctiója következtében valószínűleg a habituales abortus képe áll elő, gyógyszeres alkalmazása a sárgatest hormon pótlásával (glanducorpin) történhetik. A hypophysis elülső lebenyének gonadotrop hormonja jelentős szereppel bír az ovariumok hormonális működésének kormányzásában. Ez a gonadotrop hormon valószínűleg az elülső lebeny basophil sejtjeiben képződik és lehetséges, hogy a sexualis hormonokra fermentum módján hat. Az antithyreotrop hormon mintájára antigonadotrop hormon is képződik, mely pl. glanduantin hosszabb adagolása után a serumban megjelenik; valószínű, hogy többféle gonodotrop hormon is van. Az elmondottakból látjuk, hogy a hypophysis elülső lebenyének hormonjai (gonadotrop hormonok) és a petefészek hormonjai között (oestrin csoport és sárgatest hormon) jelentős működésbeli vonatkozások vannak, közöttük bizonyos együttműködés ill. antagonismus áll fenn. Gyógyszeresen a lehetőségeket különböző módon aknázzhatjuk ki, adhatunk hypophysis elülső lebenyéből izolált gonadotrop hormont (glanduantin) ill. a petefészek megfelelő hormonjait akár izolálva (glandubolin, hogival), akár többféle hormontartalmú teljes ovarium kivonatot (glanduovin).

A him sexualis hormonok csakugy, mint a nőiek pontosan ismert kémiai szerkezetű kristályosítható anyagok. A herék működésének kiesése legjellemzőbben a castratio után mutatkozik és ezt az állapotot him sexualis hormonnak adagolásával (androfort, androstin) befolyásolhatjuk. A különböző okból fennálló impotentia eseteiben azonban nem látunk mindig kielégítő hatást. A hypophysisnek szintén van szerepe a him sexualis mirigyek működésére és ezért megfelelő esetekben hypophysis elülső lebeny készítménnyel együttesen adagolhatjuk a him sexualis mirigy készítményt (antetestin). Jelentős eredményt sikerült elérni kryptorchismus eseteiben hypophysis hormon készítményekkel (prolan).

A hypophysis igen sokféle hormont képez és ezért kiesése igen bonyolult működési zavarokat von maga után. Tiszta képet tulajdonképpen csak a hormonok izolálása útján nyerhetnénk, ami azonban a legnagyobb nehézségekbe ütközik. A hypophysis elülső lebenyének legjelentősebb hormonjait már megemlítettük. A középső lebenyben az intermedin (pigment hormon), míg a hátsó lebenyben a vasopressin, az oxytocin és a diuresist csökkentő hormon képződik. A vasopressin a vérnyomást emeli, hatása tartósabb az adrenalinnál; az oxytocin az uterusra hatásos és a sima izomzat ingerelhetőségét fokozza, terhesség alatt uterus összehúzóásokat idézhet elő (glanduitrin); az adiuretin hiánya esetén diabetes insipidus következik be.

A mellékvese legnevezetesebb hormonja a cortin, mely a mellékvese kéregben képződik. Kiesését az Addison kórban látjuk, ahol a kéregkészítmények adagolása (cortigen, pancortex) életmentő lehet, bár jelentős eredményre nem mindig számíthatunk. Az adrenalin a szervezet chromaffin rendszerében képződik, főképpen a mellékvese velőállományában. Kémiai szerkezetét pontosan ismerjük, hatására érszűkülés, vérnyomás emelkedés áll elő.

A szöveti hormonok nagy csoportjába tartozik a histamin, a cholin, az acethylcholin, a kallikrein, a vago-tonin és még sok más anyag, melyek jelentősége részletesen nincs felderítve. A histamin legjelentősebb tulajdonsága vérnyomás csökkentő, amely az acethylcholinétől abban különbözik, hogy atropinnal nem paralizálható. Histamin hatására az arteriák kitágulnak és secretio fokozódás (próbaregeli histaminnal) következik be. A cholin és a nála ezerszerte erősebb hatású acethylcholin erős vérnyomás csökkentő hatású szerek, melyek hatása sokban hasonlít a histaminhoz. A kallikrein szintén vérnyomást csökkentő hatású szer, amely a gyakorlatban érbetegségek kezelésében meglehetősen elterjedt (padutin). Az adenosin kapcsolatok némi coronaria tágító hatással bírnak és készítményeik (map, myoston, myofort, stb.) főleg, mint értágítók szerepelnek valamelyes sikerrel koszorúsérülést és endarteritis obliterans esetében.

A felsoroltakon kívül még számos hormont ismerünk és még többről sejtjük, hogy jelen kell lenniök, azonban a gyakorlati élettől alkalmazásuk egyelőre még oly távol esik, hogy felsorolásukat nem tartjuk szükségesnek. Azonban ebből a rövid képből is láthatjuk azt, hogy a hormonális funkciót is többnyire hormonok szabályozzák úgy, hogy kellő körültekintéssel alkalmazott kombinált hormon terapiával nem egyszer jelentősen fokozhatjuk az egyszerű kiesés általi panaszok szűnését.

Schaffler József dr.
egyetemi rk. tanár.

Vércukor meghatározó módszer a gyakorlóorvos részére.

A cukorbetegség diagnosztizálása a vércukor meghatározása nélkül labilis, főleg a cukorbeteg korai stadiumaiban, illetve amikor még nincs glykosuria.

Eddig nem ismertünk olyan egyszerű eljárást, amely nagyobb laboratóriumi felszerelés és laboratóriumi készség nélkül a vércukor mennyiségi meghatározására alkalmazható lenne. Általában a Bang-eljárást használták, amely nagy precizitást kíván és sok időt vesz igénybe. Újabban a Hagedorn-Jensen eljárás jött divatba, amely egy táblázat felhasználásával megkönnyíti a vizsgálat elvégzését. A gyakorlóorvos számára

ez az eljárás sem alkalmas, mert 40—50 percet és kellő laboratóriumi felszerelést igényel.

Intézetemben a „Titrator G.”-vel végeztem kísérleteket és úgy találtam, hogy ez hasznos eljárás lehet a gyakorlóorvos kezében. Ezért célszerűnek láttam az eljárás ismertetését.

A reactio elvégzéséhez szinte számításba sem vehető technika, rövid idő és egészen minimális felszerelés kell.

A vércukor meghatározását „Titrator G.”-val az Orvosi Hetilap 1938. évi 32. számában a szegedi belgyógyászati klinikáról B. Hatz és a Budapesti Orvosi Ujság 35. évfolyam 22. számában Wiener ismertették.

Hatz összehasonlító vizsgálatokat végzett a „Titrator G.” és a Hagedorn-Jensen eljárások eredményei között. Az eredményeket igen jónak találta és azt a véleményét nyilvánította, hogy a „Titrator G.” kifogástalanul alkalmas a vércukor tartalmának meghatározására. Vizsgálatait a következő módon végezte:

A reggel éhgyomorral vett 5 ccm. vért olyan kémcsőbe fecskendezte, melybe előbb 5 ccm. 20%-os trichlor-ecetsav volt. Ezt erős összerázás után egy másik kémcsőbe szűrte át. A szűrővel nyert folyadék 4 ccm-nyi mennyiségéhez 2 ccm. 20%-os trichlor-ecetsavat tett, majd Schleicher-Schüll 575-ös szűrőpapíron ismét át-szűrte. Egy újabb rövid kémcsőbe lemért 0.25 ccm. „Titrator G.”-hez addig csepegtetett a folyadékból, míg a szükséges színreactio be nem állott. Az elhasznált cseppek számából táblázat segítségével állapította meg a vércukor mennyiségét.

Ha serummal végezte a vizsgálatot, 2.5 ccm. serumhoz 2.5 ccm. 20%-os trichlor-ecetsavat adott, majd ennek szűrletéből 3 ccm.-hez 1.5 ccm. trichlor-ecetsavat használt. Egyébként az eljárás ugyanaz, mint magával a vérrel.

Hatz eljárásával 34 vérben határozta meg a cukorértéket. Ugyanezekben a vérekben Hagedorn-Jensen eljárással is meghatározta a cukor mennyiségét. Eredményeim nem egyeztek oly mértékben, mint Hatz vizsgálataiban találtam. Ennek oka talán a technika finomabb részleteinek különbözőségéből származott, melyre éppen reactio-természete ad lehetőséget.

Eredmények

Hagedorn-Jensen eljárással: „Titrator G.” eljárással:

140	161
105	121
190	192
243	263
84	92
137	151
80	94
70	87
131	151
310	357
176	175
198	217
220	250
142	161
273	294

Vizsgálataim eredménye azonban kétségtelenné tette, hogy: 1. értékes segédeszköz a „Titrator G.”, 2. a két methodus különbözőségei nem olyan mérvűek, hogy abból téves következtetésekre juthatna a vizsgáló, főleg akkor, ha figyelembe veszik, hogy a Hagedorn-Jensen eljárás sem ad abszolút értéket, hogy az egy vérrel végzett sorozatos vizsgálatok Hagedorn-Jensen eljárással is bizonyos különbséget mutathatnak, — éppen ezért kell a Hagedorn-Jensen eljárásban kettős próbát végezni, s a kapott értékek középátlomát kell venni, 3. mindenestre alkalmas arra hogy a gyakorlóorvos előtt felvetődő kérdésre megfeleljen: a) diabeteses-e a beteg vagy

sem, b) az adagolt insulin vagy diaeta kellő eredményt hozott-e vagy sem.

Ezek megállapítása után célszerűnek láttam megvizsgálni, hogy van-e lehetőség az eljárás további egyszerűsítésére s hogy lehetséges-e az eredményt még jobban közelíteni a Hagedorn—Jensen eljárással nyert értékhez s hogy lehetséges-e kiküszöbölni azokat a momentumokat, amelyek a reactio pontos elvégzését a gyakorlóorvos kezében hátráltathatják? Hangsúlyozom azonban, hogy a Hatz által leírt eljárás is annyira egyszerű, hogy felszerelt laboratóriumban dolgozónak nem is „imponál” éppen az egyszerűsége miatt.

Elsősorban is a kétszeres szűrés redukálását és a szűrés idejének megrövidítését láttam szükségesnek, mert a Hatz leírásával nyert csapadékos vér nehezen szűrődik és hosszabb időt vesz igénybe.

Ezért sorozatos vizsgálatokat végeztem a kettős trichlor-ecetsavas hígítás egybevonására. Egymásután 6 egyén vérére használtam fel és pedig úgy, hogy az egész sorozat részére egyszerre bocsátottam le a vért s ugyanazt a vért használtam fel a Hagedorn-Jensen-féle methodushoz is.

Vizsgálataim azt igazolták, hogy 5 ccm. vérhez 9.2 ccm. 20%-os trichlor-ecetsavat használva jutunk a legjobb eredményhez.

Ettől kezdve vizsgálataimat 9.2 ccm. trichlor-ecetsav felhasználásával végeztem 17 esetben. A vizsgálataim összehasonlító eredménye a következő:

Hagedorn-Jensen eljárással: „Titrator G.” eljárással:

105	108
246	250
324	333
76	83
101	108
310	312
127	135
140	147
200	208
96	104
116	121
279	294
305	312
248	250
250	238
88	86
125	135

Az eredmények összehasonlítása kétségtelenné teszi, hogy e methodus a gyakorlóorvos igényeit messze kielégíti. Az eredmények ugyanolyan közel állanak egymáshoz a két módszer tekintetében, hogy azokat „természetes” hibaforrásokból magyarázhatjuk, melyek ugyanazon vérrel párhuzamosan végzett Hagedorn-Jensen eljárás eredményeinek összehasonlításakor is fennállhatnak.

Ezek előrebocsátása után ismertetem a vizsgálataim során használt eljárásomat.

A vizsgálat elvégzésére szükség van: 1. „Titrator G.” oldatra (Magyar Gyógyszer Rt.), 2. 1 darab rendes nagyságú kémcsőre, 2. darab rövidebb ú. n. Wassermann-csőre, 3. 1 darab 5. cm. átmérőjű üvegtölcsérré, 4. Schleicher-Schüll keményítőtmentes 581. számú szűrőpapírra (12.5 cm. átmérőjű), 5. 20%-os trichlor-ecetsavra, 6. gyárilag az eljáráshoz kalibrált gummisapkás kis csepegtető pipettára, 7. 1 drb. 1/100 beosztású 1 ccm-es, 1 drb. 1/10 beosztású 10 ccm-es pipettára.

A „Titrator G.” hűvös, sötét, száraz helyen tartandó.

A csepegtető pipetta természetesen nem lehet más, mint amit a gyár e célra készített és minden titratorhoz külön megküldött, mert a pipettákból adagolt cseppek különböző nagyságúak s ez a körülmény a pontos eredményt erősen befolyásolja. Éppen ilyen fontos az is,

hogy a gummisapka eléggé tömött gummiból legyen, ne legyen a gummi állott, puha és rugalmatlan.

A reactio kivitele: A hosszabb kémcsöbe pontosan 9.2 ccm. 20%-os trichlor-ecetsavat, a venából vett vérből — mielőtt megaldna — pontosan 5 ccm. mennyiséget adunk a kimért trichlor-ecetsavba. Ezután az eprouvettát befogva, vagy bedugva, 2 percen át összerázzuk a vért a trichlor-ecetsavval, majd a tölcsérbe helyezett szűrőn át megsűrjük a folyadékot az egyik rövid, ú. n. Wa. csőben.

A másik Wa. csőbe lemérünk a titratorból 0.25 ccm-t. (A „Titrator G.”-ből ampullákat is hoznak forgalomba 0.25 ccm. mennyiségben.)

Az első Wa. csőben nyert kristálytisza folyadékból a cseppentő pipettával cseppenként adagolunk a második Wa. csőben lévő titratorhoz.

A csepegtetést célszerű úgy végezni, hogy a titrator tartalmazó csövet balkézben tartjuk s a jobb kézzel cseppentjük a vizsgálandó anyagot. Minden egyes csepp után 3—4 másodpercig enyhe rázást alkalmazunk a csőre. Közben világos helyen figyeljük azt a pillanatot, amikor az eredeti zöldes-kék szín eltűnik és a titrator színe barnás-sárgás színbe csap át. Az e pillanattig elhasznált cseppek számából a titratorhoz mellékelt táblázatról megállapítható a vizsgált anyag vércukor mennyisége.

Természetesen nagyon fontos cseppentés közben a jelzett időt betartani, mert a reactio beálltához bizonyos időre van szükség.

Az ismertett reactiót azok tudják értékelni és azok számára is való, akik falusi vagy vidéki gyakorlatot folytatnak s e miatt gyorsan nem juthatnak a laboratóriumban végeztetett vizsgálatok eredményéhez. De mindenki felhasználhatja akkor, ha a betegágy mellett kénytelen a vércukor értékéről pontos képet nyerni. Értékét az is emeli, hogy közismerten vannak olyan vizsgálatok, amelyeket csak friss vérrel lehet elvégezni. Ilyen a vércukor meghatározás is. A tévedés sohasem corrigálható következményei származhatnak abból, hogy a postán beküldött vér csak napok után jut a laboratóriumba, ahol félig, vagy egészen rothadt vérrel kénytelenek esetleg a vizsgálatot elvégezni és ezért téves eredményt kiadni. Általánosan ismert dolog, hogy hasonló hiba forrása származhatik a vér bomlása miatt a Wa. reactio esetében is.

Ezek a hibaforrások a „Titrator G.” alkalmazásával megszűnnek s kis gyakorlattal a valóságot jól megközelítő eredményhez juthat az orvos, ha betegén a vércukor meghatározása szükségessé vált.

Soós József dr.

egyet. m. tanár, kórházi főorvos
(Kecskemét).

A szemborogatás.

A szemkezelések terén a legegyszerűbb s legáltalánosabb eljárás a borogatás. A laikusoknak mindig, de még orvosoknak is gyakran minden megkülönböztetés nélkül első dolguk a szemet borogattatni, mihelyt a szem körül bármi baj jelentkezik. Ezért talán nem lesz érdektelen ezt a kérdést a gyakorló orvos előtt megvilágítani.

A szemborogatások nedvesek, vagy szárazak; használatosak öblítés, ráhelyezés és bekötés formájában. Hőmérsékük szerint melegek, langyosak, hűvösek, hidegek. A nedves borogatások anyaga a víz (oldatok, főzetek, gőz). A száraz borogatások kellékei gummitömlő, thermophor, sóval, homokkal töltött zsákocskák. Külön-

sebb berendezések: fürdető csésze, inhalator, Sollux, rövidhullám.

De maradjunk csak meg a gyakorlóorvos kivánalmainál. Öblíteni szemet akkor kell, ha a szemrésből porszerűen, vagy vegyileg elszórt idegén anyagot avagy bőséges váladékot kell kimosni. A szétárt szemrészt és kifordított szemhéjakat bőven (lombikból) tarcósos langyos sósvízzel (isotoniás), mézszérüléskor tejjel vagy 40%-os cukoroldattal, lúgmaráskor 1—2%-os ecetsav, sav esetén 2% hydrocarbonicum, vagy lúgsavszérüléskor akár egyaránt 1—2%-os tanninoldattal kiöblíteni. Nehogy azonban az előkészületekből ártalmas idővesztéség származzék, célszerű egyenesen a vízcsaphoz szaladni és bő sugárral öblíteni. Heveny fertőző hurutok (blenorhoea!) esetén annyit kell kimosni a szemet, hogy a szemrésben ne legyen pangó váladék. Ha a váladék csekély, úgy nedvesített tamponnal elegendő a kötőhártyaszak könnyed kitörlése.

A hidegtől vérbőséget s így fájdalmat is csökkentő hatást várván, rendeljünk jeges-hűvös borogatást heveny phlegmonosus, könnytömlőgyulladás esetén, tályogosodó árpától, bő váladékosságú huruttól feszülő szemhéjakra; viszont fájdalmas nagy szemsérülések, glaukoma esetén inkább ne, szarufolyamatok esetében pedig soha!

Langyos-melegborogatást rendeljünk fájdalmak enyhítésére szemkörüli neuralgiák esetén, lassan fejlődő árpák érlelésére, valamint száru-, tülök- és szivárványhártya-folyamatokra. (Jó gyakorlati fogás a meleg fokát a kéz hát bőrrel kipróbálni: ugyanis ennek érzékenysége egyezik a szemhéjéval). A gyakorlat néha bizony egyénileg rációfol a fenti szabványra; ilyenkor a beteg érzése után maga döntsön hideg, vagy meleg alkalmazása mellett.

A legnépszerűbb és szagánál-színénél fogva kelles kamilla-tea nem nélkülözhetetlen; a bőrvizet is helyettesíti sósvíz a szegénypraxisban: kaliumpermanganat 3%-os borsavoldattal 1:5000 arányban (Mező szerint), a szemészetben is legjobb desiniciens.

Legcélszerűbb azonban a lehetőség szerint mindig száraz borogatást alkalmaztatni (gummitömlő; villanythermophor sarka jól beleilleszkedik az orbitájába) mert hisz a hőmérsékhatás a fontos; nem is jár pepecseléssel, maszatolással és szövődményekkel. Túlbugzó nedves borogatástól ugyanis igen gyakran támad szemhéjzema, melyre minden nedvesség kizárása mellett a Neogranormon-kenőcs bizonyult kitűnőnek. Tanácsos tehát praeventive nedves borogatás előtt a bőrt vazelin-előzetesen bekenni. Megnyitott könnytömlő-, ill. szemhéjtályog fölé párás kötést tegyünk. Gondoljunk arra is, hogy plumb. acet.-ot csak ép corneahám esetén alkalmazhatunk (helyrehozhatatlan homályok veszélye!). Szemfürdőket ne engedélyezzünk! Rendes körülmények között a szem nedvesítésére egyedül a könny hívott; tehát mosakodáskor se jusson víz a szemrésekbe.

Jó háziszzerű ajánlható sóborszesz, törköly: a szemhéjak híg, szeszes letörlése, dörzsölése akár tisztálkodás, akár petyhüdttség, vagy tic esetén.

A gyakorlóorvos tehát csak indokolt esetben rendelje el és alkalmaztassa a szemborogatásokat, fentebb ajánlott legegyszerűbb formáiban. Ne feledkezzék meg azonban arról, hogy a borogatás mindig csak tüneti ápolás és nem gyógyszer; ami mellett multhatatlanul gondoskodni kell az alapbántalom kiderítéséről és orvoslásáról.

Fésüs Andor dr.

az Irgalmaskórház szemészfőorvosa.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Jubileumi évfolyam



Tévedések a vesetuberculosis kórismézésében.

A vesegümőkór diagnostikája ma annyira kidolgozott, hogy szakszerű és lelkiismeretes kivizsgálás mellett tévedni nem lehet. Kétes esetben ugyanis a vizsgálatok megismétlésével biztosíthatjuk a helyes kórismét s elkerülhetjük azt a soha meg nem bocsátható hibát, hogy gümős vese tévdiagnózisával ép vesét eltávolítsunk. A gyakorlatban előforduló tévedések többnyire a baj késői felismerésével, vagy pedig a betegség gümős természetének teljes félreismerésével függnek össze.

A vesetbc. kórismézésében szakorvosi szempontból két nagy csoportot különíthetünk el. Az elsőben — ide tartoznak az ú. n. könnyen kórismézhető esetek — a diagnosis már az első kivizsgálás után, úgyszólván az első cystoskopia alkalmával tisztázódik, mert a hólyagban gümős megbetegedésre jellegzetes elváltozásokat találunk. A további kivizsgálás ilyenkor csak a kórisme biztosítását célozza. A második csoportba — idesoroljuk a nehezebben kórismézhető eseteket — az eszközös urológiai kivizsgálás nem tudja első tekintetre a kórismét megállapítani, vagy azért, mert a hólyagban — kezdődő esetekben — a jellegzetes elváltozások még nem fejlődtek ki, vagy pedig — előrehaladott esetekben — éppen ellenkezőleg, a hólyagbeli elváltozások oly súlyosak, hogy a beteg és ép oldal elkülönítése nehézségekbe ütközik.

Az ú. n. könnyen diagnosztizálható esetekben tévedés ma már alig képzelhető el, legfeljebb ha valaki annyira könnyelmű, hogy az oldalakat felcseréli, s akár a cystoskopos leletben, akár a separált vizeletet összegyűjtő üvegcsére jobboldal helyett baloldalt ír. Az ilyen elírásnak súlyosabb következményei csak akkor mutatkoznak, ha a tervezett műtétet nem a vizsgálatokat megejtő orvos végzi. A jó urológus szakorvos ugyanis a cystoskópiai képet — különösen gümős esetekben — nemcsak papíron, de a fejében is rögzíti. Az ehhez hasonló tévedések lehetőségét intézetekben, ahol többen vizsgálnak, úgy szokták már eleve megakadályozni, hogy a kivizsgált eseteket a műtétet megelőző napokban ellenőrző vizsgálatoknak vetik alá.

A nehezebben kórismézhető esetekben a szakorvos részéről tévedés már csak a kezdődő, ú. n. papillaris fekély esetekben fordulhat elő. Az előrehaladott esetekben, midőn a súlyos hólyagelváltozások miatt a beteg oldalt csak nehezen, vagy egyáltalában nem sikerül meghatározni, ma már diagnostikai nehézségeink nincsenek, mert az i. v. pyelographia segítségével ezt könnyen eldönthetjük. A papillaris fekélyes esetekben azonban az i. v. pyelographia sem segít sokat, úgy hogy ha a szakorvos nem eléggé óvatos és tapasztalt, úgy könnyen tévedhet.

Kezdődő papillaris, fekélyes vesegümőkór esetében megessék, hogy a hólyagban gümős elváltozások nincsenek, a veseműködés sem mutat nagyobb functionalis csökkenést, s így az urológus szakorvos a kórismét csak a bakteriológiai és pyelographiás lelet figyelembevételével döntheti el. Ha pl. az ilyen kezdődő tuberculosis-gyanús esetben a bakteriológiai vizsgálat tévesen állapítja meg a bacilluriát, ugyanakkor a pyelographiás képen egy véletlen telődési hiányt papillaris kimaródás-

nak nyilvánítunk, úgy tévedés könnyen lehetséges. Lelkiismeretes urológus ilyenkor inkább megismétli a vizsgálatokat, sem mint könnyelműen műtétet ajánljon. A vesegümőkór lassan, lappangva fejlődik, egy-két hónapi várakozással az ilyen kezdődő esetekben semmit sem veszítünk, viszont a vizsgálatok megismétlése azzal a nagy előnnyel jár, hogy az újabb vizsgálati leletek vagy megegyeznek az előző vizsgálatokkal, s akkor tévedés kizárt, vagy nem egyeznek meg, s akkor a tévedés kiderül.

A szakorvosi tévedések elkerülésének egy másik, bár vizsgálataink tökélye mellett csak ritkán alkalmazott módja a műtéti szemlélet. Ha a vese a műtét alkalmával kívülről teljesen épnek látszik és emiatt a vizsgálatok megbízhatósága felől kételyeink támadnak, úgy helyesen járunk el, ha előbb nephrotomiával a gyanús helyet feltárjuk, s csak ha a gümős gócot megtaláltuk, távolítjuk el a vesét. Kétes esetben műtét alatt kimetszett gyanús veserész *histologiai vizsgálatát* is igénybe vehetjük, erre azonban a gyakorlatban csak nagyritkán kerül sor.

Szakorvosi tévedésekre adhat alkalmat a gümős vesék egy másik csoportja, midőn a gümős folyamat magában a vesében kisebb-nagyobb mértékben körültekintődik, úgy hogy a húgylevezető utakkal a közvetlen érintkezés állandóan, vagy tartósan megszűnik. Ilyenkor a vizelet időnként *geny- és Koch-bacillusmentes* lehet, sőt ha a gümős góc kicsiny, a veseműködésben vagy a pyelographiás képen sem találunk kóros elváltozásokat. Az ilyen ú. n. zárt gümős eseteket hosszabb ideig, sokszor néhány hónapon át kell megfigyelni. A gümős folyamat ugyanis ily esetekben is feltétlenül tovaterjed, s ennek következtében egy későbbi időpontban vagy a functionalis veseértékekben, vagy a pyelographiás képen kóros elváltozások jelentkeznek. A lényeg ilyenkor csak az, hogy a megfigyelés állandó szakorvosi felügyelet alatt történjen, mert ha pl. egy-két évig nem törődünk az ilyen esettel, úgy könnyen megeshetik, hogy a műtéti beavatkozás helyes időpontját elmulasztjuk.

Vannak esetek, midőn a megbetegedés gümős jellegét a tökéletes klinikai kivizsgálás dacára csak szövettani vizsgálat útján tudjuk eldönteni. Ezek az u. n. *társfertőzős alakok*, többnyire súlyosabb jellegű pyonephrosisek, amelyekben a Koch bacillus kimutatása a genyeltöb bacillusok túlbujánzása miatt nem sikerült. Mivel ezek többnyire előrehaladott súlyos esetek, s a vese eltávolításának szükségessége nem kétséges, a gümős aetiologia eldöntése csak másodrendű jelentőségű.

Amíg a szakorvost tévedésekért főleg csak kezdődő esetekben érheti szemrehányás, a gyakorlóorvost éppen ellenkezőleg súlyos esetek késői felismerésében terheli felelősség. Sokszor hangsúlyoztuk már, hogy a vesegümőkór lappangva fejlődik, s a vesefájdalom nagyon sokszor hiányzik, vagy csak későn lép fel. A pyuria és a vizeleti panaszok vesegümőkór eseteiben a vesefájdalmakat többnyire megelőzik. Előfordul, hogy a vesetáji fájdalom oly jelentéktelen, hogy azokat a beteg figyelembe nem részesíti, vagy pedig rheuma vagy fáradtság következményének tartja. A gyakorlóorvos szempontjából azért egy igen fontos szabály, hogy min-

den pyuria esetében, továbbá minden két-három héten belül a szokványos kezelésre nem gyógyuló hólyaghurut esetében, gondoljon vesetuberculosis lehetőségére. Sokszor a Koch-bacillus kimutatásával a diagnosist maga is felállíthatja, de még helyesebb, ha a beteget szakorvosi kivizsgálásra utasítja. A Koch bacillus hiánya, illetve annak sikertelen kimutatása egyáltalán nem bizonyít vesegümőkór lehetősége ellen, mert a gümös bacilluria — mint említettük — a parenchyma bármely pontján történő eltolódás vagy pedig ureter heggesedés következtében hiányozhat.

A gonorrhoeás infectio gümös vesefolyamat jelenlétét nem zárja ki, mert könnyen lehetséges, hogy valaki lappangó vesegümőkór mellett gonorrhoeát acquirál. Indokolt tehát, hogy még gonorrhoeás infectiókban is, ha a folyamat hosszabb ideig szakszerű kezelés ellenére sem javul, a gümös infectio lehetőségét kizárjuk. A legegyszerűbb mód erre a *kathéter vizelet vizsgálata*. Ha az geny és Koch bacillus mentes, úgy a gümös megbetegedés lehetőségét már igen nagy valószínűséggel kizárhatjuk. Sok idült gonorrhoeáról sikerült már kimutatni, hogy a vizelet feltisztulásának elmaradása vesegümőkór jelenlétével függött össze.

A vesegümőkór kórismezésében tehát a szakorvos részéről elkövethető tévedések a *korai* kezdődő esetek elhamarkodott műtéteiben nyilvánulnak meg, a gyakorlóorvos részéről viszont éppen ellenkezőleg gümös esetek késői felismerésében történhetnek hibák. A szakorvos az említett nehézségeket, illetve tévedés lehetőségét úgy kerülheti el, ha nem hisz vakon a bakteriológiai és pyelographiás leleteknek, hanem azokat csak arra használja fel, hogy saját vizsgálatai keretébe, mint szerves egészét beleillessze. A diagnosis, illetve a veseműtét szükségessége nem a bakteriológiai, vagy pedig a pyelographiás leleten, hanem a *klinikai összképen* dől el s aki ezt mindig szem előtt tartja, az nem tévedhet, mert módjában van kétes esetekben a vizsgálatokat egy-két hónap mulva megismételni.

A *gyakorlóorvos* diagnostikai tévedése csak olyankor helyrehozhatatlan, midőn egy régen fennálló *pyuriát* kellő figyelemben nem részesít, illetve azt banalis cystopyelitis vagy chronicus nephritis következményének tartja. Minden alakelem nélküli pyuria, ha egyéb fertőző megbetegedés (gonorrhoea) nem szerepel, a legnagyobb mértékben gümös megbetegedésre gyanus, de még gonorrhoeás infectiók esetében is, ha azok félévnél hosszabb ideje állanak fenn, s a szokványos kezelésre javulási hajlamosságot nem mutatnak, gondoljunk gümös megbetegedés lehetőségére. A gyakorlóorvos felőssége e tekintetben oly nagy, hogy inkább végeztessen 10 esetben positiv eredmény nélkül vizsgálatot, mint hogy egy esetben is a kellő időben történő kivizsgálást elmulassza.

Minder Gyula dr.
egyetemi magántanár
közkórházi főorvos.

Mit kell a gyakorló orvosnak a császármetszésről tudnia?

A császármetszés műtétét illetően nemcsak az fontos, hogy a vajudó idejében kerüljön a műtő kezébe, hanem a műtét sikerességére az eset kifogástalan tisztasága, azaz asepticus volta is döntő befolyással bír. Nem elég azonban, ha mindezt csak a műtő tudja, hanem tisztában kell ezzel lenni a gyakorló orvosnak is, mert jó eredményeket a gyógyintézetek csak a gyakorló orvossal harmonikus együttműködésben tudnak elérni. — Ép-

pen ezért talán nem hiábavaló az alábbiak ismertetése.

Aseptikusoknak tekinthetők azok az esetek, amikor a vajudó láztalan, a burok még áll s belső vizsgálat nem történt. Ha nem is kifejezetten septikus, de gyanus minden olyan eset, ahol láz ugyan még nincs, de a magzatvíz már öt óránál régebben elfolyt, vagy amikor már beküldés előtt egy vagy több belső vizsgálat történt. Kifejezetten septikusoknak tekintendők a lázas esetek, vagy amikor láz ugyan még nincs, de be szállítás előtt a szülés befejezését vaginális úton már megkisérelték.

Nem is olyan régen, pár évtizeddel ezelőtt a császármetszésnek még csak a klasszikus formáját ismerték, melyben a méh megnyitása a méhtesten ejtett metszéssel történt. Csak kifogástalanul tiszta esetek megoldására alkalmas, de mortalitása még így is 7%. A rossz eredményeket az a körülmény magyarázza, hogy a méh involúciója a méhtesten ejtett és bevarrt seb gyógyulását igen sokszor megzavarja, s hogy a peritonisálás sem kifogástalan. Ezeket a nem kielégítő eredményeket akarták azután a szülészek a császármetszés extraperitoneális fajtájával megjavítani. A műtét lényege röviden az, hogy az alhason ejtett metszésből felkeresték a peritoneumnak a vesico-uterinális áthajlási redőjét, azt feltölték s anélkül, hogy azt megnyitották volna, szóval extraperitonealisan a méh alsó szakaszán ejtett metszésen keresztül extrahálták a magzatot. Főleg a gyanus tisztaságú esetek megoldására jött ez a műtét szóba. Rájöttünk azonban idővel arra, hogy a műtét tulajdonképpen célját, az extraperitoneális dolgozást nem mindig sikerült elérni, mert a különben is nehéz kivitelű műtét alatt a peritoneum gyakran sérült s a hasüreg megnyílt. De rájöttek arra is, hogy a műtéttel elért, aránylag jobb eredmények nem is annyira az extraperitoneális dolgozásnak, mint inkább annak a körülménynek voltak tulajdoníthatók, hogy a méhet az involúciónak ki nem tett alsó szakaszon, a cervixen nyitották meg s így a seb nyugodt gyógyulása inkább biztosítva van. Ez a fedezés volt a császármetszés fejlődésében a legjelentősebb állomás s így alakult ki a műtétnek intraperitoneális (igen sokan tévesen transperitoneálisnak is nevezik) cervicalis válfaja. Manapság már az egész világon ezt a műtéti módot alkalmazzák. A műtét menete röviden az, hogy megnyitják median metszéssel a hasüreget, a peritoneumot a vesicouterinális áthajlási redőnél átmetszik s a hólyaggal együtt letolják. Most szabadon áll a műtő előtt a cervix, melyet azután hosszú, vagy haránt irányú metszéssel nyitnak meg. A magzat extractiója után a méhsebet két rétegben elvarrják, majd a hólyaggal és a peritoneummal fedik. Azonban a császármetszésnek ezt a tökéletesített formáját is még mindig 3—3.7% mortalitás terheli, lázas esetekben végezve pedig a halálozási százalék a 25%-ot is meghaladja.

Ezek után mi sem volt természetesebb, minthogy egyre másra születtek azok a módosítások, melyek mind azt célozták, hogy a császármetszésnek a fertőzött esetekkel szembeni teherbirását fokozzák. A számtalan többé-kevésbé kipróbált módosítás közül csak a három legfigyelemreméltóbbat említem meg, úgy, mint a Sellheim féle méhhasfali sipolyt, a Gottschalk-Portes és a Doerfler féle methodust. A Sellheim féle műtétkor a méh mellső falát a felmetszés előtt kiszegik a hasfali peritoneumhoz, s a méhet a gyermekágyban nyitva kezelik. Nem felelt meg a hozzáfűzött varakozásoknak és azért ez a műtéti mód elterjedni nem is tudott. A Gottschalk-Portes műtétkor a terhes méhet kigördítik, a hasfali peritoneummal az alsó szakaszát körül szegik s a méhet csak a hasüregből ily módon történt kirekesztés

után nyitják meg. A kirekesztett méhet az involutio után egy második műtéttel süllyesztik vissza a hasüregbe. A műtéti halálozás 25%. Nem sokkal jobbak az eredményei kifejezetten fertőzött esetekben *Doerfler*nek sem; az ő műtete csak abban különbözik a rendes intraperitonealis cervicalis sectiótól, hogy a méhet nem in situ, hanem ki-gördítés és gondos izolálás után s nem hosszirányú, hanem harántmetszéssel nyítja meg.

Az ily magas halálozással járó műtéteknek természetesen nincs létjogosultságuk s a szülések tulnyomó része már meg is egyezett abban, hogy mindazon fertőzött esetekben, mikor valamilyen oknál fogva (pl. nagyon idős primipara) okvetlen ragaszkodnunk kell a magzat életéhez, az anya élete emberileg csak úgy biztosítható, ha a sectiót mindjárt követi a méhnek, mint a fertőzés forrásának a kiirtása.

Fentiekben igyekeztem a császármetszés kérdés mai állását röviden megvilágítani, különösen hangsúlyozván azt, hogy mit lehet ettől a műtéttől várni. Tisztán láthatja már minden gyakorló orvos, hogy a műtét eredménye, vagy lehetősége leggyakrabban attól függ, hogy az arra való eseteket ne csak idejében, hanem asepticus állapotban szállítsa be a szülőintézetbe. Röviden: ne vizsgáljon belsőleg !

A császármetszésre való esetek felét a szűkmedencek képezik s gyakoriságra nézve mindjárt a placenta praeviasok következnek utána. Már az is nagy vívmány lenne, ha legalább ezen két szövődménnyel sújtott asszonyok mint tiszta esetek kerülnének felvételre. Ezen óhajításunkkal nem állítjuk lehetetlen feladat elé a gyakorló orvost, mert mindkét szövődmény belső vizsgálat nélkül is könnyen kórismézhető. Szűkmedence esetében multiparákon előbbi szülések története, először szülőnőknön a fejnek a bemenet felett mozgatható volta és prominentiája, placenta praevia esetén pedig a terhesség végén vagy a szülés elején fellépő vérzés az, ami minden további belső vizsgálat nélkül lehetővé teszi a szövődmény megállapítását. Különösen óvakodni kell a placenta praeviasok kitanponálásától, mert ez a vérzést ugysem csillapítja, a vajudó gyógyulási kilátásait viszont a legkedvezőtlenebbül befolyásolja.

Örffy Lajos dr.

bábaképző intézeti igazgató tanár.

A veleszületett csípőficam korai kórisméje

A legtöbb betegség therapiájának jó eredménye a biztos és lehető korai diagnosis. Fokozottabban áll ez azonban a veleszületett csípőficamra, amelynek gyógyításában a jó eredmény lehetősége a születés percétől kezdve eltelt idővel fordított arányban áll. Amíg tehát a veleszületett csípőficam helyretervése a járás megkezdéséig majdnem kivétel nélkül és a második életév betöltéséig kevés kivétellel sikerül, addig a második életévtől kezdve a jó eredmény kilátása oly rohamosan esik, hogy a 6. életévtől kezdve vértelen műtét legtöbbszörre már szóba sem jöhet s a véres műtét eredménye sem teljes. Mindezekből önként következnek, hogy a helyes kórismén és a helyretétel időpontján fordul meg a veleszületett csípőficam gyógyításának egész kérdése.

A kórismét biztosítja: a kacsázó járás; a Trendelenburg-féle tünet; a végtaghosszkülönbség; a nagy gumó magasabb állása; a röntgenkép.

Ezek közül a tünetek közül az első három föltételezi a járást, állást, míg az utolsó három az állás vagy járás megkezdése előtt is értékesíthető tünet.

A kacsázó járás tulajdonképen abból adódik, hogy

a beteg a ficam oldalának megfelelő lábára lépéskor az ellenkező oldali medencefelet süllyesztí. Az egészséges ember járása sima, rugalmas voltának mechanizmusa jórészt a csípőizületben folyik le és éppen az a nyitja, hogy minden lépéskor — tehát váltott lábon álláskor — a másik oldali medencefelét megemeli, vagyis Trendelenburg szerinti negatív tünetet hoz létre. Látjuk tehát, hogy a kacsázó járás és a Trendelenburg-féle tünet azonos eredőre vezethető vissza; hogy mégis két külön pontba foglaljuk őket, annak gyakorlati értelme van; míg a kacsázó járást csak a járni már tudó gyermekek észlelhetjük, addig a Trendelenburg-féle tünetet már azon a kisgyermeken is, aki fogózkodás mellett állni már tud, de járni még nem. Vigyázni kell azonban ilyen esetben a Trendelenburg-féle tünet vizsgálatakor, hogy a járni nem tudó, tehát állni is nehezen, vagy bizonytalanul tudó kisgyermeket ne támogassuk túlságosan. Ha ugyanis a hóna alatt, vagy a karjánál fogva szilárdan megtámasztjuk, akkor az izomerő áttétele folytán a Trendelenburg-féle tünet, vagyis a ficamos lábon álláskor az ellenoldali medencefél süllyesztése egyáltalában nem jön létre.

Nagy óvatossággal kell értékelní a veleszületett csípőficam kórisméjében a végtaghossz-különbséget. A ficam értelmében értékesíthető végtaghosszt legjobban mérhetjük az elülső alsó csípőtövis és a megfelelő oldali belboka közti távolságban. Ehhez a lágyrészekkel alig fedett, jól kimagasló két ponthoz kis gyakorlattal a mérőszalagot jól hozzá tudjuk illeszteni és a két oldal közötti különbségben a centiméter tört részei is leolvashatók. Ha féloldali csípőficam áll fenn és a beteg már rövidebb vagy hosszabb idő óta járás által megterhelte a végtagjait, akkor a ficamos oldal combfejecse a csípőizületben feljebb vándorolt s a csípőtövis-belboka közti távolságban mérhető differentia mutatkozik. Természetesen aligha értékesíthető ez a mérés csípőficam diagnosisára olyan esetben, amikor a gyermek még nem járt s így a combfejecsek nem volt módjában a csípőizületben fölfelé eltolódní. Ha azonban a csípőizületben felhalmazódott kóros mennyiségű folyadékgyülem (savó, vér, geny, stb.) vagy neoplasma az oka a csípőficamnak, akkor megeshetik, hogy ezek felfelé tolván a csípőfejecset, a megfelelő oldalon már a járás megkezdése előtt csökkentik a csípőtövis-belboka közti távolságot.

Ha a csípőficam kétoldali és a combfejecsek egyenlő mértékben csúsztak felfelé a vápában, akkor előállhat az az eset, hogy a csípőtövis-belboka közti távolságban nincsen mérhető különbség. Ez azonban inkább csak elméleti feltevés, mert a gyakorlati tapasztalat azt igazolja, hogy kétoldali csípőficam esetén csak egész kivételes esetekben s akkor is inkább csak felületes mérés-kor hiányzik a csípőtövis-belboka közti távolság hossz-különbsége. Pontosabb mérések ilyen esetben is legtöbbszörre mutatnak különbséget, mert a csípőficam eredeti oka a csökevényesen fejlett fejec és vápa kétoldali ficamban nem egyenletesen csökevényes.

A csípőtövis-belboka közti távolság kórisméi értékelésekor még azt sem szabad szem elől téveszteni, hogy olyan eset is fordulhat elő, amikor az alsó végtagok hossza nem egyenlő, hanem valamelyik oldal relatív hypo-, illetve hyperplasiájával, tehát fejlődési rendellenességével állunk szemben.

Az elmondottakból tehát kitünik, hogy sem a csípőtövis-belboka közti távolság, sem pedig a Trendelenburg-féle tünet nem feltétlen jele a csípőficamnak. Óvatosságnak kell lennünk minden olyan esetben, ahol e két tünet nem fedi egymást. Ha a tünet a rövidült végtag oldalán negatív s a hosszabb végtag oldalán pozitív,

akkor fordított Trendelenburgról beszélünk, ami csakis a ficamos végtag hyperplasiája esetén lehetséges. A medence amúgyis ferde állása és a magasan álló trochanter a tünet határozott létrejöttét erősen fedik. A hosszabb végtagra álláskor pedig az amúgy is süllyedt medencefél tovább lesüllyedni nem tud, sőt kissé felemelkedik.

Minden csípőficam, vagy annak gyanúja esetén feltétlenül szükséges a röntgenkép elkészítése, ami nemcsak a legfontosabb és a legkorábbi kórismei tényező, hanem a kórjóslat szempontjából is biztos támpontot nyújt. Minden, még egyéb tünetekből pontosan kórismézett csípőficam esetében is szükséges, hogy a röntgenfelvételt mindkét oldalról elkészítsük, hogy a fejecs és vápa viszonyának az összehasonlításához a legtermészetesebb mértéket megkapjuk. Fennálló vagy bekövetkező csípőficamról tanúskodik az a röntgenkép, amelyik sekély és meredek vázat, kis fejecset mutat, a fejecs középpontja pedig az Y porc rajzolata fölé esik. A gyermekorvosok újabban minden leánygyermek csípőjét — minthogy túlnyomórészt leánygyermeken találjuk a veleszületett csípőficamot, — még a járás elkezdése előtt röntgenezik, hogy a bajt elég korán kórismézhessék. Mihelyt a veleszületett csípőficamot kórisméztük, azt minden más ficamhoz hasonlóan azonnal helyre is kell tenni. A veleszületett csípőficam helyre-tétele és helyben tartása pedig a vértelen sebészi ténykedés egyik legszebb példája.

Puky Pál dr.

orthopaed-sebész, egyet. tanársegéd.

A Mester-féle rheuma reakcióról.

Mindaddig, míg a rheuma lényegét, okát és fejlődésének menetét nem ismerjük, az objectiv kórismézésre nincs sok remény. Statistikáink bizonyítják, hogy hazánkban is rohamosan szaporodik a rheumás betegségek száma. Különösen egyes foglalkozási ágakban válik jelentősége rendkívülivé. Ilyen foglalkozás a bányász is, úgy hogy — Szél szerint — itt valósággal foglalkozási betegséggnek tekinthető. Gorn azt találta, hogy a rajnavidéki bányákban a munkaképtelenséget 90%-ban rheuma okozza. Számba kell vennünk azonban, hogy a rheumás panaszok sokrétűsége mellett ezek szimulálása is könnyű, úgy hogy ebből a szempontból is kívánatos az objectiv kimutathatóság. Schade az izomrheuma kellékének a bőrön át tapintható 1—5 cm. átmérőjű csomókat véli; ez olyan ritka lelet, melyet nem lehet a kórismézés alapjává tenni. Mester egyszerű reakciót ír le, mely ha beválik, a fent felsorolt problémák megoldásában nagy szerepet játszhat. 0.1%-os salicylsav oldat 0.2 ccm-ét az alkar hajlító oldalán a bőrbe fecskendezi. 5 ilyen intracutan injectiót végez, egymástól 3—4 cm-re, vagyis a bőrbejuttatott salicylsav mennyisége 1 mg. Az injectiók előtt, majd utánuk 15 és 30 perccel fehérvérsejtszámolást végez, mégpedig mindig az illető kar középső ujjából véve a vért — és úgy találja, hogy a rheumásokon a fehérvérsejtek számának esése következik be. Az esés positiv esetben 15—50%-nyi. Positiv a reactio acut és chronikus arthritisek, ischias, rheumás eredetű vitiumok, iridocyclitis, spondylarthritis esetén. A reactio szigorúan specifikus (gonorrhoeás arthritisen negativ) és immunologiai alapon jön létre. Lenocho a reactió utánvizsgálta és Mester adatait megerősítette. — Az intracutan próbáknak manapság nagy kelete van, nemcsak az allergének és a fertőző betegségek elleni védettséggel tanulmányozására, hanem a C-vitaminhiány kimutatására (Rotter), lappangó diabetes kórismézésére (i. e. adott cukoroldat felszívó-

Szám	Név	Diagnos	Fvs. a reakció			Fvs-ek % ₀ -os változása
			előtt	után 30'	60'	
1	P. G.	Pr. chr. arth.	7000	5400	5800	— 22
2	P. P.	—	5800	7200	6600	+ 24
3	S. J.	Sec. chr. arth.	7400	6000	5800	— 21
4	T. F.	Subacut. p. arth.	6200	5800	5200	— 16
5	M. P.	Polyarth. chr.	6600	6000	5400	— 18
6	L. J.	Subacut. p. arth.	10400	9700	6600	— 36
7	S. S.	Ischias	6800	6800	4400	— 20
8	Sz. J.	Pr. chr. arth.	6800	4400	6400	— 35
9	A. J.	—	6400	4400	—	— 31
10	S. P.	Subacut. arth.	10000	7200	7700	— 28
11	Sz. G.	Polyarth. chr.	6700	8600	8200	+ 28
12	R. J.	Pr. chr. ar	8000	5900	8500	— 26
13	H. J.	—	5800	4400	6000	— 24
14	G. K.	—	5800	7200	6800	+ 24
15	D. L.	Subacut. arth.	5400	4000	5200	— 26
16	T. P.	Spondylarth.	4800	4000	4200	— 17
17	M. G.	Sec. chr. arth.	6200	5500	5400	— 13
18	C. G.	—	6800	6200	5800	— 14
19	J. O.	Polyarth. ac.	12200	10000	9000	— 26
20	V. B.	Sec. chr. p. a.	7600	4400	4300	— 43
21	I. J.	Lumbago	6400	6000	5600	— 12
22	B. J.	Pr. chr. arth.	9200	5200	7800	— 43
23	K. J.	Polyarth. subac.	7400	6400	6800	— 13

dási idejének mérésével — Seelig) stb. is felhasználják. Pedig a bőrpróbák leolvasása nagy óvatosságot igényel. Emlékeztetnünk kell Cepulic és Pinner nagyfontosságú és részletes munkájára, melyben a bőrbe adott különböző oldatokra más-más egyénben különféleképpen létrejövő reakciókat tanulmányozták. Más a kachektikus és más a friss, rugalmas bőr reakciókészsége; a pigmentgazdagság, ill. szegénység sem hanyagolható el ebből a szempontból, a reactio idejének hosszúsága is függ nemcsak a bevitt anyag felszívódási viszonyától, hanem az egyén alkatától is. Ezek a körülmények azonban a reakciók leolvasásánál aligha vehetők figyelembe számszerűleg, így hát mindössze arra terjedhet ki a törekvésünk, hogy lehetőleg azonos alkatú és tápláltságú egyéneken végzett vizsgálatokat hasonlítsunk össze.

A Mester-féle reakciót 23 biztosan rheumás betegen végeztük el.

Eszerint a 23 biztosan rheumás közül 3 esetben (13%) a fvs.-ek száma emelkedett. 4 további esetben az esés bekövetkezett ugyan, annak mértéke azonban alatta maradt a positivnek vehető 15%-nak. Ez a 7 eset együttvéve 30%-ot tesz ki. Feltűnő volt, hogy néhány esetben az addig makacs fájdalom jelentős enyhülése következett be. (Psychikus hatás?)

A biztosan nem rheumások közé sérülteket, furunculosisban és gyomorpanaszokban szenvedőket soroltunk. 10 eset közül 3 ízben a fvs.-ek esése (10, 3, ill. 17%-ban) következett be, a többiben vagy változatlan volt, vagy emelkedett. E csoportban tehát mindössze 1 esetben mondta fel az eljárás a szolgálatot. Sorozatos qualitativ vizsgálatok azt mutatták, hogy a csökkenés mindig a neutrophileken következik be, míg a többi-féleség abszolút száma változatlan marad.

A megítélésben a reactio okozta nagy fájdalmat is tekintetbe kell vennünk, minthogy ez közismerten leukocytosist okoz (Boros, Margitay-Becht). Annál inkább értékesnek kell tartanunk, hogy a biztosan rheumások 70%-ában tényleg bekövetkezik a fvs.-ek esése. Ez a szám természetesen nem elég nagy ahhoz, hogy a reactio használhatóságáról feltétlenül meggyőzőn, vagyis, hogy a rheuma objectiv kórismézését biztossá tegye, de mégis elég jelentékeny abban az értelemben, hogy az eljárás elméleti elgondolását helyesnek tarthassuk és így reméljük, hogy a methodus finomabbá tételével a kívánt célhoz még közelebb juthatunk.

Mosonyi László dr., Baglyasalja.