84. évfolyam. 14. szám. Budapest, 1940 április 6.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
IX., Hőgyes Endre-utca 7. Telefon: 187-622.
Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el.

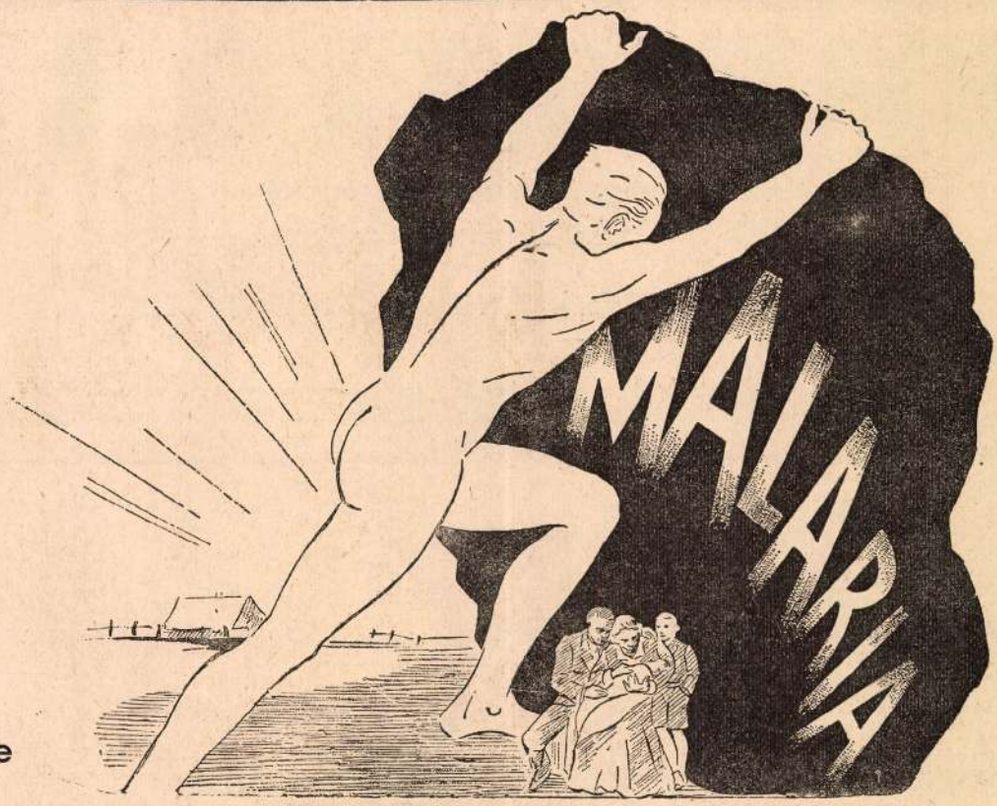
MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele:
a
kiadóhivatalban

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára". *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, vagy Lepage könyvkereskedés, Cluj, Str. Matia 1. *Szlovákiában: Eleőd Z. Solt O. H.* Dunabank, Bratislawa. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az **„Orvosi Hetilap"**-ra és az Orvostudományi Közlemények-re együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dínár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P) félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2.50 pengő. — A **„Magyar Orvosi Archivum"** egész évre 10 pengő, 70 slk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.



kezelésére

ATEBRIN

A kúra

rövid: 5—7 napig tart; **egyszerű:** 3 tabletta Atebrin á 0.1 g naponta; **alapos:** kitünő gyógyhatás a legkisebb recidiva eséllyel, **veszélytelen:** káros mellékhatása nincs. Javallt terhesség esetén is.

Hatékony prophylaxis: 2×hetenként 2 tablettа á 0.1 g.

Súlyos esetek kezelésére ATEBRIN PRO INJECTIONE

A recidiva és az átviteli lehetőség további csökkentésére

PLASMOCHIN

a gamétaszer

BAYER »Bayer«

LEVERKUSEN a. Rh.

Magyarországi vezérképviselet:
MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU Rt., Budapest, V., Arany János-utca 10.

84. évfolyam. 14. szám. Budapest, 1940. április 6.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:
ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZEKELY AGOSTON.

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:

Kiss Pál: Halálos szívzavar tonsillitis után. (177—178. oldal.)
Nagy József: A ricinus-olajjal érzékenyített complementkötési reactio klinikai értékéről kankós betegeken. (179—181. oldal.)
Fuder Sándor: Kisérletes vizsgálatok a dermatopulmonalis reactióról. (181—183. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (29—32 oldal.)
Irodalmi szemle: (183—184. oldal.)
Könyvismertetés: (185. oldal.)
Lapszemle: (186. oldal.)
Vegyes hírek. Hetirend: (186. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Halálos szívzavar tonsillitis után.*

Irta: *Kiss Pál dr.* egyet. magántanár klinikai adjunctus.

Néhány évtizeddel ezelőtt a tonsillitiseket még komoly betegségnek tekintették s a kezelésre, valamint az utókezelésre vonatkozó orvosi tanácsokat megtartották. A mai gyors életben ez teljesen megváltozott. Mindenki tudja ugyan, hogy különösen tonsillitis follicularis után a szíven, vesén és az izületekben igen komoly utóbetegség jöhet létre, mégis szinte minden nap tapasztaljuk, hogy alig szünt meg a 39—40°-os láz, a gyermeket máris felkeltik s egy-két nap mulva iskolába küldik. Úgy gondolom, hogy ez a könnyelmű felfogás döntően belejátszik, hogy az utóbbi időben mind gyakrabban észlelünk tonsillitisek után szívzavarokat. Már régen gyüjtjük az anyagot, amelynek felhasználásával az ilyen mandula eredetű szívzavarok gyakoriságára rá óhajtunk mutatni. Nagy anyagunk alapján hangsúlyozni szeretnők, hogy e tonsillitisek után aránylag gyakran végleges anatomiai torzulás (hegek) marad hátra nemcsak szívbelhártyán, hanem a szívizomban is. A most közlendő gyászos eset figyelmeztet arra, hogy a régi idők óvatossága mennyire indokolt volt s hogy mennyire fontos mind a szülők, mind az iskola előtt teljes szigorral érvényt szerezni a helyes orvosi felfogásnak.

N. Z. 13 éves fiút 1938 november 30-án mutatták be rendelésünkön. Kórelőzménye: mostani betegségéig semmilyen komolyabb betegségen nem ment át; családi, környezeti és fejlődési kórelőzménye a rendestől nem tért el. Jelen betegségéről a szülők és az észlelő orvos elmondották, hogy *2 hétel ezelőtt tonsillitis follicularison ment át*, ez 39°-on felüli lázat okozott. 4 nap mulva láztalan lett, felkelt. 6. nap iskolába küldötték. Az iskolába járás 4. napján éjtszaka erős fejfájása, hányingere, újabb láza (38.2°) támadt, úgy hogy megint ágyban maradt. E második betegsége óta 4 nap telt el, ezalatt folyton gyengült, elesettebb lett, panaszai fokozódtak. *Bemutatása előtt 20 órával éjjel tonusos-clonusos görcsrohama volt, rövid időre elvesztette eszméletét.* Azonnal orvost hivtak, aki halálos sápadtságot, *váltakozva gyér és szapora pulsust* tapasztalt. Elmondotta, hogy 3 ilyen roham alkalmával jelen volt s a fenti tüneteken kívül a roham alatt hörgést, szájhabzást is észlelt. A diagnosist szívblockra tette s ezért szállította a gyermeket klinikánkra. Az eddigi szívkezelés belsőleg adott veritol- és cardiazol-ból valamint izomba adott camphor olajból állott. *Digitalist betegsége alatt nem kapott.*

A felvételi állapot: sápadt, fakó szinű, fáradt, karikásszemű gyermek. A tüdő és hasi szervek vizsgálata eltérést nem derített ki. A szívcsúcslökés kinnebb és lennebb volt: a szívtompulat minden irányban nagyobb, a szívhangok feltünően tompák, azonban tiszták voltak, nagyfokú arhythmiát észleltünk. Vérnyomása 115/95 Hg mm. Vizeletében a fehérje erősen positiv, a későbbi vizsgálat szerint a vizelet fehérjetartalma 5‰, az üledékben látóterenként 10—15 fehér-, sok vörösvérsejt.

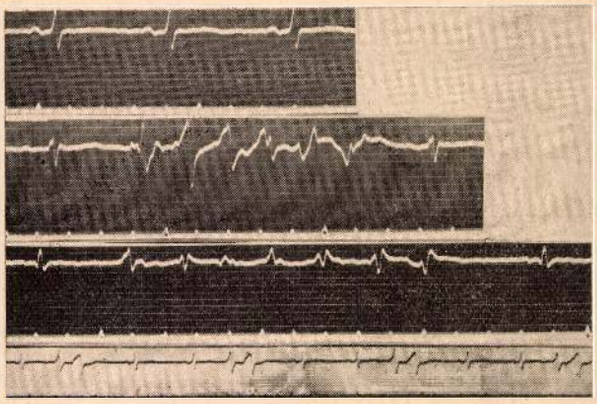
Vizsgálat alatt vizelési ingere támadt, amint felült vizelni elsápadt, hátrahanyatlott az ágyra, halottsápadt és fakó szinű lett, elvesztette eszméletét. Fejét opisthotonus tartásban hátraszegte s pár pillanatig így maradt, akkor arca hirtelen kipirult, karjait lassan kis hullámú clonusos rángások közben behajlitotta, majd pár clonusos rángás szaladt végig testén. E roham alatt a szívműködés rhythmusa rendkivül változott: hol megszámlálhatatlanul szapora szivhangokat, hol rendkivül gyéren, arhythmiásan követve egymást hosszú szünetekkel hallottunk egy-egy szívhangot. Pulsusa a roham alatt nem volt tapintható. Ezen általunk észlelt roham talán fél-, vagy háromnegyed percig tartott, utána a gyermek visszanyerte eszméletét, a roham előtti arcszinét s azonnal beszélgetni kezdett.

A kórelőzmény, a vizsgálatkor talált lelet és az általunk is észlelt roham milyensége alapján Morgagni—Adams—Stokes-féle tünetcsoportra kellett gondolnunk. Anélkül, hogy e kérdés irodalmával foglalkozni akarnék, csupán utalok arra, hogy mig a régebbi irodalom Morgagni—Adams—Stokes-féle *„betegség"*-ről emlékezik meg s a kórképet egységes okra vezette vissza, addig ma nem „betegség"-ről, hanem Morgagni—Adams—Stokes-féle *tünetcsoport*ról beszélünk. Sőt még egységesnek sem tartjuk a közvetlen okot, hanem létrejöttének mechanismusa szerint 3 alakot különböztetünk meg aszerint, amint: 1. az ingerületvezető rendszer, 2. a szív fali izomzata, vagy 3. a központi idegrendszer elváltozása a döntő oka a tünetcsoport kialakulásának.

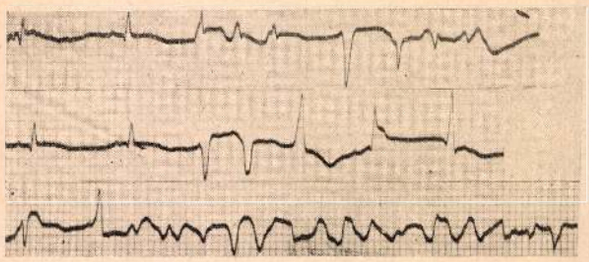
Esetünkben a szív ingerületvezető rendszere anatomiai tönkremenésének lehetőségét az elektrokardiographia alapján kizárhattuk (1. ábra felső sor.) A felvétel egyes időszakaiban 2—3 szívrevolutio is következett egymás után, mikor az ingerületvezetés teljesen rendben zajlott le. Az electocardiographiás felvétel további szakaszai aztán világosan rámutattak, hogy a Morgagni-Adams—Stokes-féle tünetcsoport létrejöttének okát azon

*) A Magyar Gyermekorvosok Társasága XX. bemutató ülésén tartott előadás nyomán.

működési zavarban kell keresnünk, amit a *szív fali izomzatának anatomiai elváltozása* váltott ki (2., 3., 4. ábra.) E felvételi szakaszokon súlyos extrasystolés arhythmiát láttunk. Az extrasystolék túlnyomó része kamrai eredetű volt. A kamrai izomzatnak különböző helyeiről kiinduló ingerületek váltak hatásossá. E kamrai extrasystolék hol isoláltan jelentkeznek, hol csoportosan 2—3 extrasystole követte egymást, sőt voltak időszakok, amikor rohamszerű csoportosulásokat láttunk (1. ábra második és harmadik sor.) Észleltünk olyan időszakot is (1. ábra negyedik sor), amikor pararhythmiaszerüleg váltogatta egymást a sinus rhythmus és a jóval gyérebben működő kettős csoportú kamrai rhythmus.



1. ábra. Felső sor: II. levezetés. Időjelző alul 1/5". P—R távolság lezajlási ideje: 0.125", QRS lezajlási ideje: 0.057". *Második sor*ban a III. levezetés, az első és utolsó szívrevolutio sinus vezérlésének megfelelő, ezek között extrasystolés roham (hat extrasystolénak Ekg-je). *Harmadik sor*ban az I. levezetés, az első és utolsó szívrevolutio sinus vezérlésnek megfelelő, ezek között extrasystolés roham (hét extrasystolénak Ekg-ja). *Alsó sor:* II. levezetés eredeti nagyságának 1/4-ére kicsinyítve: az 1., 4., 5., 8., 9., 12. és 13. szívrevolutio sinus vezérlésnek megfelelő, a 2., 6., 10., 14. szívrevolutio egyik typusu, a 3., 7., 11., 15. szívrevolutio másik typusu kamrai extrasystolénak megfelelő Ekg. Az egymásnak megfelelő typusu görbék egymáshoz viszonyítva külön önálló rhythmusban vannak.

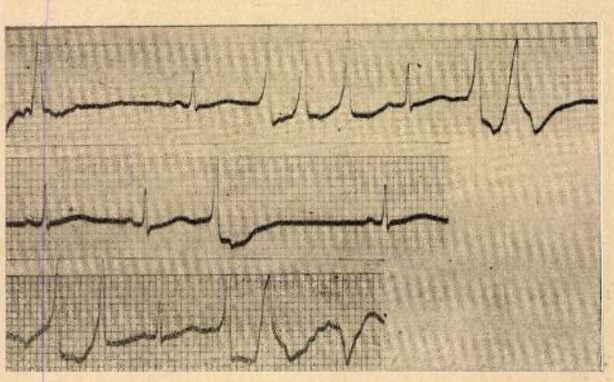


2. ábra. I. levezetés. Az egymás alatt fekvő sorok egymásnak közvetlen folytatásai. A nagyság az eredetinek 2/3-a. Az első sor 1. és 2., a második sor ugyancsak 1. és 2. szívrevolutiója sinus vezérlésnek megfelelő, a többi a szív különböző helyeiről kiindult extrasystolé. Az alsó sor a két szívrevolutio után kamrai eredetü extrasystolés rohamnak felel meg.

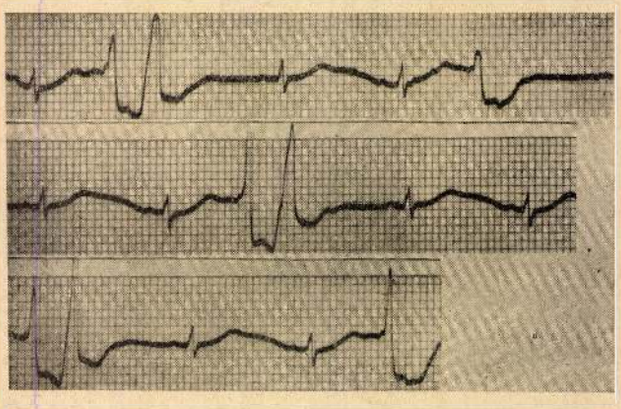
Az elektrokardiographiás felvételek eredményeit egybevetve a klinikai leletünkkel súlyos diffus myokarditist kórisméztünk és következményes tágulatot tettünk fel. A Morgagni—Adams—Stokes-féle tünetcsoport létrejöttének okát nem a szív ingerületvezetőrendszere anatomiai tönkremenésében kerestük, hanem diffus fali myokarditisben, illetve e myokarditis okozta súlyos működési zavarban: a dilatatióban pararhythmiás jellegü interferentiás dissociatióban és e kettő okozta vérellátási elégtelenségben.

Ez elkülönítő diagnosis a kezelés irányítása szempontjából is fontos volt, így ugyanis digitalis adását is indokoltnak láttuk. A súlyos myokarditis miatt egy adagban csak kevés digitalis adása mellett döntöttünk s úgy terveztük, hogy ezt naponta többször megismételjük. 10 ccm 20%-os dextrose oldatban 0.2 ccm digalen-t adtunk érbe s ugyanakkor izomba 3 ccm 10%-os camphorolajat.

A klinikai felvételt követő 5 óra alatt hatszor támadt Morgagni—Adams—Stokes-féle roham. E rohamok is a fent leírt módon zajlottak le, oldásukra izomba fecskendezett coffeint, cardiazolt, coramint vettünk felváltva igénybe. A hatodik roham halállal végződött. A szívizomba adott 0.1 ccm tonogen-nel sem lehetett a szívet a roham után működésre birni.



3. ábra. II. levezetés. Az egymás alatt fekvő sorok egymásnak közvetlen folytatásai. A felső sor 2., 6., a második sor 1., 2. és 4., az alsó sor 3. szívrevolutiója sinus vezérlésnek felel meg. a többi a szív különböző helyeiről kiindult, részben elszigetelt, részben csoportos extrasystolé. Az eredeti nagyság 2/3-a.



4. ábra. III. levezetés. Az eredeti nagyság 2/3-a. Az egymás alatt fekvő sorok egymásnak közvetlen folytatásai. A felső sor 1., 4., 5., a második sor 1., 2., 5., 6. és az alsó sor 3., 4. szívrevolutiója sinus vezérlésnek megfelelő, a többi a szív különböző helyeiről kiindult extrasystolé Ekg-ja.

Boncoláskor a szív makroskopos és mikroskopos vizsgálatával perivascularis kötőszövet szaporodással járó myokarditist lehetett kimutatni. Fontosnak tartottuk, hogy tonsillitis follicularis képében lezajlott torokdiphtheria lehetőségét kizárjuk s ezért a torokból, tracheából és a bronchusokból kaparékot oltottunk Loeffler táptalajra, azonban diphtheria bacillusok nem voltak kimutathatók. Döntő volt azután, hogy a szív véréből leoltott táptalajban streptococcus haemolyticus nőtt ki.

Az esetet azért tartottuk közlésre érdemesnek, hogy tragikus végével bizonyítsa azt a legsúlyosabb lehetőséget, amivel tonsillitis follicularis kapcsán számolnunk kell. Más alkalommal rá fogok még mutatni a bár nem ilyen végzetes, de maradandó hegeket hátrahagyó szívszövődmények lefolyására. Azt a régi klinikai tényt kell hangsúlyoznom, hogy a tonsillitis follicularist tekintsük komoly betegségnek, a lázas szak lezajlása után legalább 7 napi iskolamentességet és pihenést biztosítsunk minden esetben a gyermekeknek.

Az Erzsébet Tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: vitéz Berde Károly ny. r. tanár.)

A ricinus-olajjal érzékenyített complementkötési reactio klinikai értékéről kankós betegeken.

Irta: *Nagy József dr.*

A kankó complemenkötési reactiója (go. k. k. r.) végzésének finomabb kidolgozásával igen értékes kórjelzéstani segédeszközhöz jutottunk. A következő kérdések vetődnek fel a go. k. k. r. értékével kapcsolatosan: 1. Fajlagos-e, illetve milyen a megbízhatósága? 2. Lehet-e a heveny kankó kórjóslatában felhasználni? 3. A kezelés irányításában fel lehet-e használni? 4. Van-e értéke a kankós folyamat meggyógyulásának kimondásakor?

A go. k. k. r.-t fajlagosnak kell mondani, mert csak 3—5%-nyi a nem fajlagos kötés. Mégis örvendetes minden olyan új eljárás, mely a vérsavóban lévő kevés „antitestet" is jól kimutathatóvá igyekszik tenni.

Günsberger és *Fischer* a Müller—Oppenheim-féle go. k. k. r. érzékenyebbé tételére az antigenhez olivaolajat adtak, de módosításuk nem vált be, mivel az oliva-olaj alkoholban rosszul oldódik s így az alkoholos antigen higításakor az olaj „erősítő szerepe" nem érvényesülhet. *Brandt* eljárásában az alkoholban igen jól oldódó ricinus-olajat használja fel.

A Brand-féle go. k. k. r. végzése: A módszer leírását l.: Klin. Wschr. 1935. 14. 1212. alatt. Az ott közölt módszert módosítottam annyiban, hogy a 0.2%-os ricinus-oldathoz (R.) 1 ccm compligont, majd 30"-nyi állás után 5.0 ccm phys. NaCl-oldatot adtam a megszabott 3 ccm helyett.

A kis mennyiségű antigen (a *Brandt* eljárása szerint készült antigen mennyisége kb. 1/4-e annak, amit a M. O.-r-nál használni szoktunk) optimális hatása egy bizonyos olaj-colloid mennyiséghez kötött *(Brandt)* és éppen ezért nem ajánlatos, hogy 1 ccm 0,2%-os alkoholos-ricinus-olaj oldathoz kevesebb, mint 1 ccm antigént adjunk. Az antigén titrálása, a reactio hasonló a Wa-r.-hoz. Fontos azonban, hogy a komplementet jól kititráljuk és a főkísérlethez a még oldódást előidéző adag mennyiségénél többet veszünk s így komplementfölösleggel való dolgozással csökkenthetjük a bizonytalan reaciók számát. A komplementkötés erősségét ++++, +++, ++, + és — (negativ) jelöléssel végezzük. Az eredmény biztosabbá tételére 1. friss savóval kell dolgozni; 2. az eredményt positiv és negativ savóval ellenőrizni; 3. a reactiót legalább két különböző gyártmányú antigennel azonos módon elvégezni. A go. k. k. r. elvégzése alkalmával a haemolytikus-rendszer hozzáadása után az aldódás hamarább bekövetkezik, mint a Wa.-r-nál s ezért az eredményt akkor kell leolvasni, amikor a controll-csövekben teljes az oldódás. A szerzők eltérő eredményeinek egy része talán azzal is magyarázható, hogy a leolvasás időpontja a szerzők szerint más és más.

Brandt eljárása szerint végzett go. k. k. r.-val 700 beteg vérsavóját vizsgáltuk meg, természetesen elvégeztük a Müller—Oppenheim-féle reakciókat is, hogy az új eljárás tulajdonságait, összehasonlítóan tanulmányozhassuk. Azt tapasztaltuk, hogy a Brandt-féle go. k. k. r. eredményei a klinikai leletnek megfelelnek. Mivel itten érzékenyített reackióról van szó, feltehető volt, hogy a nem specifikus kötések száma az eddigi eljárásokkal nyert eredményeknél jóval nagyobb lesz. Ezért kísérletünk főcélja az volt, hogy a syphilises és különböző bőrbetegek complementkötési sajátosságait is tanulmányozzuk.

Vizsgálatainkból kitűnik, hogy a reactio a fajlagos s ez általában minden esetben positiv volt, mind a szövődményes kankó eseteiben, mind a kankós folyamatok amaz időszakában is, amikor a kankó serologiai reactiói positivvá szaktak válni. Nem kankós eredetű betegségek és a legkülönbözőbb bőrbetegségek esetében — a nem specifikus kötéseket nem tekintve — csaknem mindig negativ eredményt kaptam. 256 bőrbeteg vérsavójával a Brandt-féle go. k. k. r.-val csak 3.51% volt a nem fajlagos kötés, de ez is csak ++ és +++ volt. A többi esetben a reactio megegyezett a Müller—Oppenheim-féle go. k. k. r. eredménnyel, ill. negativ volt.*)

Birnbaum, Kristjansen stb. vizsgálatai szerint a biztosan kankós betegek vérsavója meningococcus, micrococcus pharingis flavus, staphylococcus, pneumococcus stb. törzset használva antigenül positiv complementkötési reactiót ad. E szerzők ezt a jelenséget úgy magyarázzák, hogy a go. k. k. r. nem szigorúan fajlagos-, hanem csoport reactio, és így keletkeznének a nem fajlagos positiv eredmények. Ennek fordítottja is gyakori lehet, mikor furunculosis, ulcus cruris, tonsillitis, meningitis stb.-ben szenvedő betegek vérsavója gonococcus antigennel nem ad specifikus complementkötést. Ezt a kérdést (pyodermás, ekzénás, lábszárfekélyes stb. betegek vérsavóival elvégezve a Bandt-féle go. k. k. r-t) vizsgálat tárgyává tettem és arra a megállapításra jöttem, hogy a positiv esetek száma — ahol a kankó teljesen kizárható volt — nem haladja meg az 5%-ot. *Maruyama* vizsgálatai szerint a kankós betegek vérsavójával is negativ eredményt kapott, ha pneumococcust, meningococcust, streptococcust stb.-t használt antigénül.

Hogy eldöntsük azt a kérdést is: vajjon a seropositiv és seronegativ syphilis ad-e positiv go. k. k. r.-t vagy sem, 242 syphylises beteg vérsavóját vizsgáltuk meg, elvégezve párhuzamosan a *Müller—Oppenheim* és a *Brandt* eljárása szerint készült reactiókat, két különböző gyártmányú antigent (Compligon-t „Schering" és Go.-Antigen-t „Labopharma") használva fel vizsgálatainkban. Syphilises betegeink közül csak 96 egyént találtunk olyat, aki határozottan állította, hogy kankója sohasem volt, (betegeink többi és igen tekintélyes részét a pincérnők, prostituáltak stb. tették ki, kik go. k. k. r.-jának eredményét figyelembe véve helytelen eredményt kaptunk volna). E 96 beteg vérsavójával elvégezve a go. k. k. r.-t, 6.24%-nak találtuk a nem fajlagos positiv kötést, ami megegyezik más szerzők eredményeivel is. *Packelen Thorolf* 7.4%-ra, *Engelhardt* és *Summent* pedig 4%-ra teszik a syphiliszes egyének nem fajlagos go. k. k. r-ját.

A szerzők elég nagy része azt tartja, hogy azokban a syphilises esetekben, hol a Wa.-r positiv, a go. k. k. r. is kivétel nélkül mindig az szokott lenni. Ezt a kérdést tisztázni akarván, a go. k. k. r.-val egyidejüleg a syphilis serologiai próbáit is elvégeztük. Eredményeink: a 93 positiv Wa.-r-val bíró beteg közül 29.03-nak erősen positiv volt a go. k. k. r.-ja; a 149 seronegativ syphilises eset közül a positiv go. k. k. r.-k száma 24.83% volt. Ebben az eredményben benne van az a 146 kéjnő, pincérnő stb. go. k. k. r.-jának eredménye is, kik már átestek kankós fertőzésen vagy éppen csak nem régen gyógyultak ki belőle. Ha ezeket az eseteket nem is veszszük figyelembe, bizonyos, hogy a positiv Wa.-r-val bíró

*) A correctura készítésekor a *Brandt* eljárása szerint végzett go. k. k. r.-ók száma jóval meghaladja az 1000-et. Eredményeink a közöltekkel mindenben megegyeznek. Igen érdekes észlelésünk az, hogy több, mint 150 egészséges egyén (tanulók, leventék, próbarendőrök, stb.) vérsavóival végzett reactió csak 5 esetben volt positiv (3.3%). Ebből leszámítva azokat az eseteket, hol az illetőknek csak nemrégen meggyógyult kankójuk volt, a positiv esetek százaléka csak 0.6%. Ezekről a vizsgálatokról legközelebb részletesen beszámolunk.

beteg go. k. k. r.-ja nem mindig positiv és így nem tudom megerősíteni a szerzők ilyen állítását, sem pedig *Boncinelli* véleményét, aki szerint positiv Wa.-r esetében a go. k. k. r. még akkor is negativ, ha pl. kankós szövődmény áll fenn, amikor pedig positivnak kellene lennie. Ő ezt úgy próbálja megmagyarázni, hogy a positiv Wa.-r. nem befolyásolja a go. k. k. r.-t positiv irányban, amint azt hinni lehetne, hanem éppen megakadályozza.

Mivel a syphilises betegeken a nem fajlagos go. k. k. r.-k száma igen nagy, a positiv reactiók értékelése igen nagy figyelmet és hozzáértést kiván. Némely szerző, hogy ezeket a „nem fajlagos kötéseket" elkerülje, azt ajánlja, hogy a go. k. k. r. mellé írjuk fel még a syphilis serologiai vizsgálatának eredményeit is, és ha a go. k. k. r. positiv és a syphilis serologiai reactiói is azok, akkor a positiv reactiót értékelni nem lehet, mert ez legtöbbször egy nem fajlagos kötés eredménye. Ha az ilyen reactiókat nem vesszük figyelembe, akkor még mindég nem tudjuk a serologiai reactio alapján, hogy a folyamat kankós eredetű-e vagy sem, mert, ha azt a klinikai és bakteriologiai vizsgálat nem tudja eldönteni, éppen a serologiai reactiók eredményére lenne szükségünk olyan körülmények között, ahol az elkülönítő kórjelzés nehézségekbe ütközik (pld. arthritis, adnexitis stb.). Így csak azokat az eredményeket lehet értékelni, hol a negativ Wa-r. mellett positiv a go. k. k. r. Olyan esetekben, hol a klinikai-bakteriologiai kórjelzés tisztázott, ott nem fontos, hogy a rectio eredménye milyen: fajlagos-e vagy sem.

24 uretritis gonorrhoica ant. esetünk közül a Brandt-féle reactio 12 esetben volt positiv (ebből a Müller—Oppenheim-féle csak 6 esetben volt positiv). Megjegyzendő, hogy ezeket a vizsgálatokat minden esetben a betegség kezdete óta eltelt 10-ik napon végeztük. *Smolka* és *Brekenfeld* a praeserologiai időszakot 3—14 napra teszik. Így azok az esetek, melyek serologiai vizsgálata positivnek bizonyultak akkor, amikor a M. O.-r. negativ eredményt adott, valószínűleg már a serologiai időszakba esik s a kimutatás csak a rectio érzékenyebb voltán mulik. Tehát az elülső kankóban a positiv go. k. k. r. esetek száma 50%, ami nagyjában megegyezik a *Budlovszky* 46%-os és *Funk* 60%-os eredményeivel. Az urethritis gonorrhoica totalis eseteinkben (21 eset) az összes positiv reactiók száma 86.3%, ami szintén megfelel *Packelen Thorolf* eredményeinek: 84.4% (3272 eset) és *Budlovszky* eredményének 83.8% (1050 eset). Urethritis gonorrhoica chronica totalis eseteink erősen positiv eredményt adtak. Az idült és totalis húgycsőkankó positiv go. k. k. r.-jának magyarázatára igen érdekes *Price* véleménye. Szerinte, ha a folyamat „nyitott", azaz a gonotoxinok szabadon távozhatnak, felszívódás és ennek következményeképpen ellenanyag nem keletkezik: a reactio negativ. Ellenben, ha a folyamat „zárt", már a hátsó húgycsőkankó esetében is (az idült folyamatok sok gonotoxinjából csak felszívódik annyi, hogy az ellenanyagképződésre vezet), még inkább a szövődmények eseteiben (prostatitis, epedidymitis, arthritis stb.), hol a toxinok kiküszöbölése még nehezebb, a reactio rendszerint mindig positiv. 18 szövődményes kankós férfibetegünkön (prostatitis, epididymitis, arthritis stb.) a reactio 88.8%-ban positiv volt.

Igen érdekesek a kankós nőkön végzett vizsgálatok eredményei. 111 endometritis cervicalis gonorrhoica esetünkben a Brandt-féle go. k. k. r. positiv eredményének aránysáma: 89.18%. *Heiner* a positiv reactiók számát 78%-ra teszi (42 eset). *Varaldo* azt tapasztalta, hogy a kislányok vulvovaginitise esetében a kankós serologiai reactiók positivok szoktak lenni. 4 vulvovaginitises leányka vérsavójával végzett go. k. k. r. erősen positiv reactiót mutatott, szemben a M. O.-r.val, hol csak igen gyengén positiv reactio mutatkozott. 16 szövődményes kankós nőbetegünkön (adnexitis gonorrhoica, Barthólintitis go. -ca, 11 arthritis stb.) a positiv eredmény 87.5% volt, 2 eset negativ maradt, de itt a kankós eredetünek feltett izületi bántalom a kórlefolyás alapján polyarthritis (rheumatica?) eredetűnek bizonyult. *Mayer, Bremer, Wiedmann, Wanderer* stb. munkái alapján tudjuk, hogy a kankós arthritis gyakran polyarticularisan jelenhet meg, mikor a kórjelzés nehéz és az esetet félre is ismerhetjük. Ilyenkor a go. k. k. r. azonnal helyreigazít, és *Löwenstein, Reitter, Kutschera* szerint ezek a sokizületi kankós folyamatok jól elkülöníthetők a polyarthritis tuberculosa, rheumatica stb.-től is, csupán a serologiai vizsgálat alapján.

A go. k. k. r. adta lehetőségeket, mint segédeszközt mindig felhasználtuk a prostituáltak kötelező vizsgálatakor, továbbá mindkét reactiót elvégeztük valamennyi nőbetegünkön, akiket az erkölcsrendészet kankó gyanuja és fertőzés története miatt előállított. Ezt a vizsgálatot azért is elvégeztük, mert igen sok esetben a kankó gyanúja miatt végzett vizsgálat negativ bakteriologiai eredményt adott, sőt sokszor még a több izben végzett vizsgálattal sem tudtunk gonococcust kimutatni. Ha a go. k. k. r. ilyen esetekben positiv volt, akkor mindig egy rejtett, eltokolt, de még nem gyógyult és nehezen kimutatható kankós gócra gondoltunk s ilyenkor a beteget osztályunkra felvéve, elvégeztük a szükséges ingerlő eljárásokat. 72 ilyen esetünk közül a go. k. k. r. 44 esetben positiv volt, (ebből 10 esetben csak a Brandt-féle volt positiv). Ezt a 44 beteget többször megvizsgálva, majd az ingerlő eljárásokat is elvégezve, néhány nap elteltével a kankót 18 esetben — 25%! — bakteriologiailag is ki tudtuk mutatni. Tehát az ilyen esetekben ez az eljárás igen értékes kórjelzéstani segédeszközzé vált, mert az adott esetben figyelmünket felhivta, hogy lappangó, ill. betokolt kankós folyamat forog fenn, vagy azt mutatja, hogy a betegség csak nem régen zajlott le.

Ugyancsak ajánlatos a go. k. k. r-t elvégezni olyan nőbetegeinken is, kik valaha kankóban szenvedtek és házassági engedélyt kérnek. Ha a reactio positiv, ami rejtett gócra, esetleg betokolt kankós gócra mutat (leszámítva azokat az eseteket, amikor a gyógyulás a vizsgálat előtt nem rég következett be, amikor a go. k. k. r. még egy ideig positiv marad), szükséges, hogy a rendelkezésünkre álló valamennyi ingerlő eljárással kiadós ingerlést végezzünk, mert csak így kerülhetjük el a házas élet alatt fellobbanó kankó kiküszöbölését és ezzel sok bajnak és kellemetlenségnek elejét vehetjük.

Hogy a go. k. k. r.-t fel lehet-e használni a heveny folyamatok kórjóslatában vagy sem, erre nézve a vélemények igen eltérnek. *Smolka* és *Brekenfeld* szerint, ha a reactiók végig negativok maradnak a betegség egész tartama alatt, akkor ez rossz jel, mert a szervezet nem képes kellő mennyiségű ellenanyagot termelni, az eredmény az lesz, hogy a folyamat kiújúl. Volt nekünk is több ilyen esetünk, hol a folyamat a húgycső hátsó részére is ráterjedt és a go. k. k. r. végig negativ maradt. A beteg többször is visszaesett. Ugyanezek a szerzők a korai positiv eredményt a gyógyulás szempontjából jó jelnek tekintik és azt állítják, hogy a betegség az ilyen esetekben sokkal hamarább gyógyul. Jóllehet 52 beteg vérsavójával sorozatos vizsgálatot is végeztem, semmi olyan törvényszerüséget kimutatni nem tudtam, aminek alapján a serologiai vizsgálatok eredményéből a kórjóslatra és a betegség kimenetelére nézve bármi biztosat is meg tudnánk előre mondani.

A másik kérdés, ami a go. k. k. r.-val kapcsolatosan felvetődött, az volt, hogy ezt a reactiót nem okvetlenül fontos a kezelés irányítására felhasználni, mert a gyógyulást nem a positiv complementkötési reactio negativvá válása, hanem a klinikai és bakteriologiai tünetmentesség határozza meg. Hogy a tünetmentes, késői lappangási szakban lévő syphilis esetében a Wa.-r milyensége szerint folytatjuk a kezelést, az természetes is, mert itt bakteriologialag kimutatni azt, hogy a betegség még fennáll a mai ismereteink szerint nem lehet s ezért folyamodunk egy kisebb értékű kórjelzéstani segédeszközhöz (Wa.-r.), ami positiv complementkötés esetében csak annyit mond, hogy a betegség még megvan, azaz a szervezetben valószinüleg spirochaeták vannak, ami a serologiailag kimutatható ellenanyag-képződésre vezet.

Sorozatos vizsgálatokból tudjuk azt is, mennyi idő alatt válik a positiv go. k. k. r. negativvá. *Cohn* és *Gräfenberg* szerint 4—7 hét alatt a positiv reactio negativvá válik. *Kwiatkowszky* és *Legecynszki* azt állítja, hogy a kankó klinikai-bakteriologiai gyógyulása után 3 hónap elteltével kapott positiv go. k. k. r. nem a kiáliott fertőzésnek a jele, hanem a meglevő betegség tünete. Az u. n. „persistens"- go. k. k. r. esetében a beteget jó alaposan meg kell vizsgálni, mert az eltokolt rejtett kankós góc fennforgása valószínű. Ha ezt a gócot kiírtjuk, a reactio rövid idő alatt negativvá válik.

A Brandt-féle ricinus-olajjal érzékennyé tett go. k. k. r. igen értékes segédeszköz a lappangó kankó felkutatásában, de adatot szolgáltat bármely kankós esetben a szervezet védekezőképessége felől is. A kankó kórjelzését a go. k. k. r.-tól várni nagy hiba lenne, hiszen ez a reactio még annyit sem mond, mint a Wa.-r csupán azt, hogy a szervezetben ellenanyag termelése megy végbe, de azért a kórjelzést mégis csak bakteriologialag kell meghatározni.

A reactiót jó, alapos körültekintéssel — különösen az olyan esetekben, hol a kóreredet tisztázására és az elkülönítő kórjelzés nehéz — nagy haszonnal lehet felhasználni; továbbá az eltokolt, bakteriologialag igen nehezen kimutatható kankós folyamatokban (nőkön!), hol a positiv reactio fokozottabb figyelemre és többszörös vizsgálat elvégzésére ösztönöz és a kankós fertőzés irányában fennálló gyanunkat még jobban alátámasztja. A kórjelzés itt is csak a gonococcus kimutatásával áll vagy bukik.

Az Országos Társadalombiztosító Intézet pestszenterzsébeti tüdőbeteggyógyító és gondozó osztályának közleménye. (Főorvos igazgató: Barla-Szabó József egyet. magántanár.)

Kisérletes vizsgálatok a dermatopulmonalis reactioról.*

Irta: *Puder Sándor dr.*

A Magyar Orvosok Tuberkulózis Egyesülete 1937. évi egri jubiláris nagygyülésén állatkisérletekről számoltam be (O. H. 1937. 17.), melyeknek lényege az, hogy ha a mellkas jobboldalának bőrét deriváló anyagokkal; jódtinkturával vagy olyan keverékkel kenjük be, mely alcoholos-glycerines alapanyagban oldott tejsavat, acidum orthophosphoricumot és aethericus alajakat tartalmaz és ami Rheumapax néven van forgalomban, akkor a kezelt oldali zsigeri mellhártya hyperaemiás elváltozását és különösen a tüdőállomány pangásos állapotát illetve savós kiszivárgását állapíthatjuk meg. Mikrophotogrammon bemutatom az u. n. keverékkel kent nyúl bőrét. A felületesebb irharéteg (papillaris réteg) erösen savósan fellazult, helyenként szinte egynemüre festődik és rostos structurája elmosódott. Az ugyanazonn nyúl controll oldali, tehát *nem kezelt* böre elváltozást nem mutat. A derivált oldali tüdőről készült mikrophotogrammon a mellhártya alatti részekben mérsékelt vörösvérsejtdiapedesis, subpleuralis bővérüség, az alveolusokban savós kiszivárgás és elvétve pigmentszemcséket tartalmazó levált alveolaris hámsejtek láthatók. Ugyanezen nyúl nem kezelt oldali, tehát kontroll-oldali tüdeje azt mutatja, hogy az alveolusok üresek, tágultak; vicariáló emphysema jelei láthatók. Következőleg azt találtuk, hogy a *mellkas bőrén alkalmazott bizonyos anyagok alkalmasak arra, hogy az azonos oldali zsigeri mellhártyán, sőt a tüdő állományában bővérűséget, savókiszivárgást, illetve pangást idézzenek elő.* Ezt a kórtani folyamatot *dermatopulmonalis reactiónak* nevezhetjük.

A létesített reactióval kapcsolatosan válaszolnunk kell arra, vajjon hogyan is jön létre ez az elváltozás, mi a pathomechanismusa. Elképzelhető ugyanis, hogy a mellkas bőrén alkalmazott deriváló anyag *mélységi hatással:* a bőralatti kötőszövet, az izomzat, a fali mellhártya révén *contact* uton ráterjed a zsigeri mellhártyára és így a tüdőállományra. Ha a szövetreactio ezen közvetlen uton történő látrejötte igaz, akkor abban az esetben, ha a mellhártyalemezeket művi uton, tehát létesített *légmellköpennyel* eltávolítjuk egymástól, akkor a pulmonalis reactiónak nem szabad létrejönni. Következőleg kisérleteket végeztünk olyan berendezéssel, hogy a nyúlban művi légmellet létesítettünk, azt egyideig fenntartottuk, miközben az azonos oldali mellkas bőrét rendszeresen deriváltuk és a kisérlet végén megvizsgáltuk a mindkét oldali tüdőt.

A nyulakat négy kisérleti csoportra osztottuk. Kisérleti rendezésünk a következő. Az első csoport csak deriválást kap, a második kisérletben nem deriválunk, hanem ellenőrzésképen csupán légmellezést végzünk. A harmadik kisérletben a deriválással párhuzamosan légmellet tartunk fenn.

E vizsgálati eredményekből a következők emelendők ki: Az *1 sz. kisérletben* ahol csak deriváltunk, a deriválás 29 napig tartott. A derivált oldali tüdőben kifejezett lobos reactio jelei mutathatók ki. Első kisérletsorozatunkban a nyúl deriválásának ideje összesen 12 óráig tartott és ennek megfelelően csupán mérsékelt vörösvérsejtdiapedesis, subpleuralis bővérüség és az alveolusokban savós kiszivárgás volt jelen. *Következőleg hosszabb ideig tartó deriválással a derivált oldali tüdőben lobos reactiót sikerült létrehozni.*

A 2 sz. kisérletben a nyulak légmellezését azért végeztük el, hogy meggyőződjünk arról, vajjon van-e különbség *a csak* pneumothoraxos, másrészt a deriválással párhuzamosan légmellezett nyúl tüdeje között. Megállapítható, hogy a *különbség lényeges,* mert mig a csak légmellezett nyúl tüdejében erős atelektasia mellett sejtes reactio, nagyobbfokú bővérűség, vagy vérzések nem voltak felismerhetők, addig a 3, számú kisérletben a deriválással és légmellezéssel befolyásolt nyúltüdőben az atelektasia mellett a lobos reactio szövettani kellékei mind megvannak.

A szöveti kép a *befolyásolt (jobb) oldalon* atelektasiát mutat; az alveolusokban vörösvérsejtek, lelökődött alveolaris hámsejtek és gömbsejtek. *Az ellenkező (bal) oldalon* tág alveolusok láthatók, a hörgők körül peribronchialis udvar és helyenként csekély savókiszivárgás.

A kisérleti vizsgálati leletek tehát arra engednek következtetni, hogy 1. hosszabb ideig tartó deriválás a

*) A Budapesti Királyi Orvosegyesületben 1940 február 23-án tartott előadás kivonata.

befolyásolt oldali tüdőben lobos reactiót létesít; 2. a légmellkezelés egymaga a tüdőben nem vált ki lobos reactiót és 3. a légmelkezeléssel combinált deriválás a tüdőben lobos reactiót létesít.

Következőleg a dermatopulmonalis reactio létrejöttét illető kisérleti feltevésünket akkép válaszolhatjuk meg, *hogy az nem contact uton, hanem mindenek szerint reflectorikus mechanizmussal kiváltott hatás folytán jön létre.* Ezek a vizsgálatok a dermatopulmonalis reactio neuralis uton létrejövetelét csak egyik oldalról valószinüsítik, a másik és közvetlen út a reactióban résztvevő idegelemek vizsgálata, ami következő munkánk tárgya.

*

Ha a dermatopulmonalis reactio valóban reflectorikus mechanismus útján jön létre, akkor a *reflex-ivben*, nevezetesen a *sympathiás határkötegben*, illetve a ganglion sellatumban pathohistologiai elváltozást várhatunk. Ezirányú kisérleteinket ugyancsak nyúlon végeztük és előzetes szőrtelenítés után a mellkas jobboldalát tenyérnyi terjedelemben naponta egyszer bőrderiváló folyadékkal bekentük. Négy hét mulva a nyulakat leöltük és mindkét oldali sympathiás idegláncot szövettanilag feldolgoztuk. Megjegyezzük, hogy az állat leölése után a boncolás késedelem nélkül megtörtént.

A kivéreztetés utján megölt 5 sz. nyúl befolyásolt oldali, tehát jobboldali ganglion stellatumának mikroskopos képe a következő. *) A szövetfestés haematoxylin-eosinnal történt. A nagynagyításos látótérnek megfelelőleg a ducsejtek sűrűbben helyezkednek el; egyik helyen szövetközti vérzés, ugyane területekben kisebbfokú sejtes beszürődés is látható. A kérdéses területeken a ducsejtek kissé zsugorodottak. Különben is a sejtek elrendeződésében már első tekintetre rendszertelenség állapítható meg. A sejtek festődése szempontjából is találhatók eltérések, ugyanis általában sötétebbre festődnek. A *baloldali* ganglion stellatum kórosat nem mutat.

A tarkóütéssel 4 heti deriválás után leölt 17 sz. nyúl a következő szöveti elváltozást mutatja. A szövetimpregnálás a Kiss-féle prolongált osmiumos eljárással történt. A befolyásolt oldali, tehát jobboldali ganglion stellatumban — eltérőleg a normalis baloldali ganglion stellatumtól — a capillarisok és kisebb venák duzzadásig telve vannak vörösvérsejtekkel. Magukon az idegelemeken lényegesebb elváltozás nem vehető észre.

A ganglion stellatum sejtjein látott *retrogradnak feltételezett* elváltozás létrejövetelének magyarázatát e helyen mellőzöm, aminthogy *a tüdőbeli elváltozás neurogén magyarázatára* mai neurologiai felfogásunk alapján felvett *gerincvelői vegetativ reflexiv leírását* e helyen ugyancsak nincs módomban tárgyalni.

A vizsgálati eredmények értelmében *gócos ganglionelváltozást* kaptunk, mégpedig olymódon, hogy *a bőrön kiváltott lobos reactio okozta idegingerület kóros elváltozást okozott a bőr-tüdő reflexivének megfelelő ganglion stellatumban.* Hangsúlyozni szükséges, hogy tájékoztató kisérleteinkből nem kivánunk távolabbi következtetést vonni, csupán megállapítani szándékozunk, hogy: 1. a nyúlon előidézett dermatopulmonalis reactio mindenek szerint reflexesen jön létre. 2. E reflexmechanismus útját általunk feltételezett és leírt reflexivvel magyarázzuk. 3. A befolyásolt aldali ganglion stellatumban vasodilatatiót, vérzést és sejtes beszürődést, valamint ganglionsejtelváltozást, tehát *gócos ganglionitist találtunk, — az ellenoldali megfelelő ganglion épsége mellett.* 4. A ganglian kóros elváltozásának kimutatásával a reflexiv felvétele anatomiai magyarázatot nyert.

*

Végül azokat a kisérleteket ismertetjük, ahol *heveny tüdőgümőkórt létesítettünk* és azt vizsgáltuk, vajjon a dermatopulmonalis reactio mikép befolyásolja a heveny gümős tüdőelváltozásokat.

A kisérleti berendezés akkép történt, hogy 1. a controll kisérletben csupán intravénás gümős csirfertőzést létesítettünk. A második kisérletben először deriváltunk és csak később fertőztünk, végül a harmadik csoportban először fertőztünk és csak később deriváltunk.

A kisérletek összegezése kapcsán megállapítható, hogy az 1 sz. kisérletben — amely controllként szolgált — a fertőzés 52 napig tartott és mindkét tüdőben friss, részben confluáló sajtos szórodás volt jelen. A 2 sz. kisérletben — ahol először deriváltunk és csak később fertőztünk — a nyulat 28 napig deriváltuk, azután fertőztük, melynek tartalma 35 nap, következőleg a kisérlet összes időtartama 63 nap. A tüdőkben makroskopos elváltozás tekintetében a jobb és baloldal között lényeges különbség nincs. A *górcsövi képen* viszont a jobboldali gümős elváltozás kifejezett elsajtosodást mutat, mig a baloldali gümők ritkásan szórtak, epitheloid sejthalmazból és lymphoidsejtes udvarból állanak és csak helyenként gyéren, kis foltokban sajtosodtak el. *A 3. sz. kisérletben* az előző kisérlettel szemben először fertőztünk és csak azután deriváltunk, még pedig úgy, hogy a fertőzést követő 12 nap mulva deriváltunk 38 napon át; a kisérlet tartama tehát 50 nap. Makroskoposan a jobb tüdőben vérzéses udvarral körülvett gombostűfejnyi-borsónyi, sűrűn hintett, részben összeolvadó gümőket látunk. A bal tüdőben a gócok ritkábban szórtak és nem confluálnak. A *górcsövi képben* a jobb tüdőben a gócok sok helyen összefolytak, nagy területen elsajtosodtak és az elváltozás jóval kiterjedtebb, mint a 2 sz. kisérletben. A bal tüdőben az elváltozás fiatalabbnak látszik, az elsajtosodás mérsékeltebb jellegű. Az ugyancsak 3 sz. kisérlethez tartozó *5 sz. nyúl deriválását* a fertőzést követő 12. napon, az előbb leírt módon kezdtük. De ez a befolyásolás az állat elhullása miatt csak 6 napig tarthatott. Makroskoposan mindkétoldali tüdőben tűszúrásnyi-gombostűfejnyi tuberculumokat látunk: mindkét tüdő vörös-foltos, a jobbaldali kifejezettebben. *A górcsövi kép* mindkét tüdőben elsajtolódás nélküli miliáris szóródást mutat. A kölesnyi szemcsék a subpleuralis tüdőterületekben kifejezettebbek.

Ez a tájékoztató kisérlet azt mutatja, hogy a deriválás a *heveny köles-gümőkóros elváltozás fejlődését és terjedését előmozdítja* mind a 2., mind a 3. sz. kisérletben, mely utóbbiban a kisérleti berendezés az előbbinek fordítottja. Tehát *a deriválás ingere a kisérletileg előidézett heveny kölesgümőkór fejlődésének tempóját sietteti.* Ehhez hozzátehető, hogy az Arndt-Schulz-féle ingerküszöbszabály értelmében kis ingerek serkentőleg hatnak, nagyobb ingerek erősebben serkentenek, míg az igen nagy ingerek bénítólag hatnak. Kisérleteink során *a deriválás ingerének dosisát nem adagoltuk,* de nem is tehettük, mert egyefelől ezt nem ismertük, másrészt az ingerlés minőségi hatása érdekelt. Ha a deriválást adagolni fogjuk, akkor elképzelhető, hogy ez az inger a gümős elváltozást nem csak serkenteni fogja, hanem ellenkezőleg bénítani is képes lesz. Ezt a meggondolást folyamatban lévő kisérleteink fogják eldönteni. Az imént ismertetett állatkisérleteinkben heveny, részben elsajtosodó köles-

---

*) A neuromorphologiai vizsgálatokat a Pázmány Péter Tudományegyetem Anatomiai és Tájbonctani Intézetében (igazgató: *Kiss Ferenc* ny. r. tanár) végeztem és a hathatós támogatásért *Kiss Ferenc* professor, valamint *Schimmert János* tanársegéd uraknak ezúton is hálás köszönetemet nyilvánitom.

gümőkórt idéztünk elő, olyan tuberculosisformát, amely különben is alig befolyásolható. A következőkben tehát kutatásunk egyik iránya arra fog terjedni, hogy rendszeres állatkisérletekkel az emberéhez hasonló idült gümőkórt létesítsünk: mégpedig különböző fertőzéses adaggal és más-más időtartammal, hogy azután a deriválás dosirozásának különböző fokával befolyásolhassuk az előidézett idült gümőkórt.

*

Az ókor és középkor orvosai a bőrnek a belső szervek és így a tüdőbaj gyógyításában nagy szerepet tulajdonítottak. Azt gondolom, hogy eljön az idő, amikor a tüdőgümőkór gyógyításában a bőrszervnek elhatározó jelentősége lesz.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Gömöri Pál* és *Binder László.*

A psychés állapot alapvető fontossága a diabeteses coma kórjóslatában. *L. B. Owens, S. S. Rochwern.* (Amer. Journ. Med. Sci. 1939. 2.) 15 év beteganyagán végzett igen gondos vizsgálatok alapján a szerzők arra az eredményre jutottak, hogy a diabeteses coma kórjóslatában nem annyira az acidosis fokának, mint inkább az acidosis hosszabb fennállása következtében létrejövő bódulat súlyosságának van fontos szerepe. A teljes eszméletlenséggel járó esetek 73.5%-ban halálosak voltak. Cáfolják a tartalék-alkali változásának kórjóslati jelentőségét; nem találtak összefüggést a coma súlyossága és a betegek kora között, nőkön — főleg a változás korában — gyakrabban észleltek súlyos (81.2%-ban halálos) comát, mint férfiakon. Az eddig ismeretes kezelési módok (insulin, detoxin, alkaliák) a súlyos comával szemben hatástalanok. A szerzők a „diabeteses coma" elnevezést kizárólag az eszméletlenséggel járó esetekre ajánlják, míg ép elmeállapotban a „praecomás" elnevezést tartják helyesnek. (G. 18.)

Dőgl Tibor dr.

A traumatis shok és mellékvesekéreg összefüggéséről. *Varangot.* (Pres. Méd. 1940. 10—11.) A sérüléseket, vagy a szervezet erős igénybevételét követő shok mechanismusát nem ismerjük. Keletkezhet idegrendszeri, esetleg toxikus úton. Megjelenési formája mindkét esetben ugyanaz. Lényege a capillarisok tonusának és permeabilitásának megváltozása. A normalis capillaris fal fehérjék számára practice impermeabilis. A shok okozta permeabilitás-fokozódás következtében a plasma kiáramlik a szövetközti résekbe, a tágult capillaris pedig megtelik egymáshoz préselődött vörösvérsejtekkel, a vér tehát besűrüsödik. Ez olyan fokú lehet, hogy az intravasalisan maradt plasma alig 50%-a az eredetinek. E változások óriási feladatot rónak a keringésre, azonban nincs tulajdonképeni szívgyengeségről szó, hanem a vér a peripherián gyülvén meg, a jobb szívhez el sem juthat, minek következménye a keringés meglassubbodása, szöveti anoxaemia, majd pedig halál. E jelenségek, valamint még a többizben észlelt azotaemia és hypochloraemia, emlékeztetnek a mellékvesekéreg elégtelenség tüneteire. Állatokat erős traumának (sérülés, toxinok, alkaloidák, hideg, röntgen és rövidhullám, stb.) kitéve és 48 órával később leölve, boncoláskor a mellékvese súlyának fokozódását és a sejtek lipoid szemcséinek teljes eltünését találjuk. Ha az állatoknak subletalis adagokat adnak (pl. diphtheria-toxin), egy idő múlva a lipoid-szemcsék újból megjelennek. Ez együttjár bizonyos fokú functionalis resistentiával, amely azonban az ártalom továbbtartása esetén hamarosan kimerül és az állat elpusztul. Szerző úgy véli, hogy a traumatikus shok nem egyéb, mint a Selye-féle „alarm-reactio" különösen erős megjelenési formája, amely gyors kimerüléshez és halálhoz vezet. Traumatizált állatokon úgy találták, hogy a mellékvesekéreg-hormon adagolása a shok kifejlődését megakadályozza. Ajánlja tehát, hogy a mellékvesekéreghormont, vagy synthetikus izomerjét a desoxycorticosteront mindenféle eredetű shok megelőzésére és gyógyítására, de különösen a súlyosan sérülteken már megelőzésként is alkalmazzuk. (B. 24.)

Lászó Géza dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: *ifj. Verebélyi Tibor* és *Fedeles (Findeisen) László.*

Háborus arc-, állcsontsérülések ellátása. *Axhausen.* (Chirurg. 1939. 11.) Szerző *Klapp, Franz, Pichler, Lindemann* stb. szerzőkkel ellentétben e sérülések feltétlen korai elsőleges sebészi ellátása mellett foglal állást. A sebszélek kimetszése után a sebzárás mindenkor az excisio utáni sebállapottól függőleg, azzal arányos mértékben történjék. Fenti eljárás a sebzugok drainageja mellett a primaer ellátás a fertőzést nem segíti elő. Az elsőleges sebellátás hatásossága itt nem korlátozható az első 8—12 órára, hanem a beavatkozás tisztán a klinikai tapasztalattól függ. A sebegyesítés elsősorban az arc és a természetes testnyilások formája, valamint a testüregek zárása szempontjából lényeges lágyrészekre terjedjen ki. Az ajkak ajakpirral együtt, valamint a megnyilt szemhéjak egyesítendők, az orr eredeti helyére és formájára helyezendő, a szájfenék nyálkahártyája zárandó, szintúgy a szájüreg pofanyálkavarrattal is. Lelógó bőrlebenyek megfelelő helyükre húzva varrattal rögzítendők. Nagy roncsolások után a meglévő lágyrészeket helyükre hozza és rögzíti. Egyszerű állcsontsérülés sebkimetszése, sebzárása és sinezése egy ülésben végezhető. Súlyosabb törések felfrissített sebét lazán tamponálja a technikai munka elkészültéig. Kitört sebfertőzéskor kezdődő gázphlegmone mellett a belövési nyílás kitágításával az egész sebüreget feltárja, az idegentestet eltávolítja és az egész sebfelszínt (szürkésen elszineződött izomzat) az épig kimetszi. Ilyenkor természetesen eltekintünk mindenféle varrattól. Az ilyen sebellátás a conservativ eljárással szemben a súlyosan sérült számára sok heti-havi előnnyel jár. A gyógytartam minden esetben sokszorosan rövidebb és a lehető legkedvezőbb gyógyeredménnyel végződik. Roncsoló lövések kiterjedését csökkenti és a későbbi plastica számára kedvezőbb feltételeket teremt. A lágyrészek heges zsugorodása, ami jellemző a conservativ eljárásra teljesen, vagy nagyrészt elesik. A kezelési idő megrövidülése és az utómőtétek korlátozása által sok munka és nemzeti vagyon menthető meg; a könnyebben sérültek gyorsabban kerülhetnek vissza az arcvonalba. A prima sebellátás háborus viszonyok között is jól kivihető, mert hatékonysága időbeileg sincs szük keretek közé szorítva. (V. 18.)

Kaveczky Imre dr.

A harctéri sebellátásról. *Frey.* (Chirurg. 1939. 23.) A hadisebészet történetében a világháború kezdetén *v. Bergmann* conservativ elvei uralkodtak. A háború folyamán a sima gyalogsági lövedékek ütötte sebek a tüzérségi fegyverek (gránátszilánk) okozta roncsolt sérülések túlsúlya mellett mindinkább hattérbe szorultak. Kis belövés mellett is a mélyben vérrel átitatott nagyfokban roncsolt szövetű, nagy sebüregek, a seb nagyságától függetlenül tetanus és gázphlegmone fertőzésre a legalkalmasabb táptalajok. Manapság a tüzérségi sérülések ellátásában elsőrendű fontosságú feladat e súlyos, rendkívül veszélyes fertőzések megelőzése és leküzdése. A jövő háborúban a Friedrich-féle prima sebellátás — réhány kivételtől eltekintve — elhagyandó, mivel 1. a mozgó harcban sokszor 6 órán belül nem végezhető; 2. ilyen sebellátásra gyakran idő sincs; 3. megfelelően képzett orvosokban hiány van. A jövőben a súlyos fertőzés megelőzésére csak a minél korábban végzett activ nyílt sebkezelés jöhet szóba, az egész sérülés sebészi feltárásával, tehát előtérbe állítandó a feltárás és drainage. A sérülés tasakjai-járatai felhasítandók, roncsolt szövet eltávolítandó. Ezek mellett újra szóbakerül az antiseptikus sebkezelés (*Carrel—Dackin*). Fenti activ sebellátás, — melytől a sérült sorsa függ — végleges és lehetőleg kiméletes legyen. A sebellátás egyes igen fontos részletkérdéseire nézve, a hasi sérülések minél korábban operálandók, az arcvonalon kezeltek műtét nélkül mind elvesztek, ha a bél lumene is megnyilt (90% halálozás). Ugyanez áll a mellkasi lövésekre is, habár sima gyalogsági átlövések maguktól is gyógyulhatnak. A nyilt légmell prima varattal zárása helyes és fontos. Koponyasérülések, kivált a gyakori agyi prolapsussal járó tangentialis lövések excisio után is primán zárandók. Közepesen sérült és megnyilt izület gosdos sebexcisio után zárandó. Ha a drainálás okozta fertőzés nem kíván resectiót és amputatiót, úgy jó eredménnyel jár a phenolcamphor, a rivanol, vagy prontosil öblítés, ill. kitöltés. Rögzítő kötés feltétlenül szükséges. Az összes sérülések kétharmad részét kitevő végtaglövések (felső 27%, alsó 33%) közül is a comblövés okozta törések a koponya és haslövések után a legveszélyesebb hadisérülések közé tartoznak. Az elpusztultak kétharmad részében fertőzés 6%-ában primaer

elvérzés, 3.5%-ában pedig shok szerepel halálokként. A fertőzés óriási veszélye miatt az amerikaiak amputáltak a legtöbbet. Legjobban bevált a kiadós lebenyes metszés, a nyitvamaradt seb, csak néhány napi várakozás után pedig másodlagos zárás. Végtagsérülés esetében az arcvonalon csak sebkezelést végeznek, minek a súlyos fertőzés megelőzése a célja. A tábori kórházban a végleges töréselátás után legalább 8 napig kell várni a tovaszállítással, — súlyosan fertőzött esetekben még tovább is. Végtagtöréses betegek szállítására — elsősorban combtöröttek — legcélszerűbb az extensios sín. (V. 19.)

Kaveczky Imre dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József* és *Benedek Andor.*

Az öregedő nő meddősége. *E. Philipp* és *H. Huber.* Kiel. (Zbl. f Gyn. 1940. 2.) Az életkor növekedésével párhuzamosan csökken a fertilitás. A későn férjhezmenő nők gyakran maradnak meddők. Az öregedő nők (30—35 éven felül) meddőségének oka a legtöbb esetben kürtendometriosis, ami az esetek kb. 50%-ában fordul elő. Különösen fontos ebből a szempontból a méhkürt interstitialis részében jelentkező endometriosis. A kórisme csak salpingographia segítségével állítható fel. A korai házasságkötés a legjobb prophylaxis a méhkürt endometriosis fertilitás-csökkentő kihatásával szemben. (O. 19.)

Rohonyi István dr.

A terhességi vérszegénység kérdéséhez. *P. Hüssy.* Aarau. (Zbl. f. Gyn. 1940. 2.) A terhességi vérszegénységek beosztásában a főslyt a morphologiai vérképre kell fektetni. *Adler* szerint a sejtnagyság alapján a következő csoportok különböztethetők meg: 1. rendes nagyságú vörösvérsejtek (pseudoanaemia, élettani terhességi vérszegénység). A festődési index = 1. 2. Megkisebbedett vörösvérsejtek (mykrocytás, hypochrom-anaemia). A festődési index 1-nél kisebb. 3. Megnagyobbodott vörösvérsejtek (makrocytás, hyperchrom-anaemia). A festődési index 1-nél nagyobb. E csoport alfajai: *a)* anaemia pseudoperniciosa; *b)* anaemia perniciosa; *c)* veleszületett haemolytikus ikterus. A fenti kórképek elkülönítő kórismézében a festődési index meghatározásán kívül igen fontos minden esetben a vörösvérsejtek átmérőjének a meghatározása. (Halometria a Bock-féle erithrocytometerrel). A sternalpunctio jelentősége ebből a szempontból még nem teljesen tisztázott. (O. 20.)

Rohonyi István dr.

Kisérleti vizsgálatok a sárgatesthormonnak a petevezetők mozgásaira irányuló hatásáról. *A. Binder,* Marburg. (Arch. f. Gyn. 168. 4.) Szerző egy régebbi dolgozatában beszámolt azokról a vizsgálatokról, amelyekben tüszőhormonnak a petefészek összehúzódásaira gyakorolt hatásáról írt éretlen, nemiérett és terhes nyulak esetében. *Ancel* és *Bouin* foglalkoztak először ezzel a kérdéssel és azt vizsgálták, hogy milyen a sárgatesthormon hatása ebből a szempontból a méhizomzatra. E szerzők, majd *H. Knaus, Sigmond* vizsgálatai szerint corpus luteum-hormon hatására a méh mozgásai élénkülnek. A petevezető mozgásaira hatását eddig behatóan nem vizsgálták. Szerző már előző közleményében ismertetett eljárásával vizsgálta a petevezető szűk és tág (istmus-ampulla) részének mozgásait. A kisérlet beállítása nem kezelt nemiérett, 2×50.000 E progynonnal kezelt, 2×50.000 E. prolutonnal kezelt és terhes nyulakon történt. Szerző vizsgálatai szerint a sárgatesthormonnal előkezelt nyulakon csak úgy, mint tovább élő szerven, ki lehetett mutatni, hogy a petevezető önkénytelen összehúzódásai csökkentek. E tisztán gyógyszertani hatásból elective következik az is, hogy a sárgatesthormonnak bizonyos meghatározott mennyiségben kell a szervezetben jelen lennie, hogy a petevezető működése megfelelő legyen. Szerző kymogrammokban mutatja be a fent leírt hatásokat. (O. 23.)

Patat Pál dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Elektrokardiographiai vizsgálatok pylorusspasmus esetében. *Limper.* (Mschr. f. Khk. 79. 3—4.) Pylorusspasmusban szenvedő csecsemőkön az esetek 70%-ában a systole megnyúlását észlelte elektrokardiogrammon. A megnyúlás főleg az S—T szakaszon volt kifejezett. A T-hullám az I. és II. levezetésben legtöbbször alacsony, illetőleg lapos volt. A szerző ezen elváltozásokat a coronariaspasmus miatt létrejött hiányos oxygenellátással magyarázza. (K. 23.)

Martyn Róbert dr.

A chorea minor kezelése luminal- és myosalvarsannal. *Supplieth.* (Ztschr. f. Khk. 61.) Husz chorea minorban szenvedő gyermeket kezelt *Nitschke* előírása szerint combinált luminal és myosalvarsan kezeléssel 2—4-szer 5 cg luminalt és 0.15—0.30 cg myosalvarsant adott naponta, vagy másodnaponta). A kezelés 7—10. napján a következő kórkép alakult ki. Teljesen kifejlődött scarlat-exanthema, hőemelkedés, a leukocyták csökkenése és az eosinophilsejtek szaporulata volt észlelhető. Nem minden esetben voltak láthatók az összes tünetek. 10 esetben a kezelés után a choreának feltünő gyors javulása és a betegség tartamának megrövidülése volt észlelhető. E javulás szoros kapcsolatban áll a fentebb leírt luminal-myosalvarsan által kifejlődött kórképpel. A kezelés a recidivát nem zárja ki. Három recidiva javult, bár a fentebb leírt jelenségek enyhébbek voltak. Egyszer megrövidült incubatiós időt is észlelt a második kezelés kapcsán. Az eljárást utánvizsgálatra ajánlja. (K. 25.)

Volni Gyula dr.

Van-e összefüggés a szoptatási időközök és a nőitej zsírtartalma között. *Ruzicie* és *Popovic.* (Mschr. f. Khk. 80.) 10 dajkán végezték kisérleteiket, kiknek két napon át óránként következő napon kétóránként, majd 3—4—5—6 óránként húzták le tejüket. A 24 óra alatt lefejt tej zsírtartalmát meghatározva táblázatba foglalva ismertetik, hogy nincsenek befolyással a különböző szoptatási tünetek a tej zsírtartalmára. Egy azonban kitünik a táblázatból, hogy a ritkább lehúzáskor csökkent a napi tejmennyiség. (K. 26.)

ifj. Szlávik Ferenc dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő*

A szemölcsök gyógyítása. Kisérleti eredmények egy újabb kezelési móddal. *G. Jannarone.* (Giorn. It. di Derm. 1939 okt.) A szemölcsök kezelésének újabb módjáról számol be 70 gyógyult eset alapján. Izom közé fecskendezett bismuth-készitményt hetenként egyszer, míg helyileg csak meleg borogatásokat alkalmazott a leváló szemölcsrészek eltávolodásának előmozdítására. Tapasztalatai szerint az elváltozások már 2—3 befecskendezés után laposodni kezdenek, szárazak, törékenyek lesznek, 5—7 befecskendés után pedig ép bőrt hagyva maguk után, gyógyulnak. 70 ilyenmódon kezelt betege gyógyult meg 4—10 befecskendezés után. Az elért eredmény teljesen független volt a szemölcsök helyétől, számától és korától. Néhány esetében helyileg, intradermalisan befecskendezve alkalmazta a bismuthot; a gyógyulás ily módon is bekövetkezett. (Sz. 31.)

Kovács Zsigmond dr.

Akrodermatitis chronica atrophicanshoz hasonló dermatitis jelentkezése vincelléreken arsen-sérülés következtében. *H. Breuckmann.* (Arch. f. Derm. 179. 6.) Kilenc vincelléren találta az akrodermatitis chronica atrophicans Herxheimer-tüneteit. Közülük 7 arsenmelanosisban, tenyéri és talpi hyperkeratosisban is szenvedett egyúttal és 2 súlyos ascitessel társult májlaesióban. Valamennyien arsentartalmú anyagokat használtak a szőlő élősdijei ellen. Az arsen támadáspontja a kiserekben van: az erek tágulnak és bénulnak, az endothel és elastikus rostok elfajulnak. Az erek sérülése azután táplálkozási zavarokat és gyulladást okoz a szövetekben, amelyek közvetlenül is sérülnek az arsen által és ennek következménye azután a sorvadás. A dermatitis atrophicans genuin alakja mellett tehát egy symptomatikus alakot is kell megkülönböztetnünk. (Sz. 29.)

ifj. Nékám Lajos dr.

A granuloma annulare klinikájához és kóroktanához. *A. Bolt.* (Arch. f. Derm. 179. 6.) A g. a. atypusos alakjai, melyeket meglehetős nagy számban írtak le cukorbajos egyéneken, valójában sokszor a nekrobiosis lipoidicához tartoznak. Utóbbit a g. a.-hoz bizonyos morphologiai hasonlóság mellett a polymorphia, a beszűrődés kisebb foka, a sárgás színezet, a gyakori atrophia, fekélyesedés, teleangiektasiák, az alsó végtagok praedilectiója és a nőkön 80%-os előfordulás különbözteti meg a g. a.-tól. A szövettani képben különösen érelváltozások, extracellularis lipoid és néha mészlerakódások kórjelzőek. 7 esetben gyermekeken észlelt g. a. negativ tuberculin reactióval társult. Ezért a a tbc.-nek, mint egyetlen kóroknak fennforgása kevéssé valószínű: A g. a. valószínűleg egy különböző aetiologiáju, de pathogenesisében egységes kórkép. (Sz. 24.)

ifj. Nékám Lajos dr.

„LEO PROTAMIN INSULIN" (RETARD) minden mennyiségben a gyógytárakban ismét kapható

KÖNYVISMERTETÉS

Gyógyszerek és gyógyítás. II. kötet. Irták: *Issekutz Béla dr.* és munkatársai. (Eggenberger kiadása, Budapest, 1940 Ára az I. kötettel együtt 20 P.) A múlt évi 51. számunkban ismertetett I. kötet után, mi a ma használatos gyógyszereinket és rendelésüket foglalta magában, hamarosan megjelent ez a beigért II. kötet, 41 ívnyi terjedelemben, a kiadót dicsérő kifogástalan kiállításban, épen olyan elegáns, jól nyitható, forgatható (milyen fontos ez!) barna, puha vászonkötésben, mint a csak feleannyi I. kötet. — Ez a tökéletes külalak nagy értékű és rendkívül hasznos tartalmat rejt magában, ami régóta érzett hézagot potol, mindennapi segítőtársa, sugalmazója lesz a gyakorló orvosoknak, kiknek a nagy kézikönyvekre nem telik, — mert e zsebkönyvben sűrített szövegben kapják mindazt, amire nekik szükségük van. *Issekutz* prof. szerencsésen válogatta meg munkatársait, kik között öregebbeket és fiatalabbakat is találunk, de még nagyobb szerencsével hangolta össze munkájukat az egyöntetűség érdekében, mindig csak azt tartva szem előtt ami a gyakorló orvos jól körvonalazott felvilágosítására, rendelkezéseinek, cselekedeteinek rövid és helyes irányítására szükséges. Igy egyik rész sem nőtte túl a másikat és nem maradt száraz, kórtani alap nélküli felsorolása a therapiának, hanem mint egy mesteri kis kurzus vezeti végig a szakmán az olvasót, emlékeztetve őt mindarra a a hasznos tudnivalókra, miket annakidején az egyetemen hallott, de ilyen pontos rendszerbe foglalni talán soha nem is tudott.

A fertőző betegségek gyógyítását *Bosányi Andor* írta meg, igen tanulságos általános résszel vezetvén be alapos és részletes tárgyalását. A vérkeringési szervek betegségeit *Zárday Imre* szakavatott tollal tárgyalja. A légzőszervek betegségeit *Kováts Ferenc*, kiváló tüdőspecialistánk írta meg. — Az emésztőszervek betegségeinek gyógykezelését *Gerlóczy Géza* tárgyalja kitünő judiciummal és nagy tapasztalattal, nem restelvén azonban a gyomorsondázás, mosás, beöntés, mesterséges táplálás műfogásaira is kitanitani az olvasót. Sok tudással megirt, legszebb fejezetek egyike a *Farkas Györgyé* a vesebajokról és a ma oly nagy szerepet játszó vízháztartás (magyarul úgy mondják „vízforgalom") zavarairól. Csak egy olyan jártas szakember, mint *bilkei Pap Lajos* tudta olyan mesteri hiánytalansággal összesüriteni a physikalis és balneotherapiát, valamint a rheuma gyógykezelését. A sebésznek volt talán legnehezebb feladata, mint a kés emberének, de *Marx József* ezt jól oldotta meg, sok tévtan és mulasztás elkerülésére s a helyes út követésére intve az intézeteken kívül állókat a II. sér. klinika tapasztalataiból. A szülészet és nőgyógyászat terjedelmes fejezetét *Páll Gábor*, a kassai bábaképző igazgatója irta meg gondos alapossággal. A bőr és nemibetegségek gyógyitásáról *Szép Jenő* értekezik különös súlyt helyezve a gonorrhoea és lues szakszerű kezelésére. Nagyon ügyes és didactiv *Ratkóczy Nándor* rövid fejezete a sugaras gyógyitásról, mihez egy jól áttekinthető táblázatos összefoglalást csatol a gyakorló orvos tájékoztatására az egyes betegségekben alkalmazandó sugár-adagokról és a várható eredményről. A gyermekgyógyászat megírása a lelkiismeretes *Waltner Károly* érdeme, melyben nagy figyelmet szentel az alkati és anyagcserebetegségeknek és a tuberculosisnak. Az ideg és elmebetegségekkel *Horányi Béla*, a szembajokkal *Csapody István* foglalkozik kellő rövidséggel, míg *vitéz Tátrallyay Zoltán* fejezete a fül-, orr- és torokbajok kezeléséről a kezdő szakembert is kielégítheti. A könyvet *Jakabházy István* ügyes kis fejezete zárja le a száj- és fogbetegségek rövid, de épen elég tárgyalásával és két oldalon az I. kötetben előforduló sajtóhibák és pótlások igen rövid felsorolását kapjuk.

Azt hisszük, orvostársaink tetszését meg fogja nyerni a könyv és rövid idő múlva második kiadást ér.

Vámossy.

LYMPHOMÁK-nál otthoni ivókúra
CSIZ-i JÓDOSKONYHASÓS GYÓGYVIZ-zel
Vezérképviselet: Édeskuty, Bpest., Erzsébet-tér 8.
Fürdőidény: V/1—IX/30.

A József műszaki és gazdaságtudományi egyetem egészségvizsgáló intézete Tudományos Közlemény-sorozatot indított, melynek első kötete 8 ívnyi terjedelemben most jelent meg. A kötethez *Wälder Gyula* rector irt előszót és *Frey József dr.* vezeti be hosszabb tanulmányával az egészségvédelem történeti fejlődéséről. — *Markovics Ferenc*, az intézet belgyógyásza az alkohol és a belbetegségekről értekezik, azután az intézet kilenc szakorvosának jelentése következik a 3000 technikuson végzett megfigyeléseikről értékes statistikai adatokat szolgáltatva. — A kötet nincs könyvárusi forgalomban.

Vámossy.

Atlas des normalen und pathologischen Knochenmarkes. *Albert Alder.* (Urban u. Schwarzenberg, Berlin, Wien. 1939.) A csontvelő vizsgálata a sternumpunctio révén a haematologiai diagnostikát ugrásszerűen vitte előbbre. Természetesen a complicált sejtösszetételü csontvelőképekben a tájékozódás sokkal nagyobb gyakorlatot, a haematologiai ismeretek sokkal szélesebb skáláját követeli meg, mint amely a vérkép ismeretéhez szükséges. A csontvelő punctio differentialdiagnostikai jelentősége igen nagy, kiviteli technikája pedig igen egyszerű lévén, kellően képzett gyakorlóorvos kezében is használható eljárás, ha a csontvelőképek helyes megismerésére alkalma nyilik. Ehhez e kis kötetnél jobb segédeszközt el sem lehetne képzelni, mert szövegének rövid és világos volta, *Hans Dettelbacher* által rajzolt és a kiadócég által remekül közreadott ábrái a maga nemében a kötetet tökéletessé teszik.

Boros prof.

Tuberculose et médicine sociale. *E. Bernard.* (Masson et Cie, Paris, 1939. 158 o. számos táblázattal. Ára: 36 fr.) Lényegében véve a korszerű tuberculosissal foglalkozó tudomány hat kutató munkásságából ered: *Laennec* (1616), *Villemin* (1856), *Koch* (bacillus 1882; tuberkulin 1891), *Röntgen* (1895) *Forlanini* (1894) és *Pirquet* (1907). Ezek mindegyike egy-egy építőkővel járult a gümőkór gyógyításához és a népegészségügyben olyan súlyos jelentőségének tisztázásához. Az országok gümőkórstatistikájából hazánk adatai — fájdalom — hiányoznak. Szerző kitünő munkája nem statistikai hivatalban, vagy népességügyi intézetben, hanem a rögös gyakorlat helyén: a tüdőbetegrendelő tapasztalatán készült, következőleg a megvalósított és megvalósitandó gyakorlati eredmények és szempontok uralják a francia viszonyokat széleskörű tudással és a szakorvos szíve melegével irott mesterművet.

Puder Sándor dr.

Praktikum der wichtigsten Infectionskrankheiten. *C. Hegler* prof. (Georg Thieme kiadása, Leipzig. Ára 4.80 RM.) Talán egyetlen tárgykörben sem olyan fontos a gyakorlóorvosok jól képzett volta, mint éppen a fertőző betegségek terén. Ezért e tudnivalók ismétlése, valamint a folytonos kutatások újabb és újabb eredményeinek megismerése egyaránt szolgálja a beteg és orvos, de a fertőző betegségek óriási járványtani jelentősége miatt nem utolsósorban az ország közegészségügyi érdekeit is. *Hegler* prof. könyve röviden tartalmazza mindazt, amit tudni kell mind a közismert, mind az újabban és ritkábban előforduló fertőző betegségekről. A könyvet mind a tárgykörben jártasaknak, mind járatlanoknak melegen ajánlhatjuk.

Binder László dr.

a hashajtókat változtatni kell!! neolax „Certa" 30 db P 0·60 görcs nélkül hat!!

HYPACIDITÁS-nál otthoni ivókúra
CSIZ-i JÓDOS-KONYHASÓS GYÓGYVIZ-zel
Vezérképviselet: Édeskuty, Bpest., Erzsébet-tér 8.
Fürdőidény: V/1—IX/30.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift, 13. sz. *Heubner W.:* Fertőző betegségek chemotherapiája. — *Drigalski W.:* A német lakosság A-vitamin ellátása. — *Gutschmidt I.:* Élet-vegytani vizsgálatok a dormovit lebonthatóságáról. — *Büngeler W.:* Allergiás reactiók a lepra tuberkulid alakjában. — *Holló F. és Kolbenheyer Z.:* Policystikus vese és vérnyomás. — *Zehn P.:* A prostatatúltengés sebészi és hormonalis kezelése. — *Kyriakis L.:* Kisérleti tanulmányok a lép és genitalis functio közötti viszony kérdéséről. —

Münchener Medizinische Wochenschrift, 13. sz. *Baeyer H.:* Gypskötés a lövéses törések kezelésében. — *Störring F. K. és Lemser H.:* Akromegalia és diabetes viszonyáról, egyben adat az akromegália öröklékenységének kérdéséhez. — *Wiele G. és Ibeling H.:* Pneumoniaproblemák, különös tekintettel a chemotherapia és serumkezelés kérdésére. — *Kahlau G.:* Az epitheltestek élettana és kórtana. — *Buckreus F.:* Adat az albucid tollerantiájához. — *Knebel R.:* Forgóhúzás ferde szülészi fogóval. — *Hufnagel V.:* Keringési zavarok korai gümőkórban. —

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 13. sz. *Guleke:* Lövési sérülések utáni gázoedema megelőző kezelése. — *Zeissler:* Anaerob sebfertőzések leküzdésének mai állása. — *Wildegans:* Háborús sebészi tapasztalatok a lengyel hadjáratban. — *Bürkle de la Camp:* Végtagok csonkitásáról. — *Fischer:* A műtéti elhatározásról. — *Kremer:* Tomographia az idegentestek localisálására. — *Westenhöfer:* A gázüszök

Wiener Klinische Wochenschrift, 13. sz. *Hoesslin H.:* Koszorusér-szivelégtelenség és angina pectoris. — *Stanojevic L. és Dimitrijevic D.:* A periarteriitis nodosa klinikai jelentősége és az ideghártya. — *Hübner K.:* A chemia jelentősége a bőrgyógyászatban. — *Uhlirz R.:* Élő anyag-e a virus? —

La Presse Médicale, 27—28. sz. *Mocquot P. és Palmer R.:* Lázgörbe és hormonalis actiók a gynaekologiában. — *Costantini és Kehl:* Tabeses arthropathiák arthrodesise. — *Cosacesco A. David N. és Stanesco C.:* Szabad hasüri folyadék röntgenképe, peritonitis, haemoperitoneum és átfúródások esetében. — *Schalm L.:* A vörösvérsejtek átlagos átmérője, mint diagnostikus jel az ikterusok elkülönítésében. — *Ravina A. és Maignan P.:* Egyes kénszármazékok chemotherapiás hatásának mechanismusa a bakterialis fertőzésekben. — *Imbert L.:* A „baronarkosisról." — *Giraud P.:* Gyors eljárások a diphtheria kórismézésére. — *Raymondaud H.:* Ureterelzáródás anuria calculosa esetében. — *Plichet A.:* Crataegus oxycantha magas ütőeres vérnyomás kezelésére. —

The Lancet, márc. 16. *A. T. Fuller és G. V. Yames:* A sulfanilamid adagolása a seb-infectiók prophylaxisában. — *R. Coope és R. G. R. Burrows:* Epilepsia kezelése natrium-diphenyl-hydantoinattal. — *H. P. Marks, F. G. Joung:* Hypophysis- (és pankreas)-insulin. — *A. C. C. Latchmore és H. S. Shuchsmith:* Acut gennyes parotitis; mély röntgensugártherapia. — *L. Templeton:* Subduralis haematoma. — *Márc. 23. E. P. Cathcart:* Az élelmezés misteriuma. — *T. B. Layton:* Sebesültek szállítása; sebészi szempontok. — *A. Lipschütz és L. Varga:* A stilboestrol és follicularis hormon daganatot előidéző hatása. — *G. Shoenewald, A. Schweitzer, G. C. Steel:* A veritol hatása a vérnyomásra és a szívre különböző anaesthesiákban. — *M. Davidson és Simpson:* Spontan haemothorax. — *M. Jearsley:* A labyrithekotmia egy új esete. —

British Medical Journal, márc. 23. *D. Stephenson és H. E. Ross:* A clostridium welchii. A typus és a septicus clostridium chemotherapiája egerekben. — *W. E. Le Gros Clark:* A vascularis mechanismus viszonya a vena magna Galenihez. — *G. W. Elkington és G. S. Wilson, J. Taylor,* stb.: Nyers tejivás okozta váltóláz enyhe epidemiája egy fiuiskolában — *A. A. Loeser:* Férfi- és női-hormon implantálása asszonyokba subcutan tabletta alakjában. — *A. F. Mac Callan:* Bakterialis és trachomás conjunctivitis sulfonamid kezelése. — *A. J. M. Butter:* Epanutinnal kezelt epilepsia. —

The Journal of the American Medical Association, márc. 9. *J. A. Lyon:* Kardialis válságok diagnosisa és kezelése. — *A. H. Rosenthal és F. M. Stone:* Puerperalis infectio. — *S. H. Kraines és J. C. Sherman:* Epinephrin injectiót követő tünetek. — *R. L. Osborne:* A schizophrenia prognosisa. — *H. V. Faber és J. H. Davis:* Gastritikus peristaltica pylorotomia után csecsemőkön. — Tanulmányok a raktározott emberi véren. I. *J. De Gowin, J. E. Harris és E. D. Plass:* A haemolysist befolyásoló tényezők; — II. *E. L. De Gowin, J. E. Harris és E. D. Plass:* A kalium diffusiója az erythrocytákból a raktározás alatt. — III. *E. L. Gowin, R. C. Hardin és J. E. Harris:* Emberekbe transfundált magas plasma-kaliummal biró vér toxicitása — IV. *E. L. Gowin, R. C. Hardin és L. W. Swanson:* Hideg vér transfusiója emberbe; A gentiana violet hatásossága enterobius vermicularis okozta zavarok esetén. —

VEGYES HIREK

Sportorvosi tanfolyam. A vallás- és közoktatásügyi miniszter engedélyével a Testnevelési Főiskola folyó évi május hó 6-tól 19-ig orvosok és orvosnők részére sportorvosi tanfolyamot rendez, amelynek keretében az orvostársadalom szakférfiai tartják az elméleti előadásokat, a gyakorlati részt pedig a Testnevelési Főiskola tanárai és előadói tartják. Akik a tanfolyamon résztvenni óhajtanak, lakáscímük megjelölésével legkésőbb április hó 20-ig jelentkezzenek a Testnevelési Főiskolában, (Budapest, XII., Győri ut 13. Tel.: 15—32—24.), ahol a tanfolyamra vonatkozó mindennemü felvilágositással is szolgálnak. A tanfolyam díja 20 P.

Az elmeorvosok XV. országos értekezletén elhangzott előadásokat és referátumokat közlik *Benedek László* prof., az egyesület elnöke és *Bakody A,* az egyesület titkára egy 18 ives könyvben. Különös érdekességü a könyvben az elmebetegek válásának tárgyalása, melyben *Szladits K.,* a kiváló jogász is részt vett, valamint a házasság előtti orvosi vizsgálat nagy horderejü kérdésének megvitatása. Ezen felül még vagy 30 értékes előadást foglal magában a könyv a schizophrenia, paranoia, s a vitaminok és az idegrendszer közti relatiókról *(Beznák—Horányi),* valamint az elmegyógyászat más actualis kérdéseiről.

Mai számunkhoz mellékeljük *Vadász János dr.* 12. számunkban megjelent cikkének új mümellékletét.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulatnál lehetőleg franciául is értő, nyugalombavonult kartárs délelőtti elfoglaltságot találhat. IV., Kossuth Lajos utca 2. Telefon: 381—123.

Az Egyesült Államokban 1938 júliusától 1939 március 31-ig 776 külföldi orvos kért letelepedést. 1938-ban bevándorolt orvosok közül 250 német, 31 csehszlovák, 30 olasz, 22 svájci, 17 magyar, 16 francia, 45 kanadai, 20 ázsiai és 63 más külföldi.

A szász társadalombiztositó intézménynek jelenleg kétmillió biztositott tagja van, közöttük 330.000 mezőgazdasági.

HETIREND

Hétfőn, 8-án, 7 ó.: a Bp. Orvosi Kör ülése. *Polgár F.:* Nem sebészi csont és izületi betegségek röntgenologiája.

Kedden, 9-én 1/27 ó.: az Orsz. Közeg. Egyesület ülése. *Hints E.:* A Bólyaiak koponyái és orvosi vonatkozásai.

Kedden, 9-én 1/28 ó.: a Magy. Kath. Orvosok Szent Lukács Egyesületének ülése. *Dobák F.:* Orvos-szentek, szent orvosok. Előadás előtt 3/47 ó.: választmányi ülés.

Szerdán, 10-én 6 ó.: a Közkórh. Orvostársa ülése. Bemutatások: *Sulyák I.:* Óriás-myoma a klimakteriumban. — *Terék K.:* Mellékvesevérzés septikus abortusban. —*Raisz D.:* Adatok a veleszületett részleges fejbőrhiány öröklésének kérdéséhez. Előadás: *Piri L.:* Differentialis diagnostikai nehézségek a sürgős hasüri sebészetben. —

Pénteken, 12-én 6 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. *Boros J.:* Az acut rheumatismus klinikája és gyógyitása. — *Bernhard de Rudder:* Rheumatismus im Kindesalter. —

„EXPECTIN" EXPECTORANS 1 üveg 10 gr P 2.20. Gyártja és forgalomba hozza: DIACHEMIA Straub Sándor gyógysz. vegy. lab. Bpest., Teréz-krt 27. Telefon: 121-283.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Az alapanyagcserevizsgálat klinikai értékelése.

Absolut igazság *Grafe* megállapítása, hogy az oxygenfogyasztás az élet mértéke. A testben lefolyó oxydatióknak azt a legkisebb mértékét, ami nyugvó, éhező szervezetben folyik le, ami már physiologiás úton nem csökkenthető, nevezzük alapanyagcserének. Ennek az értéknek megállapítására szolgál az alapanyagcsere vizsgálat. Az oxydatiós folyamatok mértéke, a hőtermelés foka, vagyis a termelt kaloriák száma. E célból tehát idealisan a közvetlen hőtermelés kaloriaszámát kellene meghatároznunk, de ez az orvosi gyakorlat számára túlságosan nehézkes lenne. Ezért a nyugalmi állapotban termelt kaloriák számát közvetett úton, egységnyi idő alatt fogyasztott oxygen mennyiségből állapítjuk meg. A fogyasztott oxygen mennyisége egyenes mathematikai arányban áll a termelt hő kaloriaszámával.

E célra szolgáló készülékek közül *(Benedict, Knipping, Mansfeld* stb.) a klinikai célra nagyon jól megfelelő Krogh-féle apparátus terjedt el legjobban az európai klinikákon. Az alapanyagcserevizsgálat rohamosan fokozódó elterjedésére a lökést az endokrinologia haladása adta meg, különösen pedig a pajzsmirigy jelentőségének felismerése a test oxydativ folyamataiban. *Magnus-Levy* és *Fr. Müller* nevéhez fűződik annak a nagyjelentőségű ténynek felismerése, hogy a pajzsmirigy hormonjai játsszák a legnagyobb szerepet a test anyagcseréjének szabályozásában. Számos kutató kísérletei igazolják, hogy a pajzsmirigyet e munkájában a hypophysis speciális hormonja is támogatja.

Mivel azonban a pajzsmirigy túlműködésének, az ú. n. hyperthyreosisnak klinikai tünetcsoportja igen sok más eredetű kórtünettel folyik össze, az alapanyagcsere vizsgálat diagnostikai kezdő sikerein felbuzdulva, kevésbbé körültekintő orvosok, sőt már a nagyközönség részéről olyan viharos igénybevétel indult meg a vizsgálat iránt, hogy ez a legtöbb intézetben már veszélyezteti az eredeti cél megfelelő szolgálatát. — Már ott tartunk, különösen a betegbiztosító intézetekben, hogy majdnem minden neurastheniás beteg alapanyagcsere vizsgálatot kíván, mert fogy és szívdobogása van. Pedig ez a vizsgálat annyira kényes, hogy a túlhajtás az eredmény megbízható pontosságát igen károsan befolyásolja. Ezért az Államvasutak kórházában végzett közel 5000 vizsgálat és 8 évi ezirányú tapasztalat alapján néhány észrevételt óhajtok tenni a célszerű igénybevétel és a vizsgálat eredményének helyes klinikai értékelése érdekében.

A célszerű igénybevétel javallatai.

1. *Hyperthyreosis gyanuja.* A normalis ember alapanyagcseréje, Krogh-féle készülékkel mérve, körülbelül —10% és +15% között ingadozik. Azért körülbelül, mert az alapanyagcsere vizsgálat nem nyujt számtani pontosságú eredményt. A kapott értéket ugyanis magán a pajzsmirigyen kívül annyi külső és belső tényező befolyásolja, hogy azt mindenkor csak kellő körültekintéssel szabad a kórállapot megítéléséhez adatképen felhasználni. Ezekről a külső és belső tényezőkről később szólok.

A pajzsmirigy túlműködésének egyik legállandóbb klinikai tünete az alapanyagcsere fokozódása, melynek mérve 150% is lehet. Egy letalis, thyreotoxicus comában lévő betegen 200%-ot találtam. Az anyagcsere fokozódás *Boothby*nak a Mayo-klinika Basedow-kór anyagán szerzett tapasztalata szerint csak az esetek 2%-ában hiányzott.

2. *A hyperthyreosis-gyógykezelés eredményének ellenőrzése.* Vannak esetek, melyek minden conservativ therapiával szemben refractaer módon viselkednek.

3. *Az operativ beavatkozás alkalmas időpontja. Moravitz* és *Sauerbruch*, tehát a belgyógyász és sebész egybehangzó véleménye szerint, 20% alatt a következményes myxoedema veszélye miatt, 40% felett pedig a szervezet leromlása miatt kockázatos a műtét. Amióta jódkezelés előzi meg a műtétet a műtéti halálozás nagymértékben csökkent.

4. *Myxoedema gyanuja.* 5000 vizsgált esetem közt 5 eset volt, ahol kifejezetten csökkent értéket kaptam. Ezek közül is 4 eset postoperativ hypofunctio volt. (Minden conservativ therapiával dacoló decomp. vitium miatt végzett pajzsmirigy műtét.) Myxoedemában a csökkenés 50—70% is lehet, de általában nem haladja meg a 20—30%-ot.

5. *Egyéb endokrin mirigy kóros működése.* A többi belső elválasztású mirigy (hypophysis, nemi mirigyek) szerepe az anyagcserében még nem egészen tisztázott kérdés. Ellentmondó közlemények váltogatják egymást az irodalomban. *Schittenhelm* és *Eisler* a hypophysisnek ú. n. thyreotrop hormonjával kezelt emberen anyagcsere fokozódást, szapora pulsust, hőemelkedést talált. *Hetényi* azt tapasztalta, hogy a hypophysisnek sem fokozott, sem csökkent működése legtöbbször nem járt kóros alapanyagcserével. *Hajós* szerint a hypophysis eltávolítására az alapanyagcsere 35—40%-kal csökken, viszont a könyvében leírt hypophysaer cachexia eset alapanyagcseréje + 8%. (E betegséget az elülső lebeny pusztulása okozza.) A hypophysaer elhízásban, az ú. n. dystrophia adiposo-genitalisban közhit szerint csökkent az anyagcsere, viszont számos kutató szerint itt az alapanyagcsere normalis határok között mozog, sőt néha fokozott. A hypophysis adenoma által előidézett akromegalia eseteikben *Salomon, Magnus-Levy, Boothby* anyagcserefokozódásról számolnak be. Ezekkel szemben *Falta* és *Bernstein* észleletei akromegalia eseteiben anyagcserecsökkenést állapított meg.

6. *Strumával néha alig járó thyreotoxicus állapot* elkülönítése anyagcserevizsgálat segítségével a neurastheniával, vagy a specifikus tüdőfolyamattal néha együtt járó izgalmi állapottól. Ide tartozik az ismeretlen hátterű hőemelkedés, fogyás kutatása is. Ilyen esetekben azonban az anyagcsere lelet helyes értékelése rendkívüli körültekintést kíván, mert a mérsékelt anyagcserefokozódás nemcsak oka, hanem inkább következménye lehet a hőemelkedésnek, vagy ideges állapotnak.

A pajzsmirigyen kívül milyen gyakoribb behatások érvényesülhetnek az alapanyagcsere vizsgálat eredményére?

1. Diaeta hibák. Mint ismeretes, az alapanyagcsere vizsgálatot 2—3 napi diaeta előzi meg. A diaeta lényege, hogy az anyagcserét 17%-kal fokozó fehérjéket kikapcsoljuk az égésből. Még így is megmarad a zsírok, szénhydrátok elégése által okozott 11%-os fokozódás. A diaetában tilos 2 napon át: hús, tojás, tej, sajt, hüve-

velyesek: bab, borsó, lencse, mindennemű alkohol. Nem kell sok rosszhiszeműség annak feltételezéséhez, hogy amikor a betegnek jelentős érdekei függnek egy meghatározás eredményétől (táppénz, magaslati üdülés államköltségen) enyhén szólva, nem veszi túl komolyan a pontos előírást. Ezért kényes esetben elengedhetetlennek tartom az intézeti ellenőrzést.

2. A habitualis nikotinismus *Schlum* közleménye szerint 12—27% fokozódást okozhat.

3. Mivel a lehülés az égési folyamatok kiegyenlítő fokozódását okozza, a vizsgálat előtti fürdést el kell tiltani. Egy esetemben a vizsgálat előtt fürdött betegnél + 50%-ot kaptam. A megismételt vizsgálat + 3%-os eredményt adott.

4. A vizsgálat előtti, vagy alatti lelki izgalmak a pajzsmirigy befolyása nélkül is jelentős fokozódást okozhatnak. Sajnos a vizsgálaton átment betegek nagy örömet találnak a kezdők ijesztgetésében. Minden ügyeskedés ellenére is a gyermekek igen rossz vizsgálati alanyok. Elmebetegek alapanyagcsereleletét a legtürelmesebb vizsgálat mellett is, teljesen megbízhatatlannak tapasztaltam.

5. Egyes gyógyszerek is befolyással vannak az anyagcserére. *Fenz* szerint a prominal az egészséges ember anyagcseréjét 6—18%-kal, a Basedow-betegét 30—50%-kal szállítja le. Az adalin és phanodorm 10—15%-os csökkenést okozhat.

6. Az anyagcserét minden hőemelkedés, láz fokozza. A lelet értékelésében nem lehet elég sokszor hangsúlyozni ennek fontosságát, mert mindennapos eset lázas betegnek vizsgálatra küldése, noha a láz legtöbbször oka és nem következménye az anyagcsere fokozódásnak.

7. Ismeretes a menses, de méginkább a terhesség befolyása az alapanyagcserére. A terhesség nagy hatással van a hypophysisre, mint azt az *Aschheim-Zondek* reactiója is mutatja. A túlműködő hypophysis thyreotrop hormonja útján fejti ki pajzsmirigy serkentő hatását. *Zondek* szerint néha a megindított abortus váltotta ki a Basedow-kór első tüneteit.

8. A pajzsmirigytől független betegségek egész sora gyakorol befolyást az alapanyagcserére. *Eppinger* szerint minden dispnoës állapot (asthma, decomp. vitium), fokozólag hat az anyagcserére. *Bühler* gyakran tapasztalta cachexiás állapotok, rákos daganatok anyagcserefokozó hatását. Ennek oka a fokozott fehérje szétesés. *Schaffler* hypertoniában észlelt 20—40%-os fokozódást.

9. A külső tényezők befolyásának jelentőségére mutatnak a következő irodalmi adatok: *Emmes-Richte* szerint a betegnek vizsgálatközbeni felülése már 8%-os, kényelmetlen fekvése *Magnus-Levy* szerint 20%-os, telt hólyag okozta kényelmetlenség ugyancsak *Magnus-Levy* szerint szintén 20%-kal fokozta az alapanyagcserét.

10. Utoljára hagytam az eredmény realitására szintén igen jelentős befolyást gyakorló külső tényezőt: magát a Krogh-készüléket és a vizsgáló orvost. A készüléken sok csap és szelep van. Ha az absolut légmentes záródás akárcsak tűhegynyire is hiányt szenved, az eredmény értéke problematikus lesz. Bármily nagy gyakorlata van a vizsgálónak, a pontosságot veszélyeztető lehetőségek nagy száma miatt könnyen fordulhat elő hibás eredmény.

Mindezekből az következik, hogy az alapanyagcserevizsgálat eredménye egymagában sohasem diagnosis, az mindig csak egy adat, amelyet mindig a teljes klinikai kép keretében szabad és lehet felhasználni, az elmondottak tekintetbevételével.

Sülle József dr.
kórházi laboratoriumi szakorvos.

A gyermekágyi emlőgyulladás röntgenkezelése.

A röntgenbesugárzás a mastitisek kezelésében — mint azt az erre vonatkozó nagyszámú irodalom is mutatja, — ma már elsőrendű helyet foglal el. Míg a gyulladások kezelése röntgensugárral már igen régi eredetű, hisz *L. Freund* már 1903-ban kedvező eredményekről számol be, addig a mastitisek röntgenkezelése újabb keletű s *Fried—Heidenhain* utmutatása alapján megadott „Oberflächen—Schwachbestrahlung"-ból indul ki. Tekintettel a gyakran valóban meglepő jó eredményekre, melyeket a mastitisek röntgenkezelésével elérni sikerül, célszerű, hogy ezzel a kezeléssel a gyakorlóorvost is megismertessük.

A röntgenbesugárzás hatásmechanismusa gyulladásokban még ma sem teljesen tisztázott, amire az erre vonatkozó elméletek nagy száma is utal. Ezekkel sajnos helyszüke miatt ehelyütt bővebben foglalkozni nem tudunk. Ezen különféle felfogásoknak és elméleteknek megfelelően a mastitisek röntgenbesugárzásának methodusa sok változáson ment keresztül s még ma is egyes szerzők szerint igen különböző. Igy *Jaschke* és *Goedel* mastitisekre igen kis dosisokat adnak és pedig a HED 3—5%-át, tehát 18—30 r-et, *Goedel* ezen dosist 3—4 napon át minden nap, *Wintz* a HED 15—20%-át (90—120 r), *Heyrowszky*, 240 r-t ad, igaz, hogy ez utóbbi ezen nagy dosissal csupán a gyulladás gyorsabbi beolvadását célozza. A mastitisek röntgenkezeléséről minden szerző kivétel nélkül jó eredményekről számol be. *Fuchs* 96—98% gyógyulást ért el, *Hanne* és *Theiss* 100—100%-os *Steinkamm* 92%-os, *Gajzágó* 95%-os, *Gaulini* 50—80 %-os gyógyulásról számol be, *Heyrowszky*, *Kautsky*, *Caccia*, *Pfelz*, *Markgraf*, *Wiemer*, *Goedel* ugyancsak kedvező eredményeket láttak. Saját anyagunkban a II. sz. női klinikán 83 pontosan észlelt esetből 96.5% gyógyulást láttunk azon esetben, ahol a besugárzás az első 24 órában történt. A 24 óránál később kezelésünk alá került betegeken az eredmények már lényegesen romlanak, aminek szemléletére igen világosan utal az a körülmény, hogy 56 betegünkből azok közül, akik az első 24 órában kerültek kezelésünk alá, csupán 2-ben volt szükség sebészi beavatkozásra, mig azon 24 beteg közül, akik csak 48—72 órával az első tünetek fellépte után kerültek kezelésünk alá, már 7 esetben volt szükség incisióra, 3 olyan betegünk pedig, aki a klinikáról elbocsátás után, mint bejáró beteg jelentkezett rendelésünkön s már több nap óta érzett mellében fájdalmat, mind incisióra került. Ezen körülmény is fokozottan utal tehát arra, hogy *a röntgenkezelés mastitis esetén az első tünetek után lehetőleg azonnal elvégzendő*. Itt említhetjük meg *Pfalz*-nak első pillanatra talán tulzottnak látszó felfogását, aki a gyulladt emlő besugárzását oly sürgősnek tartja, hogy azt az első tünetek fellépte után azonnal, még éjjel is elvégzi.

A kezelésre azon esetek reagálnak legjobban, ahol a kezdődő gyulladást magas láz kiséri. Ezen esetekben a besugárzás után a hőmérséklet rendszerint hidegrázás kiséretében még magasabbra, 39—40° C-ra emelkedik. Másnapra azonban kritikus hőmérsékletesés közben a beteg ezen általános reactio után láztalanná válik, a fáj-

dalom csökken s a tünetek jórészt visszafejlődnek. Ezen esetek azok, melyek a kezelésre mondhatni frappánsan reagálnak. Kevésbbé jól reagálnak azok az esetek, ahol csak subfebrilis temperatura jelzi a gyuladásos folyamatot. Ezen esetekben az előbb említett, a gyógyulás szempontjából kivánatos lázas reactio is csak rítkán jelentkezik, a besugárzás után tehát sem hidegrázást, sem pedig a hőmérséklet emelkedését nem tapasztaljuk. Ennek megfelelően a hőmérséklet oldódása is csak lassan, lytikusan megy végbe és a beteg csak néhány nap mulva lesz láztalan.

A gyógyulás a kezelés után átlagban 3 napon belül szokott bekövetkezni, diónyi, vagy nagyobb infiltratiók felszivódása azonban az infiltratum nagysága szerint egy-két hétig is eltarthat. A tejelválasztás a nagyobb dosisokra minden esetben csökken, de a gyógyulás bekövetkezte után 8—10 napon belül legtöbbször teljes mértékben visszatér. Saját tapasztalatunk szerint a röntgenbesugárzás kedvező befolyással van a gyulladásos folyamatra még akkor is, ha a gyulladásos folyamatot megállítani, vagy visszafejleszteni már nem sikerült. — A besugárzás a folyamat terjedésének mintegy gátat vet azáltal, hogy a gyulladást az egészséges környezettől elhatárolja, aminek következtében azt látjuk, hogy itt a sebészi beavatkozás után a gyógyulás gyorsabban és simábban megy végbe, mint akkor, ha röntgenbesugárzás egyáltalán nem történt.

Ami a röntgenbesugárzás technikáját illeti, közöljük a II. sz. női klinikán jelenleg általunk követett methodikát, amely szerint a ma általában szokásos mélytherapiás kautelák mellett, tehát erősen filtrált sugarakból 50 cm focusbőrtávolságról 80—150 r-t adunk. A folyamat stadiumának megfelelően tehát a gyulladás foka szerint az adagolást bizonyos mértékig individualizálhatjuk. Általában mondhatjuk, hogy az optimalis dosis a legtöbb szerző véleménye szerint 100 „r„ körül mozog. Ezen dosis megfelel annak a mennyiségnek, amellyel a fentemlített általános reactiót kedvezően kiválthatjuk s mely általános reactio a gyulladások gyógyításában oly fontos szerepet játszik, hisz épen ennek előmozdítására szokásos a besugárzással egyidőben a sajátvér injectiók adagolása is. E dosist, ha az első besugárzás után a kivánt eredményt nem kaptuk meg, vagyis a folyamat javulást nem mutatott, az általános reactio elmaradt, célszerű 24—48 órán belül az eredeti dosisnak mintegy 50%-ával megismételni. Igy gyakran sikerül még ilyenkor is a jó eredményt elérni. A gyulladt emlő nyugalmát felkötéssel biztosítjuk; célszerű a gyulladt részre 2—3 óránkint 15—20 percre jégtömlőt helyezni s mint említettük, sajátvér injectio adagolásával a lázas reactio kiváltását elősegíteni. Ami a gyulladt mellből szoptatást illeti, a vélemények egyes szerzők és klinikák szerint különbözők. Klinikánkon a gyulladt emlőből szoptatunk, illetőleg annak kiürítéséről szoptatás, vagy leszívás által gondoskodunk, amivel a pangást igyekszünk megszüntetni, s ezáltal a bakteriumok kedvező táptalaját eltávolítani. A szoptatást természetesen mi is abbanhagyjuk, ha a bimbón kereszül geny ürül, a folyamat terjed vagy az sebészi beavatkozás alá kerül. A szoptatást contraindicálhatják még mélyreterjedő, nem gyógyuló rhagadok, amelyek ugyanazon emlő ismételt gyulladását idézték már elő s ezáltal az egész emlő mirigyállományát pusztulással fenyegetik.

Megkisérelhető az általános fertőzés legyőzésének megkönnyítése céljából az újonnan forgalombahozott aminobenzolsulfamid származékok (deseptyl, prontosil, ambesid, nigma stb.) adagolása is, ezeknek hatásáról azonban véleményt még nem mondhatunk.

A mastitisek röntgenbesugárzásával elért kitünő eredmények tehát feljogosítanak arra, hogy ezen kezelést még teljesen ártalmatlan, veszélytelen és kiméletes volta miatt is minden más conservativ eljárás fölé helyezzük s így erre a gyakorlóorvos figyelmét különösképen felhivjuk.

Korompai Imre dr.
női klinikai tanársegéd

A gümős empyemákról.

A tüdő gümős megbetegedéseinek komoly szövődménye a mellhártya gümős empyemája. Elvétve a mellhártya önálló vagy inkább önállónak látszó betegsége, mert rendszerint kiderül, hogy a mellhártya genyes váladékot termelő tuberculosisa discret generalisatio részjelensége vagy pedig kis terjedelmű rejtett tüdő vagy nyirokcsomó folyamatról terjedt közvetlenül a mellhártyára. A gümős empyemák többsége jelentősebb tüdőfolyamathoz társul s így alig van diagnostikus nehézsége. Az előbbi esetben a gümős jellegre az hívja fel a figyelmet, hogy a próbacsapolással nyert geny steril, azaz genykeltő bakteriumokat nem lehet találni a festett készítményben. A saválló bacillus kimutatása festéssel nagyon ritkán sikerül az empyema genyből, az állatoltás többnyire eredményes.

A gümős empyema gyakorisága, jellege és terjedelme a tüdőfolyamattól függ. Minél frissebb és sajtosabb a folyamat, annál inkább keletkezhet empyema. A gyorsan terjedő phthisis caseosa hamar éri el a pleurát, ezt még ismételt lobok nem vastagították meg, ezért könnyebben fúródik át. Contagiumos és perforatiós eredésű empyema itt gyakori szövődmény. A lassan burjánzó tüdőtuberculosis formákban már előzetesen részesül a mellhártya a megbetegedésben, ez ellentállóbb és több rajta az összenövés. Itt már gyakoribb az összenövések közt kis gócátfúródásból eredő enyhébb klinikai tünetekkel járó betokolt empyema, sőt az észrevétlenül keletkező és csak röntgentávilágítással kiderített sem ritka. Idültebb tüdőtuberculosis formákban is előfordul subpleuralis fekvésű caverna rupturájából a nagyobb empyema, ill. pyopneumothorax, ez annyiban enyhébb a caseosus phthisishez társulónál, mert az alapfolyamat is enyhébb, gyógyulási és gyógyítási lehetősége van.

A mesterséges pneumothorax kezelés kapcsán is támadhat empyema. Ennek legenyhébb formája az, ha a pneumothorax izzadmány lassan besűrűsödik s szinte észrevétlenül, láz s subjectiv kellemetlenségek nélkül az egyik punctio váratlanul genyet mutat. Az is előfordul, hogy kívülről töltés kapcsán fertőződik a pleuraür, vagy endogen úton grippe és tonsillitisek következtében. Legsúlyosabb formája az, ha a mesterséges pneumothoraxot spontán pneumothorax komplikálja, mikor egy adhaesiótól feszített caverna vagy subpleuralis góc a pleuraürbe tör. Ha szelepes a pneumothorax, előbb-utóbb vegyesen fertőzötté válik, szerencsétlen esetben azonnal is, ha a pleuraüregbe ömlő cavernaváladék már előzetesen genykeltőkkel is fertőzött volt.

Ellágyult sajtos hilus-nyirokcsomó áttörése empyemát okozhat a mediastinumban vagy a lebenyek közt; a nyirokutakon terjedve hónalji és nyaki nyirokcsomó genyedéskor is észlelték. Borda vagy csigolya carieses hideg tályog áttöréséből is származott már empyema.

Az empyema további sorsa terjedelmétől s eredésétől függ. Kisebb terjedelmű betokolt empyema burjánzó tüdőfolyamat mellett, ha a perforatiós nyílás zárul vagy kisebb, nem növekedő jellegű pneumothorax empyema

magától is megállapodhat: az izzadmány besűrűsödik, szervül s idővel csak vastag mellhártyakéreg jelzi a helyét. Nagyobb empyemás üreg is betokolódhat, subjectiv tünetet nem okoz, a röntgenen csak vastag pleurakéregnek látszik. Ilyenkor azonban előfordulhat még sok évi tünetmentesség után is, hogy a zsugorodó pleurazsákból a tüdőbe vagy a mellkas lágyrészei felé áttör. Szerencsés esetben a nyílás zárul, néha azonban újabb fertőzés forrásává válik. A cavernaperforatiós pyopneumothorax rossz prognosisú, különösen ha vegyesen fertőződik. A legrosszabb, ha kétoldali caseosus folyamat mellett támad, egyoldali folyamathoz társuló empyema esetén még olyat is lehet ritkán észlelni, hogy a heveny jelenségek lezajlása után az addig terjedő jellegű sajtos folyamat jobbindulatúvá változik. Gyakoribb az az eset, mikor a heveny veszedelmeken a beteget ismételt punctiókkal átsegítik, a bronchopulmonalis fistula zárul, a genytermelés tempója lassubbá válik és chronikus empyema alakul ki. A tartósan comprimált tüdőben talán már végleg megállapodott a tüdőfolyamat, azonban az empyema hosszú fennállása folyamán a mellhártyalemezek igen megvastagodnak s ettől valamint a tüdő szövetében lévő vastag heges kötegektől a tüdő olyan merevvé válik, hogy többé kitágulni nem képes. Minden soká tartó empyema után ez a tüdő sorsa! Olykor még az ilyen pleuraüreg is képes vaskos hegek képződésével zárulni, a mellkasfalhoz növő zsugorodott tüdő magával húzza a szívet és a mediastinális képleteket. Sok szívpanaszt, légzési nehézségt okoznak ezek és igen gyakran képződnek ilyenekben tractiós bronchiektasiák. Ha nem történik meg ez a spontán javulás — amennyiben ez javulásnak nevezhető — merevfalú empyema üreg marad, mely kiszáradni sohasem tud s végül is amyloidosist okoz.

A gümős empyémák kezelésében annak mindezen tulajdonságaira tekintettel kell lenni s minden esetben a kezelést az empyema jellegéhez és a tüdőfolyamathoz kell mérni. Amíg az acut nem gümős empyema esetén az azonnali széles feltárás a helyénvaló, mert a geny hamar ki tud ürülni és még tágulékony a tüdő, addig a gümős empyema kezelésében bizonyos conservativismus a helyénvaló. Ez azonban csak azt jelentse, hogy nem szabad a gümős empyema kezelést thorakotomiával kezdeni, mert ezzel végleges pneumothoraxot teremtünk és utat nyitunk a vegyes fertőzésnek. Viszont a conservativ kezelés ne jelentse azt, hogy a punctiós kezelést még annak eredménytelensége esetén is addig folytatjuk, míg a tüdő tágulékonyságát elveszti, a mellkasfalat sipolyjáratok szelik keresztül és a beteg műtéti esélyei jelentősen megromlanak.

A gümős empyemák kezelésében alkalmazandó beavatkozások sorrendje a következő: 1. *Punctiós-öblítéses kezelés.* Az empyema üreg elérhető legmélyebb pontján 20 köbcentiméteres fecskendőre szerelt punctiós tűvel behatolunk s lehetőleg az egész genyet leszívjuk. Azután ugyanazon tűn keresztül ½—1 %-os neomagnol oldatot fecskendezünk be és azt is leszívjuk. Ezt mindaddig ismételjük, míg az öblítő folyadék tisztán nem jön vissza. Ehhez átlag 100—200 ccm neomagnol oldat kell. Ha a tüdő gyors kitágulása veszéllyel járna (cavernás nem gyógyult tüdőfolyamat), a leszívott geny fele mennyiségének megfelelő levegőt is adunk. Ha a csapoláskor genytörmelék zárja el a punctiós tűt, vagy sűrű a geny, közben is higíthatjuk neomagnol oldattal. Egy-két öblítéses punctió után kiderül, hogy várhatunk-e attól eredményt. Ha a láz nem csökken, a folyadéknívó újra emelkedik, mindjárt a következő módszerre, a 2. *desinficiáló oleothoraxra* térünk át. Ez úgy készül, hogy öblítéses punctio után ugyanazon tűn keresztül 50—200 g 2%-os gomenololajat viszünk a pleuraürbe (gomenol 2.0, ol. eucalypti 0.50, ol. olivarum 100.0 M. f. sol. steril.) A desinficiens olaj jó hatása, ha már szokott érvényesülni. Ha kell, a következő alkalmakkor 5, majd 10%-os gomenolos olajat adhatunk, ehhez mindig egy ötödnyi eucalyptus olajat keverve. Még vegyesen fertőzött pyopneumothoraxos esetekben is láttam ettől eredményt, pneumothorax kezelést lehetett utána folytatni vagy pedig sterillé vált pleuraüregel kerülhetett a beteg műtétre. A desinficiáló oleothorax-al tünetmentessé váló betegből is egyidő multán ki kell engedni az olajat, mert a zsugorodó pleuraüregből áttörhet. Az oleothoraxos kezelés eredménytelensége esetén azonnal át kell térni a következő 3. *szívó-drain* kezelésre *(Potain, Bülau).* Septicus, súlyos vegyes fertőzéses empyémákat a próbapunctio után mindjárt így kezelünk. Tág troicart-tal egy Pezzer-kathétert viszünk a pleuraürbe s szívó berendezéssel gondoskodunk arról, hogy egyenletesen ürüljön a geny s az esetleges levegő. Szerencsés esetben napok-hetek alatt megszűnik a genyürülés és hamar zárul a szúrcsatorna is. Friss esetben vagy amikor a tüdő még tágulni képes s a kitágulása már nem jár veszéllyel, egymagában is elégséges. Ha pedig a tüdő még compressióra szorul vagy makacs esetben már tágulni nem képes, előkészítője a radikális műtétnek. Bordacsonkolás után is csak akkor tudnak a mellhártyalemezek összetapadni, ha a szívó-drain kezelés a köztük lévő genyet és levegőt eltávolítja. Kétoldali tüdőfolyamat vagy rossz általános állapot esetén ez a legnagyobb megengedhető beavatkozás, természetesen csak múló hatással. 4. *A bordacsonkolásos műtét* gümős empyema esetén mindig szükségessé válik, ha az előző módszerek eredménytelenek, a genyképződés nem szűnik, a tüdő perforatiós nyílása nem záródik, ha még nyitott caverna van, melynek záródása nem várható és megállapodott tüdőfolyamat esetében is, ha a tüdő hegesen megkeményedett és a mellhártyalemezek nem tudnak összetapadni. Többszakaszos műtéttel a csúcstól lefelé haladva kell a bordák resectióját megkezdeni, közben természetesen alul a geny állandó levezetéséről gondoskodván. Frissebb vagy oleothorax-al sikeresen desinficiált és kiszárított empyema esetén olykor az egyszerű paravertebrális thorakoplastika is elegendő. Inveterált esetben olyan vaskosak a mellhártyakérgek vagy sipolyjáratos a mellkasfal, hogy a plastika után néha egész műtétsorozattal kell a vaskos kérgeket és járatokat kiirtani. A mellkassebészetnek a legnehezebb és leghálátlanabb területe ez, a műtéti eredmények sokkal rosszabbak, mint a normalis thorakoplastika után. Mégis a 30—60%-os eredmények lényeges javulást jelentenek a magukra hagyott esetek 60—98%-os halálozásához képest. Winternitz tbc.-s empyema anyagában a pneumothorax utáni empyemások 54%-os, a spontan pneumothoraxos empyemások 28%-os, az átterjedéses empyémások 30%-os jó eredménnyel szerepeltek. A legrosszabb eredményűek a későn műtétre kerülők és a sipolyosok voltak. Összehasonlításul említem, hogy ugyanazon statisztikában a grippés empyemák gyógyulási aránya 92%. Jobbak lesznek az eredmények, ha kellő időben jutnak a betegek műtétre. De még fontosabb a megelőzés: Cavernás tüdőfolyamat esetében kellő időben és megfelelő technikával készítsük el a pneumothoraxot. Ha ez és a kiegészítő műtétei nem tudják eltüntetni a cavernát, idejekorán alkalmazzuk a thorakoplastikát. A perforatiós pyopneumothoraxok jó részét így elkerülhetjük.

Gergely Jenő dr.
tüdőgyógyintézeti főorvos.

84. évfolyam. 15. szám. Budapest, 1940 április 13

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
IX., Högyes Endre-utca 7. Telefon: 187-622.
Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el.

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele:
a
kiadóhivatalban

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára". *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, vagy Lepage könyvkereskedés, Cluj, Str. Matia 1. *Slovákiában: Eleőd Z. Solt O. H.* Dunabank, Bratislawa. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az **„Orvosi Hetilap"**-ra és az Orvostudományi Közlemények-re együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dinár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P) félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2.50 pengő. — A **„Magyar Orvosi Archivum"** egész évre 10 pengő, 70 slk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

SYMPATOL
a szív és vérkeringés gyógyszere

KARDIACUM
ANALEPTICUM
TONICUM

«A Sympatol főleg a csekély mérgező hatása miatt tünik ki, s éppen emiatt nem kell, hogy az adagolása bátortalan és aggodalmas legyen, sőt ne is legyen az.»

Zischinsky, Münch. med. Wschft. 1936, 1823.

«Az adagolás cseppekben kollapsusnál ugy történik, – ha egy per os adott gyógyszer egyáltalában segithet, – hogy 15 – 20 – 30 cseppet adunk, mely rendszerint elegendő is. Ritka esetben kellett a Sympatolt injiciálni.»

Schembra, Münch. med. Wschft. 1935, 1488.

INGELHEIM

C. H. Boehringer Sohn · Ingelheim am Rhein
Tudományos iroda: Budapest V., Ferenc József-tér 5/6 félemelet 5

84. évfolyam. 15. szám. Budapest, 1940 április 13.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:
ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZEKELY AGOSTON.

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:

Grósz István: Mindkétoldali ideghártya központi verőerének elzáródása. (187—188. oldal.)
Varga Tibor és **Greiner Károly:** Digitalis-mérgezés a gyermekkorban. (188—189. oldal.)
Koppány Tibor: Szokatlan eredetű belső elvérzés. (189—190. oldal.)
Radnót Magda: Angioid csikok a szemfenéken. Elastosis dystrophica. (190—191. oldal.)
Hoffenreich Ferenc: A Fortner-féle anaerob tenyésztési eljárás. (191. oldal.)
Irodalmi szemle: (191. oldal.)
Könyvismertetés: (193—194. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (194. oldal.
Ajtós E. Imre: A magyar Pasteur-intézet 50 éve. (194—196. oldal.)
Verebély Tibor: Gümőkór és nemibetegségek elleni védekezésről szóló tv. javaslat. (197—199. oldal.)
Lapszemle: (199. oldal.)
Vegyes hírek. Hetirend: 199—200. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tudományegyetem szemészeti klinikájának közleménye (Igazgató: Imre József ny. r. tanár.)

Mindkétoldali ideghártya központi verőerének elzáródása.*

Irta: *Grósz István dr.* egyet. tanársegéd.

Ez év november 4-én egy 67 éves férfi beteg jelentkezett az ambulantián azzal a panasszal, hogy bal szemén előzőnap délután, tehát kb. 16 órával ezelőtt hirtelen megromlott a látása. Jobb szemén hasonló esemény folyt le 4 évvel ezelőtt; azóta nem lát vele. *Jelen állapot:* tág fénymerev pupillák, tiszta közegek. Jobb oldalt: éles szélű fehér látóidegfő, igen szűk erek. Bal oldalt: friss embóliára utaló jelek: vizenyős centrum, meggyvörös volt a maculán, halvány papilla, hajszálvékony erek. A látóidegfő mellett temporalisan papillányi élénken előtűnő vörös terület. (Cilio-retinalis ér által ellátva). Pulsatio nyomásra nem váltható ki. Szakadozott véroszlop. Fényérzés egyik szemen sincs. Azonnal amylnitritet lélegeztetünk be; emellett a kötőhártya alá acetylcholint és vénába neotroparint kap. Excentrikus fénysejtés az eredmény. Bel-lelet: arteriosclerosis. Hypertonia. Vérnyomása: 220/100 Hgmm. Rendelés: vénapuctio és jod-theobromin. November 23-án jobb oldali hemiparesis baloldali arcideghüdéssel. Jelenleg a vörös folt nem látható.

Mindkét központi verőér elzáródása rítka (7 eset). Kétizben jelentkezett egyidejüleg az elzáródás a két szemen; *Stocké* esetében massagera és szívszerekre teljesen visszatért a látás, *Johannson* betege azonban teljesen megvakult. *Genss* betege 1 év, *Haase-é* 10 év mulva kapja a másik szem emboliáját; mindkét esetben a két szem látása megjavult. Unicum és alig magyarázható *Alexander* betege, kinek 6 éve vak szemén a látás a második szem emboliája után visszatér (5/10 látás!). Végül *Johannson* két esetében a látás megjavult mindkét szemen.

Mindinkább tért nyer az a felfogás, hogy az esetek túlnyomó részében nem valódi embolus okozza a központi verőér elzáródását, hanem endarteritis, thrombosis vagy mind a kettő. A központi vena elzáródásához egyébként gyakran csatlakozik az arteria elzáródása *(Balás)*. Vastag intimájú, betegfalú ér görcse is teljes elzáródást eredményezhet. *(Justin—Besançon* kisérletes emboliában a másik szemen érgörcsöt észlelt.) Valódi leszakadt vérrög okozta eltömeszelődést inkább fiatalokban, endokarditis kapcsán látunk. Ilyen meggondolások után az embolus tovább taszítását célzó műtétek (punctio stb.) elvesztik jogosultságukat — elméleti alapon. Hogy mégis láttak tőle eredményt, azt a hypotoniát követő vérbőség és értágulás magyarázza.

Mennyi ideig birja ki a retina a központi verőér teljes elzáródását? A legrészletesebb tanulmányt errenézve *Guist* közölte, ki luxált patkányszem keringését gummiszalaggal különböző ideig kikapcsolta. Azt találta, hogy 15 perc az az idő, melyen tul irreparabilis szöveti változások (sejthalál) következnek be. Ezt az időt rövidnek kell tartanunk. Ez állatkisérlet ugyanis emberi pathologiában elő nem forduló súlyos és teljes strangulatiót jelent: az arteria elzárásán kivül véna és látóideg összenyomása! Tehát valójában több órára kell számítani. Számolni kell azzal a ténnyel is, hogy az elzáródások nem tökéletesek, azaz incompletek: valami gyenge keringés még van. Csak így magyarázhatjuk a hosszú ideig tartó „emboliák" gyógyulását; végül gondolnunk kell az anastomosisok szerepére is.

A *kezelést* illetőleg a lényeg a korai, mondhatni azonnali segélynyujtás, mely a kisérő görcs ellen irányul. Az első lépés amylnitrit belégzés, mely erélyesen tágítja a fej ereit; amellett acetylcholint is adhatunk, még pedig a kötőhártya alá. Megjegyzem, hogy még 1933-ban 3 úgynevezett emboliát figyeltem meg; az egyik (24 éves nő) nitrosclerán, egy másik (50 éves férfi) amylnitrit kiséretében, egy harmadik (62 éves nő) önmagában kapott kétszer 10 cg acécoline-t izomközé, minden eredmény nélkül. Felhasználható bármely értágító is: retrobulbaris atropin, továbbá a purintestek (theophyllin), padutin befecskendés. Új és úgylátszik hatásos az érbe adott *papaverin* melyet *Denk* vezetett be a végtag- és később tüdőemboliák ellen Merck-féle eupaverin alakjában. *Johannson* érdeme, hogy a szemészetben elsőnek ajánlotta e szert; 4 esetéből egyben teljes gyógyulást, háromban javulást ért el az eupaco-val (atropint és pyramidont is tartalmaz).

Johannson szép tanulmányt irt a kérdésről és általában az értágító szerepéről (Abhand. Augenh. 24.); *Piesbergen* készülékét ajánlja vibratiós massage céljára, emellett értágítókat és szívgyengeség esetén cardiacumokat (digitalis-testek, lacarnol stb.). Az arteria cent. ret. elzáródását a Neuda-féle thromboembolia elmélettel kivánja megvilágítani (fokozott vérsejtsülyedés, lues és

*) Előadta a Magyar Szemorvostársaság 1939. dec. 2-án tartott ülésén.

angina pectoris az ascendentiában stb.). *Tsopelas* nyulszemen i. v. eupaverin után 1 órával a látóidegfő vérbőségét észlelte, három óra mulva pedig a vénák szükebb voltát. Három érelzáródás közül 1-ben semmi eredmény, 2-ben kézmozgásról 5/20-ra, ill. 5/35-re javult a látás. Összesen 12—20 ccm eupaverint adott a vénába, 5—7 nap alatt, még pedig azonnal 2 ccm-t (6 cg), melyet első nap még kétszer megismételt 2 óránként. *Schneider* izom közé adta az eupaverint. Megfelelő és hasonló szerkezetű magyar synthetikus készítmény a perparin (1 ampulla tartalmaz 4 cg-t), melyből 2 ampulla adható érbe. A *neotroparin (Chikóni)* ezenkívül 1½ mg novatropint is tartalmaz. Ez utóbbiból 1 ccm-t ajánlok érbefecskendezésre lassan és azt néhány óra múlva megismételhetjük.

A kétoldali embolia igen ritka. Megelőzésre *Johannson* májkúrát ajánl Neuda elgondolásai alapján. Igaz, hogy ezek valódi emboliára vonatkoznak, valamint a thrombosis-készségre. A mi eseteinkben (szemészeti „emboliák"!) a súlyos endarteritises folyamat nem igen akadályozható meg és nem is befolyásolható.

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

Digitalis-mérgezés a gyermekkorban.

Irta: *Varga Tibor dr.* és *Greiner Károly dr.*

A digitalissal, illetve pótszereivel a gyermekkorban úgy látszik ritkán történik mérgezés. Mindössze 2 ilyen közlést találtunk.

Az első *Eckstein*től származik, aki 4 és fél éves egészséges gyermeken 0.5 g digipuratumtól eszméletlenséget, heveny tüdővizenyőt, vérnyomásnövekedést, reflexkiesést, kóros reflexeket, izzadást, gyógyszerexanthemát látott, továbbá erős diuresist, 24 óráig tartó compensatorikus anuriával.

A második eset, amelyet *Kiss* és *Wollek* ismertetett, 13 éves, rheumás perikarditisből lábbadozó betegre vonatkozik. A még észlelhető szívizombántalom miatt intermittáló digitaliskezelést rendeltek egészen kis adagokkal. Tévedés folytán a gyermek 28 nap alatt 1.315 g digitalis kapott. A mérgezés enyhe subjectiv tünetek mellett az ingervezetésben mutatkozó jelenségek uralták. Ez esetben a méregzés már beteg szíven jött létre.

Esetünket tehát már ritkasága is érdemessé teszi a közlésre. De tanulságos azért is, mert a mérgezést *egészséges* gyermeken nagy adag digitalis *egyszeri* bevitele után láttuk kifejlődni, s mivel a gyedmek a digitalissal egyidejűleg sok theobromint is vett be, a két méreg kevert hatását figyelhettük meg.

Hároméves leánykát hoztak klinikánkra ápr. 28-án, ki előző nap reggelén egy óvatlan pillanatnban az édesapja gyógyszeréből 20 szemet vett be*) utána vagy tízszer hányt, eleinte ételmaradékkal kevert gyógyszert is, utóbb már csak nyálkát. Bágyadt, elesett az éjszakát nyugtalanul töltötte. Hányt ma is, emiatt orvoshoz vitték, aki gyomormosást végzett. A felvétel alkalmával súlyos beteg benyomását kelti. Orcáin, nyakán, törzsén s mindkét karján élénk erythema. A felső végtagok normo-, az alsók hypertoniásak. Mindkét lába pes equinovarus állásban görcsösen rögzített. Pupillái feltünően tágak, igen élnék térd-, Achilles-in és hasreflexek. Rendes szívtompulat, feltünően hangos, tiszta szívhangok, arhythmiás szívműködés. Pulsusa szabálytalan, könnyen elnyomható, percenként 134, már kis mozgásra erősen megszaporodik, vérnyomása 112/80.

A gyermek súlyos állapota azonnal beavatkozást tett szükségessé. Ismételten gyomormosást, hashajtást végeztünk és szenes beöntéseket adtunk. Az erősen fokozott vagus-tonust atropinnal igyekeztünk csökkenteni. Naponta 2×30 ccm 17%-os dextroset, 3×5 csepp tetracort, szükség szerint luminalt adtunk s lehetőleg teljes nyugalmat iparkodtunk biztosítani.

A betegség lefolyása a következő volt: IV. 29. Állapota, mint előző nap. Vizelete több, mint 48 órája nem volt. IV. 30. Állapota javult. Erythemája még tart. Szívlelete: a csúcson halk systoles zörej, kissé halkabb szívhangok. Extrasystolés arhythmia. Vérnyomása 120/85. Pulsusa 120 körül. A pes equinovarus változatlan. Vizelése megindult. — V. 4. Szívlelete u. a. Erythemája visszafejlődött. Lábai pes equinovarus állásban. Vérnyomása 104/44. A gyógyszeres kezelést elhagytuk, csupán atropint szed. — V. 6. A loláb-tartás megszünt. Vérnyomása 102/44. Pulsusa 110, arhythmiája megszünt. — V. 8. Az atropin adagját csökkentjük. Vérnyomása 100/42. Pulsusa 114. — V. 10. A halk systoles zörej eltünt. Azt atropint elhagytuk, pupillái rendesek. Vérnyomása 96/40. —V. 12. Jól van, panaszmentes. — V. 14. Tiszta szívhangok. Pulsusa 110. Vérnyomása 94/52. — V. 20. Gyógyultan elbocsátjuk.

Elektrokardiographiai vizsgálatok: A digitalis közvetlen szívizomhatása mellett az ingerképzést és a vezetést egyaránt befolyásolja. Mindezen hatások az ekg. segítségével finomabb részleteikben is jól elemezhetők. A sorozatosan készült felvételeket s azok értékelését az alábbiakban adjuk:

IV. 28. Sinusrhythmus. Frequ. 120—160. Partialis a—v-blok kamrasystole kieséssel. Wenkebach-periódusok (átvezetési idő 0.15"—0.30"-ig nő.) ST_{2-3} süllyedt, T_{1-2} laposan positiv, T_3 isoelektromos. — IV. 29. Wenkebach periodusok kiesési részében pót-systolek jelentkeznek. — IV. 30. Az átvezetési edő 0.15"—0.30". Pótsystolék nem láthatóü. — V. 3—4. Rhyhmmusos szívműködés. Az átvezetési idő értéke állandó.

E leleteket elemezve az ST-szakasz depressióját és a T hullám lapossá válását közvetlen izomhatásnak kell tulajdonítanunk. A Wenkebach ueriódusok formájában jelentkező részleges a—v.-blokot a digitalisnak az ingerképzés és vezetésre kifejtett hatásával magyarázzuk.

Újabb megfigyelések szerint a subletalis digitalismérgezés állatkisérletekben súlyos szívizomelhalást okozhat az ST szakasz és az utólengés ismertetett elváltozásaival. Esetünkben nagy digitalisadagra láttuk az ST és T hullám alakváltozását kifejlődni, amely azonban reversibilisnek bizonyult.

Összefoglalás: Egy három éves egészséges gyermek 2.0 g digitalis és 4.0 g theobromint vett be. Heveny mérgezés fejlődött ki súlyos hányással, a pulsus igen szapora, arhythmiás volt, a vérnyomás növekedett, a pupillák rendkívül tágak. Kiterjedt erythema mutatkozott az arcon, törzsön, vállakon. Az alsó végtagok pes equinovarus állásban görcsösen rögzültek. Több, mint 48 óráig teljes anuria. A mérgezés 3. napján, az eddig is feltünően hangos, tiszta szívhangok mellett a csúcson halk systolés zörej keletkezett, amely azonban nyom nélkül eltünt. Az elektrokardiogramm szívizombántalom mellett Wenkebach-periódusok alakjában jelentkező részleges a—v-blokot mutatott. Három hét alatt teljes gyógyulás.

Ha tekintetbe vesszük a gyermek korát, 12 kg-os testsúlyát, az egyszerre bevitt hatalmas digitalis és theobrominmennyiséget, tulajdonképen csodálkoznunk kell a mérgezés szerencsés kimenetelén s kutatnunk kell az okok után, amelyek a kifejlődött súlyos tünetek ellenére aránylag rövid időn belül lehetővé tették a teljes gyógyulást. A kezdeti hányás a gyógyszer egy részét kétségtelenül eltávolíthatta, a gyomormosások is csökkenthették a felszívódásra kerülő méreg mennyiségét, de nem akadályozhatták meg, hogy még így is jelentékeny mennyiségben ne jusson a szervezetbe. Az a tény, hogy a szíven vezetési zavar támadt, egymagában is bizonyítja, hogy hatalmas digitalismennyiség érhette a

---

*) 1 pilula: 0.10 g pulv. fol. digit. titrátát és 0.20 g theobromin natr. salicylicumot tartalmazott.

szívizomzatot, mert míg a beteg szíven — mint ismeretes — már kisebb dosis (0.3 g körül) is kifejthet ilyen hatást, ha egészséges szívről van szó, ez csak igen nagy adagra következik be. Arra kell gondolnunk, hogy a mérgezés kedvező alakulásában az egyidejüleg bevett theobrominnak volt szerepe. E szernek számos olyan élettani hatása ismeretes, mely a mérgezést előnyösen befolyásolhatta. A digitalis hatására előálló coronaria-szűkületet, a vérnyomásnövekedést, az anuriát, a theobromin coronaria-tágító, vérnyomáscsökkentő, diuresist-fokozó hatása ellensúlyozhatta. Tartós hatásra itt nem gondolhattunk, mivel a theobromin kiválasztási maximumát két-három órára, teljes kiürülését 7—8 órára kell tennünk; ezzel szemben a digitalis hatása a halmozódás miatt elhúzódó. De a kezdetben előálló súlyos toxikus tünetek idején a theobromin feltétlenül jó hatású lehetett.

Esetünk érdekessége még, hogy adatokkal szolgál néhány újabb kisérleti megfigyeléshez. *Diethaup* (1932) digipuratum infusio előtt adott theobromintól macskákon a dosis letalis minima 10—40%-os csökkenését látta. E hatást ő úgy magyarázza, hogy a theobromin okozta coronaria-tágulat révén az időegységben több vér jut az izomzathoz s így az több digitalist tud felvenni. *Kohn* és *Costopanagiotis* (1933) szerint a theobromin digipuratummal egyidejüleg vagy előbb adagolva a dosis letalis minimát 20—40%-al szállította alá. E megfigyelések. tehát amellett szólnak, hogy a therapiában előnyös digitalis-theobromin keverék heveny mérgezés esetén a mérgezés létrejöttét elősegíti, illetőleg a mérgezést súlyosabbá teszi.

Esetünkben tetemes mennyiségű digitalissal egyidejüleg theobromint is vett be a gyermek. Igy az állatkisérletben vett észlelések a gyermekeken nyert megfigyeléssel vethetők össze. A mérgezés a várhatótól eltérően kedvezően alakult s így a kisérleti eredmények gyermekeken nem nyertek megerősítést.

A pécsi 4. sz. honv. helyőrségi kórház sebészeti osztályának közleménye. (Osztályvezető: Koppány Tibor főorvos.)

Szokatlan eredetű belső elvérzés.

Irta: *Koppány Tibor dr.*, m. kir. főorvos.

B. J. tüzértizedest polgári gépkocsin szállították a pécsi helyőrségi kórház sebészeti osztályára. Sérülése és nagy fájdalma miatt kérdésekre alig válaszolt. Kiséröi elmondották, hogy az országúton gyakorlatról jöttek hazafelé, s B. J. egy Hoffhar-féle vontató lőszer-félkocsiján ült; miközben egy lejtőn haladtak lefelé B. J. a gép megállása előtt engedély nélkül leugrott és a szerkocsi kerekei alá került. A kocsi megállása után még a kerekek alatt volt s a gép csak újabb megindulásakor zökkent le róla. Eszméletét nem vesztette el.

A jól fejlett és táplált sérült öntudata kissé zavart, beszélni alig tud, nagy hasi és mellkasi fájdalomról és szomjúságról panaszkodik. Légzése felületes, szapora percenkint 60—80. Érverése 160, kishullámú, nagyon könnyen elnyomható, időnkint arhythmiás. Bőre halvány, verejtékes. A mellkas bőrén számtalan tüszúrásnyi-gombostűfejnyi vérzéses pont van kb. a bordaívig. Végtagjai hüvösek. nyálkahártyái nagyfokban vérszegények. Mindkét felső szemhéjj kötőhártyáján apró vérzéses pontok léthatók, a jobb szem külső szemzugában nagylencsényi vérömleny is van. A jobboldali orrnyilásból vér szivárog, arcát alvadt vér boríja. Pupillái egyenlőek, jól reagálnak. Szívműködése szapora, szívhangjai tiszták, ékeltek. Mindkét mellkasfél oldalsó és hátsó részén enyhe nyomásra is nagy fájdalmat jelez. A bal mellkasfalon a IV. borda magasságáig tompa a kopogtatási hang. A jobb és baloldali ágyéktájon kb. 2 tenyérnyi területen felületes, vonalas horzsolások láthatók. Hasa előmborodik, feszes, beletapintani nem lehet. A májtompulat rendesnek látszik, egyébként a has felett kiterjedten dobos a kopogtatási hang. Nyomásra különösen a bal vese, a hólyag és szeméremcsont tájéka fáj. A húgycsőnyilás környéke véres, a húgycsőből kevés vér nyomható ki. A végbélnyílás környéke bélsárral szennyezett. Végtagjait mozgatja, rajtuk törés nem tapasztalható. Csapoláskor a hólyagból 50 ccm erősen véres vizeletet kapunk.

A sérült felvételkor 5 ccm Tetanus A. T. injectiót, 1 ccm tetracort, 20 ccm dextroset és 0.04 g morphiumot kapott. Mellkasáról és a medencéjéről Rtg. felvételt készitettünk. A felvételeken a gerincoszloptól jobboldalt 2—3 haránt ujjnyira az első 3 borda kivételével valamennyi bordán, balodalt pedig a VII—XI. bordán folytonossági megszakítás látható; a bal szeméremcsonton darabos, a törtvégek eltérésével járó törés észlelhető.

Állapota az újólag adott 20 ccm dextrose, 1 ccm tetracor és 1 ccm cardiazol ellenére rohamosan romlik, pulsusa megszámlálhatatlanná lesz, ajkai szederjessé válnak, időnként eszméletlen lesz. A további részletes fizikai és laboratóriumi vizsgálattól eltekintünk és a sérült a beszállítástól számított 2 óra 25 perc mulva meghal.

Esetünkben is — mint legtöbbször —, az elgázolás véletlen szerencsétlenség folytán következett be. Szemtanuk állítása alapján az öngyilkosságot kizárhattuk.

A halott boncolását a pécsi egyetem törvényszéki orvostani intézetében *Beöthy Konrád dr.* egyet. rk. tanár végezte.

A *boncolás* fontosabb részletei a következők: a hasüregből 500 ccm-nyi hig, sötét vörös vér ürül. A hasüri szervek rendes elhelyezkedésűek. Rekeszállás mindkét oldalt az V. borda alsó szélén van; a rekeszizom alsó felszinén a nyirokerek vérrelteltsége jól látszik. A bal tüdő szabadon van *a mellkasfélben*, de emellett még 300 ccm hig sötét vörös vér is van benn, *amelyben a morzsásan szétszakadt bal vese is található.* Emellett azonban a rekesz ezen oldala egészen ép, de alatta van egy roncsolt, vérzésesen beszürődött szélű lágyrész szakadás, amely bevezet a mellkasfélbe. Ezen át került tehát a bal vese a bal mellkasfélbe, ahol a húgyvezérről és vesekéregről leszakadva találtuk meg. A jobb tüdő is szabadon fekszik a jobb mellkasfélben, ahol szintén van 300 cc-nyi hig sötét vér. A szívburok ép, benne kevés tiszta savó. A szív rendes nagyságú, üreiben kevés, hig, sötétvörös vér van, izomzata ép, a belhártya alatt a bal kamrában számos vérzéses foltocska látható. A légutakban tömeges, savanyúszagú gyomortartalom van. A jobb tüdő hátsó tompa szélén öt, szakadozott szélű, a tüdő állományában beterjedő csatorna van, széleik mérsékelten beszürődöttek. A lép tokja alsó felszinéről lesurólodott, a felső felszinén 2 harántirányú, 6 mm-nyire tátongó repedés. A bal vese a bal mellkasfélben van; két diónyi, majd több apró darabra morzsolódott, a diónyi részletekben számos párhuzamos repedés van a kéregállományban. A jobb vese és a hólyag ép. A vérnek és gyomortartalomnak nincs szeszszaga.

A jobboldali III.—XII. borda a nyakon szilánkosan törött s ez okozta a jobb tüdőnek öt helyen való felnyársolását, mikor a mellüregbe nyomultak. Baloldalon a VII. borda ivének közepén, szilánkosan, a mellkasba nyomulólag, a VII—IX—X borda pedig elől a porcos izesüléstől 2 harántujjnyira van eltörve s törvégei a mellhártyát is átlyuggatták. A bololdali szeméremcsont

vízszintes ága az izületben kitört és egy 4 cm hosszú darabja csak a lágyrészekkel maradt összefüggésben.

A sérült bőrén roncsolást, kiterjedt szakadást, vagy folytonossági hiányt nem láttunk, amit részben a széles kerekeknek is tulajdoníthatunk. A nagy súly nyomása ellen a fiatal szervezet rugalmas bőre nagy ellenálló képességet tanusított, ami, a belső szervek felsorolt számos és súlyos, műtéttel helyre nem hozható sérülése mellett feltünő.

A hozzátartozók állítását, nevezetesen, hogy a sérült életét azonnal megtett szakszerű beavatkozással meg lehetett volna menteni, a boncolási lelet megcáfolta, mert bebizonyította a sérülés inoperábilis voltát.

A lép, a vese és a tüdő nagyfokú roncsolása az erek sérülése folytán gyorsan elvérzést okozott, de a halált sietette a traumás shok hatás is, amit nem sikerült le-győznünk.

A fenntieket közölni érdemesnek tartottam, mert:

1. Bebizonyosodott, hogy a boncolást ilyen esetek-ben elengedni nem szabad, mert ezáltal műhibák, mu-lasztások, pereskedések lehetőségét megelőzzük.

2. Igazoltuk, hogy a külsérelmi nyomok csaknem teljes hiányakor is nemcsak legsúlyosabb, de halálos belső sérülések is előfordulnak.

3. Érdekessége még az esetnek az, hogy a hashártya mögött, a bal vese úgy jutott előre, hogy a rekesz nem szakadt, hanem csak levált a tapadási helyéről az alatt fekvő lángyrészekkel együtt s így került a vese előre a mellüregbe. A nagy nyomás miatt a vese felszakrult, eljutott a mellüregbe s ott ismételt behatásra több-szörösen, illetve morzsásan szétroncsolódott azáltal, hogy a széles talpkeréknek nyilvánvalóan a széle és az elhaladt háta alatt fekvő föld ellennyomása alól a vese derék-szögben tért ki (meggymagra való nyomás az asztalon) s került a bal mellkasfélbe zsiros és rostos-tokjától megfosztva.

Egy ilyen fajta sérülés rítkaságánál fogva irodalmi közlésre érdemes volt.

Az Állami Szemkórház közleménye. (Megbizott igazgató Nónay Tibor.)

Angioid csikok a szemfeneken. Elastosis dystrophica.

Irta: *Radnót Magda dr.*

1889-ben *Doyne* bemutatott egy szemfenéki képet, amelyet *Knapp* 1892-ben *Angioid streaks*-nak nevezett el és amely a német irodalomban *Gefässähnliche Streifen* vagy *Pigmentstreifen* des Augenhintergrunds néven ismeretes. A betegség kóroktanát csak az utóbbi évek tisztázták. Kiderült, hogy egy általános betegségről van szó, a szervezet rugalmas rostrendszerének degenerativ elváltozásáról, amely klinikailag szemfenéki elváltozásokban, a köztakarón Pseudoxanthoma elasticum Darier néven ismeretes elváltozásokban és cardiovascularis tünetekben nyilvánul meg. Alábbi esetünk nemcsak azért tarthat érdeklődésre számot, mert irodalmunkban eddig ezek a szemfenéki elváltozások nem szerepelnek, hanem olyan korai szakban mutatja a betegséget, amikor a beteg még szemorvoshoz nem szokott fordulni, mert jó látásélessége van.

K. J. 33 éves férfi jelentkezett azzal, hogy szemei évek óta gyulladtak. Kezeltette magát, szemüveget is kapott, de nem viselte. Vizsgálatkor: Mindkét oldalt vörös szemhéjszélek, hiányos pillaszőrsorok. Szemhéji kth-ák vékonyak, belöveltek. Szemtekék külsőleg épek. Törőközegek tiszták. A szemfenéken j. o. a papilla ép, körülötte világos szürke udvar, az erek épek. Az érhálózaton kivül egy második hálózat tünik szembe, amely az érhálózat alatt foglal helyet. A hálózat úgy alakul ki, hogy a papillát körülvevő udvar szélétől nagyrészt szürke, különböző vastagságú csikok indulnak ki surárirányban, de egymással is összeköttetésben vannak. A csikok leginkább a zománc repedéseire emlékeztetnek. A macula táján pigmentegyenetlenség. Bal oldalt a jobb oldalhoz hasonló, de kisebb terjedelmű elváltozások vannak. A beteg látásélessége: j. sz. 5/8 ? + 1.0 D sph comb. + 1.0 D cyl. 180° 5/5 ?, b. sz. 5/10 + 1.0 D sph comb. + 0.5 D cyl 180° 5/5. A beteget több izben vizsgáltuk, a szemfenéki képe nem változott. Családjában rokonházasságról nem tud, testvérei egészségesek, egy bátyját vizsgáltuk, szemészeti elváltozást nem sikerült kimutatni. A beteg kb. 1 év óta nem dolgozik, egy évvel ezelőtt 3 hónapig pneumonia chronika, myodegeneratio diagnosissal állott kórházi ápolás alatt. Ujabb belklinikai vizsgálat kisvérkörbeli pangást állapított meg. A beteg kezelőorvosától azt a felvilágositást kaptuk, hogy csökkentértékű egyénről van szó, munkaképtelen munkadyspnoe mitt. Bőrgyógyászati vizsgálatnál Pseudoxanthoma elasticumra utaló elváltozást találni nem sikerült. Szemészeti kórjelzésünk: Hyp. et ast. o. u. Blepharitis chronica l. u. Striae angioides.

A szemfenéki képre igen jellemzőek az u. n. angioid csikok. Ezek vörös, vöröses barna vagy szürke csikok, melyeknek keletkezése sok vitára adott alkalmat. Eleinte ereknek tartották az elváltozásokat, illetőleg azok mentén létrejött festéklerakódásnak és Oeller atlaszában ez a kórkép még Melanosis vasculorum retinae néven szerepel. *Lindner* kimutatta, hogy az angioid csikok nem felelhetnek meg ereknek. Valóban a csikok méretei lefutása nem egyeznek meg az erekével. Lindner arra gondolt, hogy vérzésekről, illetőleg vérzésből származó pigmentatióról van szó. Valószinüvé tette ezt a feltevést az a körülmény, hogy a betegség lefolyásának második szakában vérzések valóban előfordulnak. *Fleischer* és mások pigmenttel kitöltött nyirokrésekre gondoltak. *Kofler, Lohmann* már arra gondoltak, hogy a lamina vitrea repedéseiről lehet szó. *Wildi* is a lamina vitrea repedéseit teszi fel és a kórképet három szakra osztja: 1. angioid csikok jó látásélesség mellett 2. a macula táján subretinalis izzadmányképződés és 3. az elpusztult macula táján fehér valószinüleg kötőszövetes tömeg kialakulása, súlyosan bántalmazott látásélesség.

Groenblad (1929) felismerte, hogy ez a sajátságos szemfenéki kép csaknem minden esetben együttjár azzal a bőrelváltozással, amely Pseudoxanthoma elasticum Darier néven ismeretes és amelynek a lényege a bőr rugalmas és collagén rostjainak elfajulása. Ezt azóta többen megerősitették (*Marchesani* és *Wirz, Böck* és mások), bár elvétve vannak esetek, amikor bőrelváltozások nem mutathatók ki (*Ascher, Reichling* stb.). Egyes esetekben cardiovascularis elváltozások mutathatók ki (*Plange, Böck.* Saját esetünk.).

Mindezek a megfigyelések nyilvánvalóvá tették azt a feltevést, hogy általános betegségről van szó.

Böck (1938), klinikailag kivizsgált esetben először vizsgálta a szemtekét szövettanilag, tisztázta. hogy a szemfeléki elváltozások alapja valóban a lamina vitrea megbetegedése, amelyen repedések keletkeznek. Ezeken keresztül granulatiós szövet burjánzik a choriocapillaris felöl a retina alá és a lamina vitreán ujdonképződött, rugalmas rostokat is tartalmazó felrakódást látott. *Hagedoorn* egy szemteke szövettani vizsgálatánál hasonlo elváltozásokat talált.

Urbach és ifj. *Nékám* azt is kimutatták, hogy a bőrnek klinikailag épnek látszó területein is találhatók a bőr erein elváltozások.

Law egy eset vizsgálata kapcsán közli, hogy nem talált elváltozásokat a lamina vitreán, hanem retinalis ráncokat, amelynek lemezei között vérpigment volt. Nagyon valószinű azonban és a klinikai kép is amellett szól, hogy itt más kórképről van szó, mint arra *Ballan-*

*) A magyar Szemorvostársaságban 1939. dec. 2-án megtartott bemutatás.

tyne hozzászólásában már rámutatott. Igy tehát *Law* esete ép úgy, mint *Lister* és *Magitot* esetei nem tartoznak a fent leírt kórképhez, amely ma már lényegében tisztázódott.

Az angioid csikok a szemfenéken egyik tünete annak a rendszermetegségnek, amelyben a szemészeti elváltozásokon kivül a bőr és a cardiovascularis rendszer részéről mutatkoznak elváltozások és mindenütt első sorban a rugalmas rostok és collagén rostrendszer elfajulásai, ezért *Böck* a körképet *Elastosis dystrophicának nevezi.*

A gróf Apponyi Albert Poliklinika laboratoriumának közleménye. (Vezető főorvos: Gózony Lajos egyet. magántanár.)

A Fortner-féle anaerob tenyésztési eljárás.

Irta: *Hoffenreich Ferenc dr.*

Nagy haladást jelentett, mikor *Fortner* azt az eljárását közölte, hogy az anaerob bakteriumokat oxygenfogyasztó bakteriumokkal tenyésztette együtt és az ezek által oxygenmentessé tett közegben az anaerobok is jól fejlődtek. Alacsony Petri-csészébe öntött táptalajt igen jól kiszárította, azután a csésze közepén egy keskeny csíkot vágott ki a táptalajból. Az így két részre osztott csésze egyik felére a vizsgálandó anyagot szélesztette, a másik oldalára pedig az erősen oxygenfogyasztó bac. subtilist, vagy bac. prodigiosust kente fel, végül az egész csészét plastilingyűrűvel légmentesen lezárta.

Ismeretes, hogy a bac. subtilis mennyi bajt okoz ellenálló sporáival, ha egyszer valahová befészkelte magát De még a bac. prodigiosussal dolgozásnak is vannak hibái; ha a csésze nincs gondosan kiszárítva, a csík kivágása után mindig marad vissza kis nedvesség és ezen, mint hídon át a prodigiosus átnő a másik félre is és ott a vizsgálandó és elszélesztett anyag helyett prodigiosus bacillust találunk. Másik hibája, hogy a két táptalajfél a csészében ide-oda foroghat és ezáltal kerül át a vizsgálandó félszélre is prodigiosus.

Ezeken úgy igyekeztek segíteni, hogy oly csészét szerkesztettek, melynek közepére egy kiemelkedő barázdás préseltek. Ezáltal a csésze két önálló darabra oszlott és ebbe csak annyi táptalajt szabad öntenmi, hogy a barázda kiemelkedve maradjon és a csésze két önálló féldarabot alkosson.

Az ezüst olygodynamiás hatásaival foglalkozva láttam, hogy az agar felületére helyezett ezüstdrót körül mindig 3—4 mm-es bakteriummentes zóna marad, arra gondoltam, hogy az anaerob eljárásban lehetne-e az ezüstnek ezt a hatását felhasználni.

Több próbálkozás után a következő technikában állapodtam meg: puha, kereskedésbeli színezüst drótot olyan nagyságú darabokra vágtunk, mint a Petri-csésze átmérője. Ezeket alkoholban tartjuk és használat előtt leégetjük, azután ráhelyezzük a csészébe kiöntött táptalajra, úgy hogy azzal mindenütt érintkezzen. A csésze egyik felére a vizsgálandó anyagot, a másik felére pedig b. prodigiosust szélesztünk. A csészébe kiöntött táptalajt nem szükséges 2—3 óráig szárítani, elégséges, ha oly száraz, mint egyéb bakteriologiai munkálatok esetében szokásos.

Az eljárást eddig számos esetben próbáltam ki és igen megbízhatónak mutatkozott. Egy esetben sem nőtt át a prodigiosus az ezüstdrót korláton.

Az eljárás előnyét abban látom, hogy a hozzávaló ezüstdrót könnyen és állandóan készenlétben tartható, a hosszas szárítás elesik és így a módszer minden nagy felszerelés és előkészület nélkül a mindennapi gyakorlatban is könnyen alkalmazható.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Gömöri Pál* és *Binder László.*

2-methyl-1, 4-naphtochinon (synthetikus K-vitamin) jelentősége, prothrombin-hiány kezelésében. *J. E. Roads, M. T. Fliegelman.* (The Journ. Amer. Med. Assoc. 1940 5.) 10 beteget kifejezett prothrombin-hiánnyal 2-methyl-1, 4-naphtochinonnal kezeltek. 1 kivételével mindegyiken napi 1—4 mg per os adott adagokra kielégítő hatás mutatkozott. 3 esetben vérzékenységi tünetek mutatkoztak a kezelés kezdete előtt, mindezek javulást mutattak. Az ismertetett gyógyszer a leghatásosabb azok közül, amelyeket eddig prothrombin hiányában alkalmaztak. A betegeknek mérgezési tünete nem volt. (B. 29.)

Erős József dr.

A Bauer-, Takata- és Weltmann-féle serum reactiók összehasonlítása egyidejüleg meghatározott albumin-globulin quotienssel és megterhelési próbákkal. *H. Gohr* és *W. Bolt.* (Ztschr. f. Klin. Med. 1939. 137.) A címben elsoroltakon kívül vizsgálták a vizelet ubg., a vér bilirubintartalmát, elvégezték a galaktose, laevulose és gelatina-próbát. Ezen értékek egybevetésével megállapítható volt, hogy a Bauer- és Takata-féle reactio a májparenchyma elsőleges sérüléseit egyformán jelzi, ugyancsak positiv mindkettő, de nem egyforma fokban, pangásos máj esetén. A Weltmann-féle reactio úgy látszik nem eléggé specifikus, csak cirrhosisok esetén ad egyértelmű eredményt. Positiv Takata- és Bauer-féle reactio esetén globulin-szaporulat következik be. E reactiók és ubg., valamint bilirubintartalom között egyenes összefüggés nem volt kimutatható. A terhelési próbák közül a galactose-próba látszik a leghasználhatóbbnak. A Bauer-féle reactio érzékenyebb, de a Takata-féle a prognosis szempontjából értékesebb. (G. 21.)

Horányi Mihály dr.

A transfusiós shok és a Forssman-phenomen. Az universalis donatorok veszélyessége. *G. Jeanneney, P. Castanet.* (Press. Med. 1940. 13—14.) *Forssman* szerint az embereket és állatokat két csoportba oszthatjuk annak alapján, hogy miként viselkednek, mint birka-antigen. Az egyiknek *Forssman* antigen van szöveteiben, a másikban F.-antitestet találunk. Megállapították, hogy az A és AB vércsoport antigentartalmú, míg a O. és B vérben antitest (birkaellenes haemolysin) van. F.-antitest hirtelen bevitele olyan állatba, mely antigent tartalmaz, shokot okoz. Igy érthető meg, hogy egyes universalis donatorok miért idéznek elő transfusiós shokot. Feltevésük szerint ritka lesz az ilyen shok a B-vércsoportban és ugyanúgy az universalis receptorokban. Ezzel szemben gyakori az A-csoportban. A shok maga annál erősebb, minél nagyobb az antitest-tartalom a vértadóban. Tehát nagymennyiségű F-antitest jelenléte az univ. donatorban veszélyt jelent. Ezért érdemes lenne a vértadókat ilyen szempontból kivizsgálni és a veszélyt jelentőkön a transfusiót különös elővigyázattal véghezvinni. (Éhgyomorra, pantopon, lassú átömlesztés.) (B. 28.)

Csik Ferenc dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: *ifj. Verebélij Tibor* és *Fedeles (Findeisen) László.*

Általános sebészeti technika a háborúban. *Härtel.* (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 43.) Háború alkalmával a sebészek tevékenysége az emberbaráti célok szolgálatán kivül a csapatok harci erejének fokozására irányul. Más a harctéri sebész és más az otthoni hadisebész ténykedése. Az előbbiek feladatai: 1. szervezőtevékenység, pl. tábori kórház felállítása, elhelyezése; 2. kötözések, a sérült végtag kötözése, nyugalombahelyezése, a mielőbbi szállíthatóságnak megfelelően; 3. Első segély, vérzés, fulladás veszélye esetén; 4. Elsőleges vizsgálat anaërob fertőzés megelőzésére; 5. Sebkezelés tábori kórházban. Főszempont itt a nyugalom, a kötés gyakori cseréje; a tamponok túlkorai hirtelen kivétele kerülendő: 6. Fájdalomcsillapítás és bódítás. Morphium mellett, sőt helyette a rendkívül óvatosan venába adott scopolamin-eukodal-ephetonin injectiót javasolja fájdalmak esetén, mivel azonnal hat. Bódítás és az egész érzéstelenítés kérdését az egyes sebészek tapasztalására bízza. Rövid bódításnak chloraethylt, altatónak aethert esetleg chloroformot, gázmérgezés alkalmával helyi érzéstelenítést, vagy evipant ajánl. A hadisebész otthon sebésztechnikai szempontból kedvezőbb viszonyok között dolgozik, mint a harctéren. Előny, hogy a sebesülteket végigkezelheti, hát-

rány, hogy azokat nem az első kézből kapja. Feladatához tartozik: aneurysma-műtét, nehezen hozzáférhető lövedékek eltávolítása, plastikák, mediko-mechanikai orthopaed utókezelések. (V. 16.)

Debreczeny Zsigmond dr.

Heveny pleura-empyemák kezelése. *Stahl.* (Wien. Med. Wschr. 1939. 43.) A pleura empyemák kezelésében az utóbbi időben bizonyos vélemény-megoszlás alakult ki. A sebészi felfogás egyik véglete és a teljes conservativismus másik véglete között számos átmenet akad. Helyes csak a két felfogás középértéke lehet: A genylefolyást biztosítani kell. A teljes várakozó álláspont helyes tbc és empyema esetében. Heveny, nem tbc-s empyemák megoldása: csecsemő és kisgyermekeken punctio, felnőtteken zárt thorakotomia Pezzer-katheterrel és szívó edényrendszerrel. Nyitott thorakotomia műhiba. Igen súlyos, leromlott betegen szóbajöhet a Bülau-drainage, mely kisebb beavatkozás, mint az Iselin-féle zárt thorakotomia. Igen fontos a helyes és megfelelő utókezelés (V. 17.)

Galambos József dr.

A seroma lényege és kezelése. *Köstler.* (Chirurg. 1939. 19.) Seroma keletkezik, ha tompa tangentialis erő a szöveteket egymás felett eltolja úgy, hogy a zúzó erő nem érvényesül, A két szövetréteget csak az el nem szakadt erek, idegek, rostok tartják össze. Létrejöttében nagy szerepe van a különböző szövetek egymástól eltérő rugalmasságának is. Felületes seromák gyakoribbak, mint mélyek. A felgyülemlő folyadék lympha. Vérzések ritkábban jönnek létre, mert az erek, ha egyáltalán elszakadnak, visszahúzódnak a szövetek közé. A seroma területén friss esetben inkább horzsolások vannak a bőrön, semmint vérzések. Szövettanilag néhány nap múlva az elzáró fali membránon belül feltünő a kiterjedt érképződés, kereksejtes beszürődés és óriássejtek jelenléte. A sejtek nyomásos ártalmakat sohasem mutatnak (sejtmagszétesés, sejtelhalás). A fali membran felszívó felület is. Comb külső felszine, járomcsont, keresztcsont, csípőcsont, a seroma gyakori előfordulási helyei. Kezelése: sebészi. Szóbajöhet az egyes üregek drainálása, de ez nagyfokú hegesedéssel gyógyulhat. Teljes eredménnyel jár a fali membran kiirtása elektromos késsel. (V. 20.)

Galambos József dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József* és *Benedek Andor.*

Veleszületett méhnyak-elzáródás. *A. J. M. Duyzings,* Rotterdam. (Zbl. Gyn. 1940. 4.) Szerző egy eset kapcsán ismerteti a női ivarszerv fejlődési rendellenességeit, keletkezési theoriáit és irodalmát. 23 éves leány kereste fel. ki elmondotta, hogy még sohasem mentsruált, de 19 éves kora óta szabályos időközökben (4 hetenként), 4 napig tartó alhasi fájdalmai vannak. A vizsgálati lelet a külső genitaliákat és hüvelyt normalisnak találta, a portio és külső méhszáj sem mutatott elváltozást. Az uterus anteflexióban volt, almanagyságú, érzékeny, nem egészen mobilis, környezetében lényeges elváltozást nem talált. Sondavizsgálat alkalmával a cervixben 2½ cm-nyire jut előre. Tehát majdnem a belső méhszái szintjében teljes cervix-elzáródás és haematometriát talált. Laparotomiát végzett. A belek egy része a belső méhszáj szintjében teljes cervix-elzáródást és haeban. Haematometriát, haematosalpinxet és jobboldali ovarium distrophiát talált. A műtéti megoldás mikéntje erősen megfontolandó volt. A tulaidonképeni helyénvaló radicalis megoldás helyett. psychés okokból a beteg fiatal korára tekintettel megnyitotta az uterust, eltávolította a benne lévő véralvadékot, összekötetést létesített a cervixsel a hüvely felé s ezt a méhen át üvegcsővel drainálta. A jobboldali adnexdaganatot eltávolította, a baloldalit meghagyta, a benne látható ovariumszövet miatt. A beteg pp. gyógyult a nyakcsatorna a drain-cső eltávolítása után is átjárható maradt. A leány azóta rendesen menstruál, s teljesen jól érzi magát. (O. 21.)

Orbán György dr.

Mediastinalis és bőr-emphysema szülés alatti előfordulása. *C. Stuppy,* Köln. (Zbl. f. Gyn. 1940. 2.) Nagyon ritka szülés alatti szövődmény a nyakon és arcon keletkező bőremphysema. Egy ilyen esetet ismertet. 21 éves primiparát vett fel normalis általános és szülészeti lelettel. Félórai rendes kitolási periódus után az asszonynak légszomja támadt. nyaka megduzzadt. arca kék lett. A szülést ezért eunarcon narkosisban fogóval fejezi be. A cyanosis és duzzadás lassan alább hagy, a légszomj csökken, panaszai véglegesen azonban csak a 12. napon szünnek meg. Elsősorban spontan légmell kezelésre gondolt, de ez ellen szól a vizsgálati lelet A később kifejlődött kép kétségtelenné tette az emphysemát, mely nyilván csak a mediastinum és a külvilág között létrejött összeköttetés következménye lehetett. Ennek keletkezését úgy képzeli, hogy a hasprés által maximumig fokozott exspiratio alkalmával az esetleg veleszületetten gyengébb rugalmasságú tüdő-alveolusok megpukkadtak és így levegő jutott a mediastinumba. Lényegileg a szülés alatti bőremphysema sohasem primaer, mindig mediastinalis emphysemából keletkezik a fent leírt okokból. Klinikailag a duzzadáson kívül jelentős cyanosis és légszomj jellemzi. A szülést ilyenkor azonnal be kell fejezni a fennálló életveszély miatt. (O. 22.)

Orbán György dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

A könnymirigy kétoldali gummája. *Meyer.* (Klin. Mon. Aug. 103. 200.) 71 éves nő 3 hónap óta kettősen lát. Baloldali felső szemhéjduzzanat. Az orbita külső felső negyedében tömör daganat (könnymirigy kevert daganata?) A daganat csaknem teljes eltávolítása. 4 hét után szálacskás szaruhártyagyulladás. Vér, röntgen, negativ. Mivel a daganat ismét kinőtt, még egyszer eltávolítja. Mikroskopos vizsgálat: kétségtelenül gummás folyamat, typikus érelváltozással, noha a serumreactio, állatkisérlet és koponyaröntgen ellene is szólt. (G. 36.)

Lugossy Gyula dr.

A trachoma-„rickettsia" kérdéséhez. *Cuénod* és *Nataf.* (Arch. f. Ophth. 1939. 592.) *Foley-* és *Parrot*-nak *Poleff* cikkére írt válaszához fűzött megjegyzésekről van szó. Mégegyszer kifejtik nézetüket az általuk leírt és elnevezett ú. n. „plastille"-ok jelentőségéről. (Szerzők szerint a trachomára specifikus pontozott protoplasmás törmelék, a cytoplasma specialis reactiója a trachomavirus hatására). A feltételes trachomakórokot *Burnet* (a tunisi Pasteur-intézet igazgatója) javaslata alapján a „Prowaczekia Trachomatis" névvel jelöli meg. Ezzel a legjobbnak tartott elnevezéssel csak annyit mond, amennyit tudunk róla és egyidejüleg méltatja a zárványtest felfedezőjének érdemeit is. (G. 37.)

Lugossy Gyula dr.

A trachoma-„rickettsia" kérdéséhez. *Poleff.* (Arch. d' Ophth. 1939. 594.) *Folley* és *Parrot* megjegyzései *Poleff* a következőket válaszolja: Sohasem vonta kétségbe, hogy *Busacca* nem ismerte el az ő trachoma rickettsianak azonosságát az elemitestecskékkel. Mégis —, mint korábban is — az a véleménye, hogy *Busacca* és *Cuénod* leletei lényegileg ugyanazok, mint *Foley* és *Parrot*-é, valamint magáé *Poleff*-é. A Cuénod és Nataf-féle ú. n. „plastille"-ekre azonban ez semmiesetre sem érvényes. Véleménye szerint a rickettsia *Rocha-Limae* a trachoma kórkozója. (Ezt viszont *Weigl,* maid *Trapesontzewa* újabb kisérletei cáfolták meg. Ref.) (G. 38.)

Lugossy Gyula dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Diphtheria okozta tartós súlyos szívingerület-vezetési zavar gyermekben. *Stephan.* (Ztschr. f. Khk. 61.) Kilenc és féléves leányon három és félévvel az anamnesisből kihámozható, bénulással járó diphtheria lezajlása után a szív egész ingerületvezető rendszerében kifejezett elváltozás keletkezett. Létrejött: 1 sinus-auricularis blok, mely terhelésre fokozódott, úgy hogy a belépő „pótló systolék" kamra-automatiához vezettek; 2. A terhelésnél az ingerületvezető szárakban és a végkészülékekben is kifejezett elváltozások észlelhetők, amit abnormis fáradékonyság jeleinek tekintenek. Az eset amellett szól, hogy a sino-auricularis blok a pitvarok csökkent ingerelhetőségével magyarázható, mivel a sinuscsomó és a pitvarok közt ingerületvezető rendszert nem ismerünk. E felfogás jogossága mellett szól az is, hogy annak ellenére, hogy az automaticus összehúzódások az A—V-csomókból indulnak ki, retrograd vezetést a pitvarokra megfigyelni nem sikerült. (K. 32.)

Voltay Béla dr.

A gyermekkor tuberculosistól megóvásának szervezete. *Marfan.* (Nourisson. 1939. 6.) A gyermekkorban a tuberculosistól mentesítés szervezetét *Grancher* alapította 1903-ban. Működésének lényege az, hogy 3 éves kortól kezdve azokat

a szegénysorsú, egészséges gyermekeket, akiknek szülei tuberculotikusak, a családból szüleik beleegyezésével kiemelik, s 14 éves korukig egészséges vidéki parasztcsaládoknál helyezik el. (A már beteg gyermekek sanatoriumba kerülnek.) Később látva a jó eredményeket, a szervezet kiterjesztette működését 3 éven aluli gyermekekre is. A csecsemők számára külön szervezet létesült. A Grancher-féle szervezet központja Párisban működik, tagjai is innen és környékéről kerülnek ki. Később nagyszámú fiókintézetet állítottak fel az ország különböző vidéki városaiban. Mindegyik fióknak meghatározott működési területe van. A központok a gyermekeket a szülők lakóhelyéhez közel helyezi el, így a szülők gyermekeiket bizonyos szabályok betartásával könnyebben látogathatják. Ha a szülők közben olyan egészségi állapotba kerülnek, hogy gyermekeiket veszély nélkül maguk is tovább nevelhetik, természetesen visszakaphatják őket. A párisi főkerületnek 7 ú. n. tűzhelye van egyenként 2—300 gyermekkel, akiket egy-egy orvos rendszeres ellenőrzés alatt tart beosztott gondozónője segítségével. A fiókintézetek 1939-ben kb. 5000 gyermeket neveltettek. Ezek egy része később is vidéken marad és földműves lesz. Az anyagiakat a szervezet részben az államtól, részben magánosok adakozásából és tagdijakból szerzi meg. (K. 37.)

Voltay Béla dr.

Diphtheriás myokarditis euphyllin-kezelése. *Biskupski.* (Mschr. f. Khk. 80.) 10 esetben alkalmazott Ekg-ellenőrzés mellett intravenásan hypertoniás cukoroldattal együtt 0.12—0.18 g. mennyiségben. Egy esetben javulást, több esetben rosszabbodást észlelt. *Goldscheider* kedvező adatai nem tudja megerősíteni. (K. 31.)

Kiss Pál dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő*

A Dreuw-féle kenőcs gyógyhatástani analysise. *H. W. Siemens.* (Arch. f. Derm. 179. 6.) Számos betegen a Dreuw-féle kenőcs (Ac. salicyl 10.0, crysarobin 20.0, Ol. rusci 20.0, sapo viridis 25.0, adipis lanae ad 100.0) alkatrészeinek hatását tanulmányozta a psoriasisra, egyenként és különböző combinatiókban a betegek symmetrikus testrészeit hasonlítva össze. Tapasztalata szerint salicylsav hozzátétele csak kevéssé emeli a gyógyhatást, de a bőrt erősen izgatja. A zöldszappan egyenesen akadályozza a beszűrődés felszívódását. Lényeges vaselinnak, mint alapanyagnak használata lanolin helyett. Zink-oxyd hozzátétele az izgatást csökkenti. A szerző ezért a következő összetételt ajánlja az eredeti Dreuw-kenőccsel szemben: crysarobin, Ol. rusci-, és zinkoxyd. aa 25%, vaselin ad 100. (Sz. 23.)

ifj. Nékám Lajos dr.

A sulfamid betegséget megelőző szerepe. (Észrevétel 1 eset kapcsán). *M. P. Cuilleret.* (Bull. soc. franç. Derm. 1939, 7.) Önként vállalkozó, egészséges, kankón még át nem esett férfi húgycsövét fertőzte kankós gennyel. Már 1/4 óra múlva extra- és intracellularis gonococcusok voltak a húgycső genyében. 12 óra múlva szájon át 4 ízben, 4.5 g összmennyiségben adott sulfamid „(4-amino-benzène-sulfonyl-acétamide") megakadályozta a kankó kifejlődését. A 6. órától kifejlődött enyhe húgycsőgyulladás a 70. órában szünt meg teljesen. A későbbi vizsgálatok során állandóan gonococcusmentesnek bizonyult a fertőzött egyén. (Sz. 32.)

Dósa András dr.

Az ichthyosis vulgaris öröklástani köréről. *F. Kulmann* és *D. Wagner.* (Arch. f. Derm. 179. 6.) Ichthyosis vulgaris számos esetében ki lehetett mutatni az öröklődést. A szerző 23 ichthyosisos beteget és ennek 356 családtagját vizsgálta át, pontos adatok útján további 102 családtagról nyert tájékozódást. A családtagokat különösen oly testi és lelki tulajdonságok szempontjából vizsgálta át, mely tulajdonságok, mint az ichthyosisnak polypheniás megnyilatkozásai jöhettek szóba. A dermatologia köréből az ichthyosis, keratosis pilaris, teleangiektasiák, akrocyanosisok — az akralis növekedési zavarokból poly- és arachnodaktylia — endokrin területen diabetes, elhízás, csökkent nemi működések, halmozódását észlelte anyagában. Feltünő volt, hogy extrapyramidalis zavar paralysis agitans képében 70, ötven éven felüli családtagban négyszer fordult elő. Fenti tünetek összességükben arra engednek következtetni, hogy az ichthyosis kórokának primaer támadáspontja a hypophysis-köztiagy területében van. (Sz. 25.)

ifj. Nékám Lajos dr.

KÖNYVISMERTETÉS

L'électro-encéphalogramme normal et pathologique. *J. Bertrand, J. Delay* et *J. Guillain.* (Masson et Cie, Paris. 1939. 293 o. 94 ábrával. Ára: 90 fr.) Az utóbbi időben az orvostudomány, de főképen a neurologia fejlődése a módszerek és segédeszközök egész tárházával bővitette a klinikai diagnostikát. E módszerek közül legkevésbbé ismertnek mondható az elektroenkephalographia. Az ilyen irányú kutatások igen nagy anyagot ölelnek fel. E kisérleti eredményeket összefoglaló munkát azonban alig találunk. A szerzők a párisi orvosi fakultás neurobiologiai intézetének vezetője és kutatói ezt a hiányt igyekeznek pótolni ezzel a munkával, amelyben az irodalmi adatok összefoglalásán kivül önálló megfigyeléseiket is ismertetik. Munkájuk bevezetőjéül az elektroenkephalographia kivitelezésével és a méréshez használatos különböző eszközöknek használhatóságával foglalkoznak, majd részletesen tárgyalják a normalis enkephalogrammot és annak lehető variánsait. A továbbiakban az elektroenkephalogramm kóros elváltozásait taglalják, a sensoros, a psychés és a psychomotoros zónákra kifejtett ingerlésre jelentkező enkephalogramm változások alapján. E fejezeteket a különböző neurologiai problemákat egészen új oldalról mutatják be. A psychés activitás alkalmával észlelt elektrokardiographiás megfigyelések, azok felvételei és tárgyalása a könyvnek talán egyik legszebben és legalaposabban tárgyalt része. A problema actualitása szempontjából is különös érdekességüek a könyvnek azon részei, amelyek olyan hatalmas beavatkozások kapcsán kapott enkephalogramm jelentőségével foglalkoznak, mint amilyen a malariakezelés, vagy a cardiazol-, ill. insulnishok-therapia jelent. E vizsgálatoknak a szerző különösen a betegség prognosisa szempontjából nagy jövőt jósolnak. Külön fejezetben tárgyalják a szerzők az enkephalographia localisatiós értékét, amelyben különösen ez eljárás technikai tökéletesedésével igen fontos segédeszközt látnak.

A neurologusnak, de különösen az elektro-enkephalografia problemáit megismerni óhajtó kutatónak nélkülözhetetlen ez a szép kiállitású, bőséges irodalmi utalással kiegészített könyv.

Blazsó Sándor dr.

Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale. *Bérard* és *Patel.* (Masson et Cie, Paris, 264 o., 69 kórbonctani-, kórszövettani- és röntgenábrával. Ára: 50 fr.) A bélgümőkór összes megjelenési alakjait ismerteti. Bevezetésében a bélhuzam minden részét kórbonctani szemszögből tárgyalja. A tünettan és kórmeghatározás fejezetében behatóan rendszerezéssel szolgál és különös részletességgel foglalkozik a röntgendiagnostikával. A contrastkép a kórismézés fontos eszköze, de túlértékelése veszélyes. A sebészi beavatkozások sora, a javallat és a gyógyeredmény a kötet legértékesebb fejezetei. Lényegében véve a bélgümőkór műtéti gyógyitását kedvezően ítéli meg és fennálló tüdőtuberculosisban sem zárja ki annak kellő óvatossággal javalt végrehajtását. Ez a címnél lényegesen többet nyújtó munka tárgykörét rendszeresen, széles mederben és alaposan ismerteti, a keresett kérdésekre kitünő beosztásánál fogva gyorsan és kimertíő válasszal szolgál, úgy hogy, kézikönyvnek is jól használható. Különben a béltuberculosis a gümőkór irodalmának mostoha területe, ami abból is kiviláglik, hogy e műben az irodalmi összeállítás javarészt a világháborút megelőző időből származik.

Puder Sándor dr.

Étrendi előírások a gyakorlatban. *Soós Aladár.* (Budapest, 1940. Az Orvosi Hetilap kiadása.) A kis könyv, mely ma már közhasználatú az orvosi gyakorlatban, IV. kiadásban fekszik előttünk, melyet a szerző teljesen újjáalakitott. Első részében rövid theoretikumot ad, mely elsősorban a diaetás nénéket illeti, akiknek számára ez a könyv tankönyv. Ajánlatos azonban e sorokat nekünk, orvosoknak is figyelemmel olvasni, sőt egy kicsit meg is tanulni. Hiszen ma már általánosan elismert az étrend és életmód fontossága és csaknem minden szakmában az orvosnak kell előírni, megmagyarázni, ellenőrizni a beteg étrendjét. Kívánatos tehát, hogy a magyar orvosok közül minél többen vegyék magukhoz e zsebkönyvet, s használják rendelésükön és beteglátogatások alkalmával. Különös előnye a könyvnek, hogy utasításait a magyar izlésnek és szokásnak megfelelően adja. Ha olvasáskor mégis néha érezzük annak kategorikusan oktató nyelvezetét, akkor gondoljunk arra, hogy ilyenkor a szerző elsősorban a diaetás nénékhez szól. A munka különben olyan teljes és jó, hogy orvosnak, diaetás nénének egyaránt nagy hasznára lesz és ép oly hamar fog elfogyni, mint előző kiadásai.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 29-i ülése.

Bemutatás:

gegesi Kiss P.: *Szívzavar csecsemőkori grippe heveny szakában.* A csecsemőkori grippében egyes csecsemők halálának oka a szívműködés zavara. Ekg-val kimutatta, hogy a szívhalál oka a coronariás vérkeringés heveny elégtelensége, a szív szöveteinek hypoxaemiája. — Bemutatja az Ekg-okat. Mechanismus: zavart a koszorús érrendszernek mind a venás, mint az arteriás működése. A circulus vitiosus kiindulópontja a túlzott fokú tachykardia, *Wenckebach* értelmezésében a kritikus frequentia átlépése és pitvartorlódás előállása. Három eredményesen kezelt eset Ekgjainak bemutatása kapcsán ismerteti a kórfolyamat kezelését.

Beznák A.: Hivatkozik *Gordon Helmut* és néhai *Ottó Mária* vizsgálataira. Ezek szerint a kolloidosmosisos nyomás nő a vena coronariák vérében, ha a venás ellenállás emelkedik. Ilyenkor a kolloidosmosisos nyomásemelkedés oka az lehet, hogy a szívizom hajszálereiből nyirok szűrődik ki. Ez túlzott esetekben a szív oedemájához vezet. Ha a szívizomban a hajszálér és az izomrost között a nyirok felszaporodik, az az izomrost rossz O_2 és tápanyagellátására vezet, mert a hajszálérben lévő magasabb O_2-nyomás és az izom közé szélesebb folyadékréteg kerül, úgy hogy az O_2 nek szélesebb rétegen kell átdiffundálnia. A fokozott lymphaszűrés a szívizomban emelkedett venás nyomás mellett megfordítható, ha a venás nyomás csökken, a szív folyadékot ad le.

gegesi Kiss P.: A *Beznák* prof. említette elváltozás lehetséges, hogy a koszorús rendszer venás és arteriás ereinek együttes működési zavarában talál magyarázatot, különösen fontos a szív szöveti venás pangása.

Előadás:

Sorozatos előadások: *„Újabb kutatások eredményei a gyakorló orvos szempontjából".* IX. előado:

Hainiss E.: *Irányelvek és individualizálás a csecsemőkori diaetetikában.* A csecsemőben nem szabad a kicsiben megalkotott embert látni. A csecsemőszervezet fejlődésre hivatott, innen a táplálkozás hatványozot jelentősége. Minden táplálás értékét az eredmény adja meg, mert lehet az theoretikusan jól beállított, de hogy adott esetben megfelelő-e a constitutiótól függ.

Hogy a csecsemő fejlődését a nőitej biztosítja legjobban, ma is teljes érvényű. Ezenkívül megkülönböztethetünk első és másodrendű tápanyagokat. Elsőrendűek a vízkötő gyűrű anyagai, másodrendűek a vitaminok és a zsir. Ezen accessorikus tápanyagoknak ma már elég nagy csoportját ismerjük, de kétségtelenül sok olyan van még, amelynek létezését csak gyanítjuk. Ilyenek az általa „endoprogressineknek" nevezett anyagok, amelyek a táplálék befolyására a bélflóra útján keletkeznek.

Az újabb közlemények a mesterséges táplálás 3 irányát mutatják: a tejhigításokkal operáló conservativ módszert, a savanyú tápialékokat propagáló preventiv eljárást és a bifidusflóra előidézésére törekvő kisérleteket. A conservativek a tejhigításokat ajánlják, mert egészséges csecsemő mesterséges táplálásában az első hónapokban tej-, liszt- és nyák-főzettel és cukorral teljesen ki lehet jönni. A savanyításnak kettős előnye van: a pufferrendszer megváltozása révén az emésztésre kedvezőbb közeg teremtése, s a fehérjének emésztésre alkalmasabbá tétele. A savanyú szintej nem foglalja el az egyszerű tejhigítások helyét. A savanyú tejhigítások alkalmazása ellen azonban nem emelhető kifogás. A tejhigítások relative kisebb fehérjetartalma nem igényeli élettani szempontból a tejfehérje savval praeparálását, savanyú táplálék a peptikus emésztés körülményeit a gyomoraciditásnak csupán mérsékelt változtatásával nem tudja javítani és a bélközeg alakítására sincs irányító befolyása, így tehát a tejhigítások savanyítása —, ha nem is ártalmas —, de felesleges manipulatio.

A mesterséges táplálás legújabb irányát és eredményeit *Bessau* ismertette pár év előtt. Ő abból a tételből indult ki, hogy a nőitej teremtette bifidusflóra a physiologiás és ezt kell a mesterséges táplálék megfelelő összeállításával létrehozni. Kijelentéseiben nincs okunk kételkedni, elgondolásának helyességéről azonban csak a gyakorlat és széleskörű utánvizsgálatok hivatottak bírálatot adni.

A csecsemődiaetetikában nem hagyható figyelmen kívül az a körülmény, hogy a nőitej kb. kétszer annyi A-, négyszer annyi C-vitamint tartalmaz, mint a tehéntej, B_1—B_2-vitamintartalmuk közel egyforma s csak D-vitamintartalma harmadnyi, mint a tehéntejé. Ha már most a tehéntejet higítva és forralva adjuk a csecsemőnek, tehát vitaminban kétszeresen szegényítve, akkor még kirívóbb lesz a tehéntej viszonylagos A- és C-szegénysége s legfeljebb D-vitamintartalma nem hiányos és a B csak kevéssé. A tehéntejjel táplált csecsemő tehát mindenképen kevesebb vitaminféleségben részesül, mint a nőitejen táplált. Ennek következménye a vitalitáscsökkenés, a complex functios dysergia, amely részleteiben nem felismerhető, de összhatásként a fertőzésre, hasmenésre és oedemára hajlamban nyilvánul.

A táplálék értékcsökkenése, amit technikai manipulatiók, higítások és forralás útján elszenved, minden mesterségesen táplálton számításba veendő körülmény s igy preventive minden mesterségesen táplált csecsemő vitaminbevitelre szorul, de csaknem nélkülözhetetlen ez azokon, akik depotszegénységben vagy fokozódott vitaminpusztulásban vannak, igy koraszülöttek esetében és infectiós ártalmak kapcsán.

A magyar Pasteur-intézet 50 éve.

Közli: *Ajtós E. Imer dr.*, megbízott igazgató.

Április 15-én lesz ötvenéves fordulója az első veszettség elleni ojtásnak a budapesti Pasteur-intézetben, emberen. Azóta Magyarországon is megmenthetők lettek a veszettséggel fertőzöttek, mint akkor már szerte a világban működő más 23 Pasteur-intézetben. *Pasteur*nek 1885. X. 26-án a francia akadémián „Méthode pour prévenir la Rage aprés morsure" című előadása és a veszettség elleni oltással emberen is elért sikere indította *Hőgyes Endre dr.-t*, egyetemünk általános kórtan tanárát arra, hogy a veszettséggel maga is foglalkozzék. Budán ugyanezen év november 13-án halt el veszettségben egy hét éves, kutya-marta fiucska, akinek a velőjéből történtek az első kisérleti átojtások kutyákra. Ezen átojtásokkal igazolta *Hőgyes*, hogy az emberi veszettség fertőző anyaga is veszettséget idéz elő, ha azt állatokra visszaojtjuk és hogy a kettőnek a fertőző anyaga azonos.

E kisérletek alatt történt, hogy *Trefort Ágoston*, m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszter 1886 január 6-án kelt levelében közölte *Pasteur* beleegyezését az egyetem orvosi-karával arra, hogy kiküldöttje a veszettség gyógyítását intézetében tanulmányozhassa. A tanulmányútra *Babes Victor*, az egyetem kórszövettani tanára indult, aki visszatértekor, bár magával hozta *Pasteur* szívességéből a párisi fix virus anyagát, az eljárás alapvető kisérleteire nem kapott és nem közölhetett kielégítő magyarázatot. Ez indította *Hőgyest* arra, hogy a védojtás módszeréről és megbízhatóságáról saját kisérletei alapján szerezzen bizonyságot. Az állatorvosi akadémián *Czakó* tanár által veszettségben elhullottnak kórismézett kutya velejéből házinyulakra történt átojtásokkal 1886 február 27-én kezdte a védőojtásra alkalmas, úgy nevezett veszettségi fix-virus kitenyésztését, s ennek eredményességéről számolt be már 1886. nov. 15-n a M. Tud. Akadémia őszi ülésén. Ezután kimutatta azt is, hogy az ő fix-virusa teljesen egyenrangú a *Pasteur*től *Babes* tanár által továbbtenyésztett fix-virussal. Ezzel adva volt az alap a veszettség elleni ojtások itthon végzésére; mégis csak 1890. IV. 15.-én történhetett meg az első védőojtás!

Az Akadémia őszi ülésén, 1888 okt. 15-én ismertette *Hőgyes* uj módszerét a veszettség megelőzésére a fertőzés előtt. Ez lényegében azonos volt a később állatokon és emberen is bevált, úgynevezett dilutiós módszerével is, amelynek révén *Hőgyes* neve közismertté vált, módszere több változattal (pl. *Hőgyes—Philips* neve alatt) ma is használatos.

1885. november közepétől 1888 június végéig 51 ebmarta egyént küldöttek ki Párisba veszettség elleni ojtásokra, akiknek a kiutazási és egyéb költségeit a vármegyék esetenként közadakozással gyüjtötték össze. Az ebmartak gyógyítása így mind terhesebbé vált és

tekintve azt, hogy az országban már akkor 500-on felül volt a nyilvántartott marottak száma, pár év alatt csődöt mondott.

Hőgyes 1888. június havi párisi tanulmányútján a magyarországi védojtottakról gyűjtött jegyzéseiből és a marottaknak itthoni ellenőrzéséből vont tanulsággal bizonyította, hogy bár a fenti 51 közül 45-en valóban veszett kutyától marattak meg, 1888. november 29-ig senki sem halt meg veszettségben, holott a 855 magyarországi védojtatlanul maradt közül 119-en kitört a veszettség, ami 13.9%-nak felel meg. Ez a százalék később, 1896-ban 15.65%-ra is emelkedett.

A fenti gazdasági szempontokat, valamint a párisi Pasteur-intézeti kezelés eredményességét felhasználva, 1889 végén *Hőgyes* újból javaslatot tett a kormánynak a veszettség elleni védőojtásnak Magyarországon külön intézetben megkezdésére. E javaslat végre eredményes volt és *Csáky Albin gr.* akkori vallás- és közoktatásügyi miniszter 1890 január 18-án kelt leiratában a veszettség elleni védőojtásoknak az egyetem ált. kórtani intézetének keretén belül megkezdéséhez hozzájárult és az ojtóintézet vezetésével *Hőgyest* bízta meg.

Igy létesült az orvosi kar hozzájárulásával az Üllői út 26. számú központi orvoskari épület félemeletének bal szárnyán a budapesti-Pasteur-intézet, mely ott két kis szobából, előszobából és a kisérleti nyulak tartására szolgáló pincehelyiségből állott. Az utcára néző szoba a felvételt és a védőojtást szolgálta, míg a folyosóról nyíló udvari szoba három részre osztottan egyrészt várakozóhelyiségül, másrészt a Pasteur-módszere szerinti velő szárítására s a védőojtóanyag fenntartására házinyulakon végzett átojtások végzésére szolgált.

Már az 1890-ik évben 528 marott részesült „teljes" védőojtásban, ezek közül ugyan 14-en kitört a veszettség (2.65%), mai szemmel nézve igen sok, de az akkori védojtatlanul maradtak 13.91%-os általános halálozásához képest mégis nagy eredményt jelentett és méltányos, hogy *Hőgyes*ről fáradhatatlan kisérletei és úttörői munkásságáért, mint a magyar *Pasteur*ről megemlékezzünk!

A védőojtásra jelentkezőkről messzemenő gondoskodás történt, lakás és ellátás tekintetében is, amennyiben, azokat, akiknek nem volt módjuk saját költségükön ittartózkodni, a székesfővárosi Szent István-kórház egyik osztályán helyezték el. Igy már 1890-ben 490 volt az ott ápoltak száma, ez a szám azonban a következő évben fokozatosan emelkedett és 1903-ban már 3215-re rúgott és gátolta a Szent István kórház hivatásszerü működését, úgy hogy a székesfőváros megtagadta a további befogadásukat.

Ez adott lökést az ellátásra, egyébként is beteg- és sebellátásra szoruló marottak elhelyezésére szolgáló Pasteur-intézeti kórház építéséhez, mely 1902 év második felétől *Kiss István* és *Czigler Győző* műépitészek terbei szerint az akkori Rákos utca, most Hőgyes Endre utca 7. számú telken az utcai részben az általános kórtan és bakteriologiai tanszék és a Pasteur-intézet részére, az udvari részben a kórház részére különállóan épült fel és 1903. év végén befejezést is nyert. A kórházi épület két emeletén 8 kórterem, ápoló-, fürdőszobák és mellékhelyiségek, félemeletén a kórházi orvos és egy szolga-lakás, irodahelyiség, az alagsorban az élelmezési és tálalókonyha helyiségek voltak elhelyezhetők. A kórház 1904. január 7-én befogadhatta az e napon védojtásban lévő és kórházra szoruló 75 marottat. A kórház 100 ember befogadására készült 50 pótággyal, ezt azonban a következő években még 100 gyermekággyal kellett kiegészíteni, mert a kórházi ápoltak száma a forgalom arányában emelkedve 1916-ban elérte a 277-es maximális számot, de átlag is 125—150 körül volt.

E kórházi ápoltszám a világháború és a trianoni békekötés után az orzság megcsonkítása arányában apadt 1930 óta rohamos apadást észlelünk, amit a védőojtási módszerben történt rövidítés okozott az addigi 21—23 napról 6—10 napra csökkentette anélkül, hogy az eredményen rosszabodás mutatkozott volna, sőt inkább javulás következett be, amint azt vártuk is.

A kórházi ápoltaknak a legutóbbi évben lényeges csökkenése indokolta azt, hogy a vallás- és közoktatásügyi minisztérium a Pasteur-intézet ojtó- és rendelőhelyiségének a kórházba áthelyezésével, sőt a kórházépület felének kiürítésével az egyetemi gyógyszertár és gyógyszerészeti intézetnek itt adott helyet, mivel az orvosi kar és a közrendészeti hatóságok régi kívánságát teljesítette, megszüntetvén azt a lehetetlen állapotot, ami a klinikák gyógyszertárának az ötödik emeleten elhelyezéséből fakadt.

Jelenleg tehát a Pasteur-intézet a megindulásakor birt, néhány szűk helyiség birtokában működik, a kórházi ápoltak részére pedig 50 ágy fenntartására kapott utasítást. Az országban rendszeresen véghezvitt kötelező ebvédőojtások révén kétségtelenül csökkent a veszettség elterjedése, de meg nem szűnt; az utóbbi évben egyes, már védojtott vidéken ismét gyakoribb, aminek következményeként várható az ebmarottak számának emelkedése, s így a járóbetegrendelés helyiségeinek bővítésére előreláthatólag szükség lesz.

Az intézet megnyitása óta összesen 311.754-en részesültek vizsgálatban, ezek közül 127.324-et körültekintő kihallgatás, vizsgálat és minden körülmény mérlegelése után kellő utasítással, mintdjárt elbocsátottunk. Hogy ezen elbocsátásokban mily nagyfokú gondosság történt bizonyítja az, hogy ezek közül egy sem lett beteg, vagy halt el veszettségben. A másik csoportot a fertőző állatokról bekért állatorvosi vizsgálati eredmények beérkeztéig és egy hétig védőojtottuk; tudomásunk szerint ezek között sem történt veszettségi betegség, vagy elhalálozás.

Teljes védőojtásra 184.430-ot vettünk fel, ezekből magyarországi volt 171.245, külföldön, harctereken és az utóbbi két évtizedben a megszállott területeken fertőzött volt 13.176 egyén, akik védőojtásra ide jöttek. A teljes védőojtásra felvettek közül 13.176 kimaradt, ezek között majdnem minden évben fordultak elő halálesetek, melyek bekövetkeztét nem állt módunkban megakadályozni. Maradt tehát „teljes"-védőojtottan 177.920 egyén, ezek közül veszettségben elhalt 737, kivétel nélkül súlyosabban marott és biztosan fertőzött egyén, mely szám 0.41% halálozásnak felel meg, ami a nem ojtott marottak 13.91—15.64%-ához viszonyítva lényeges eredményt mutat a követett védőojtási módszer javára!

Kezdettől majdnem 1894 végéig az eredeti Pasteur-szárítási módszer volt használatos, mely tudvalévően az ú. n. fix virus-fertőzésben beteggé lett és az elhullás előtt az agy vértelenítése céljából levágott házinyulak gerinvelejének 1—13 napig, egyenletes hő- és páraviszonyok között szárított db-jainak glycerinnel, majd élettani konyhasóoldattal eldörzsölt emulsiója sorozatos bőr alá fecskendezésből állott. Ilyen védojtásban 3050 egyén részesült s ezek közül 51 betegedett és halt meg veszettségben, ami 1.67%-nak felel meg.

Ezt a váratlan nagy halálozási százalékot ugyan nem lehet a Pasteur-módszer rovására írni, hanem inkább arra, hogy az 1893. évben 729 védőojtásra jelent-

kező után 1894-ben 1271-re szökött a jelentkezettek száma és a Pasteur-szárítási módszerrel lehetetlen volt elegendő ojtóanyagot termelni s a beojtandók hiányosan kapták ojtásaikat. Ez okból határozta el magát *Hőgyes* hogy kutyák előzetes védőojtásában jól bevált ú. n. diluáló módszerét az emberi vérojtásban is alkalmazza. E célra különleges ojtási-szakaszokból álló rendszert dolgozott ki, melyben az a szakaszok elején nagy higításokkal, kezdetben 10.000-es, később csak 5.000-es higítással kezdve öt nap alatt fokozatosan kisebb higításokkal, a végén az egynapos szárított velőnek megfelelő 200-as higítással ajtott, s ezután ismét nagyobb higításokkal kezdve, rövidebb idő alatt adagolta a kisebb és a 200-as higítást. 3—7 sorozatból állott a védojtás és 13—20 napig tartott. E módszerrel, mivel mindig friss gerincvelőből készült a védőojtóanyag, nemcsak hogy elmaradtak a szárítást és a velőnek épségben maradását gátló különböző behatások (fertőződés, penészesedés, stb.), hanem a velő mennyiségét pontosan adagolni lehetett és a védőojtóanyag mennyiségét is az ojtandók számához lehetett arányítani, így mindig kellő mennyiség állott rendelkezésre és az ojtandók nem szenvedtek rövidséget.

E rendkívüli előnyökön kívül a védőojtás eredménye is szembeszökően javult, a súlyos esetek közül is többet mentettek meg s már 1895-ben 1321 „teljesen"-védojtott közül csak 20-an haltak meg, ami 1.51%-nak felel meg és felével jobb volt az eredmény, mint 1894-ben! *Hőgyes* e módszere szerint teljesen védojtottunk 1908 végéig összesen 37.311 veszettséggel fertőzöttet, akik közül csak 345-ön tört ki a veszettség, azaz 0.95%-ban, ami a nem ojtottak átlag 14%-os halálozási számához képest 13.05%-os eredményt jelentett.

1908 végén az az évben védojtásra jelentkezett 6175 egyén ugyanolyan helyzetet teremtett, mint 1894-ben az 1271 jelentkező, de más téren. Ugyanis a munkát a változatlanul csekély számú, az igazgatón kívül csak két ojtóorvosból álló személyzet nem bírta és minthogy a személyzet szaporitása költségvetési okokból nem volt elérhető, az ojtási módszeren kellett javítani. Ezt egyszerűsítéssel értem el, amennyiben a *Hőgyes* ojtási módszerét úgy dolgoztam át, hogy napi 5—3 ojtás helyett csak egyet kellett végezni! Ezen egyszerűsítésemet az akkori igazgató *Székely Ágoston dr.* elfogadta s eszerint folyt az ojtás a háború kitöréséig, majd e módszernek az ojtandók korához pontosabb alkalmazásával *Székely* szerint egészen 1927 v-géig. Ez idő alatt 93.180 veszettséggel fertőzöttet részesítettünk védojtásban 312 halálozással, ami további javulást jelentett, mert csak 0.33%-a volt a „teljesen"-védojtottaknak!

1928-tól a védojtásban annyiban történt változás, hogy az egyszerűsített dilutiós methodussal történt ojtások idejét 1930-ig fokozatosan leszállítottam 6—10 napra s az időtől máig ennyi idő alatt fejezzük be a védojtásokat azért, hogy még a rövid, 20—21 napi lappangási idővel bíró eseteg legtöbbje is ezen idő elején védojtást nyerjen!

A védojtási időnek ez a leszállítása *Hőgyes*nek még kutyákon tett tapasztalatain alapult és emberen, az előző védojtási módszerhez képest, csak lassú átmenettel, a sikernek kockáztatása nékül történhetett.

Ilyen rövidített ojtási idővel friss, a védojtás kezdetén ½% carbollal gyengített virulentiájú, ojtóanyag adagokkal történt a védojtás 1933, illetve egészen 1937-ig. Célja volt a virust nagyobb mennyiségben adagolhatni, hogy már a védojtás első napjain nagyobb ellenhatást váltsunk ki a szervezetben. Ezt követték az élő fix-virust tartalmazó dilutiók adagolásai. Ezek is azonban már nem friss velőből, hanem 50%-os vizes glycerinben jégszekrényben 3—7 napig tartott egész agyvelő és gerincvelőből készültek, mert a friss velő adagolása mellet utóbetegségeket észleltünk. Az ilyen módon védojtott esetek száma 40.512 volt csak 28 halálozással, ami ennek 0.06%-ra csökkenését jelentette!

Hogy ez mit jelent, e célból össze kell hasonlítani a veszettség elterjedése szempontjából hasonló körülmények között álló, négy, hozzánk közel eső országban működő Pasteur-intézetek eredményeit, ezen idő, azaz 1928—1934. évek adatait, mint amely időben nálunk még nem éreztette hatását az 1936-ban szélesebb körben kezdett kötelező védojtása az ebeknek. Ezen adatok a Népszövetség hygiénés osztályának beszolgáltatott kimutatásokból ismeretesek:

Bukarestben	43.865	esetből	a	halálozás	71 = 0.16%
Jugoszláviában	52.952	„	„	„	70 = 0.13 „
Bulgáriában	27.416	„	„	„	53 = 0.19 „
Ez alatt Bpesten	29.916	„	„	„	20 = 0.06 „

Ezen eredmény mellett azonban nálunk is, legutóbb 1928—1933-ig kilenc esetben fordul elő post vaccinalis-bénulásos betegség részben halálos végggel. Ez ugyan a 26.360 védojtott egyénre számítva csak 0.034 ezreléket jelentett és éppen ezen az alapon tagadni lehetett, hogy a betegségeket egyenest a védojtások okozták volna, de tagadhatatlan, hogy összefüggésben állottak azzal. Az esetekből az a következtetés volt vonható, hogy csak azok betegedtek meg, akiknek az idegrendszere már a védojtás előtt kisebbfokú, idősült, zavarokat alig okozó gyulladásos állapotban volt és az élővédojtóanyag, mint az idegrendszert átmenetileg izgalombahozó idegen anyag az idősült gyulladást felújította. Ennek elkerülésére, előzetes állatkisérletek után fokozatosan áttértem védojtásunkban az 1%-os carbollal teljesen elölt és utána ½%-os carbollal csak gyengített virulentiájú védojtóanyag használatára fokozatosan s 1936 óta megszüntek a bénulásos utóbetegségek! Eszerint védojtottunk 1938-ban 1952 esetet 1 halálozással, ami 0.05% veszteségnek felel meg, 1939-ben pedig 1555 esetet ojtottunk s ezek közül a mai napig még senkin sem tört ki a veszettség, tehát 100%-os gyógyulás remélhető!

Nagy vonásokban ime az intézet fél évszázados működése és eredményei! Ez csak buzgósággal és önfeláldozó kisérleti búvárkodással volt elérhető s ebben elejétől fogva messze előljárt és követendő mesterünk maradt *Hőgyes Endre!* Amikor emlékét idézem, úgy vélem szellemében járok el, hogy segítőtársait is felsorolom, mint *Lőte Józsefet, Aujeszky Aladárt, Kovács Józsefet Szigethy Károlyt, Tangl Ferencet, Sebess Lajost, Lép Károlyt, Horacsek Jánost, Marikovszky Györgyöt, Picker Rezsőt és magamat.* Az igazgatói székben 1906-ban felváltotta őt s a szellemében való vezetést folytatta *Székely Ágoston*, aki mellett rajtam kívül *Balog Oszkár, Kammer Manó, Mannó Kálmán, Dörner Dezső, Bobkó Béla, Scholtz József, Andok Jenő* működtek, míg a legutóbbi évtized alatt *Győrffy Zoltán* és *Berán István* vannak a fentiek egy részén kívül, mint ojtóorvosok alkalmazásban.

A kórházi ebmartak jólétéről, mint tapasztalatunk szerint a védojtásra igen fontos tényezőről a kórház megnyitása óta *Brunmüller Paula* élelmezésvezető és diaetás-növér gondoskodik.

LÉGUTAK IDÜLT HURUTJAI-nál otthoni ivókúra
CSIZ-i JÓDOS-KONYHASÓS GYÓGYVIZ-zel
Vezérképviselet: **Édeskuty,** Bpest, Erzsébet-tér 3.
Fürdőidény: V. 1.—IX. 30.

Gümőkór és nemi betegségek elleni védekezésről szóló törvényjavaslat

— *Felsőházi bizottsági előadói beszéd.* —

Elmondotta: *Verebélyi Tibor dr.*, egyetemi ny. r. tanár, felsőházi tag.

Ellentétes érzésekkel eltelve, de benső meggyőződéstől áthatva állok fel, hogy a t. Bizottság előtt fekvő törvényjavaslatot a magam részéről lehetőleg sürgős, változatlan és egyhangú elfogadásra ajánljam.

Mint magyar orvos, akinek kötelességszerű feladata a nemzet életerejének gondozása, a törzsét pusztító kórok kiirtása, s az életben megrokkantak gyógyítása, igaz örömmel üdvözlöm a Kormányt, hogy végre összefoglaló intézkedésekkel jön segítségünkre, hogy a célt, amelyért annyi kíváló elődöm után és annyi derék kortársammal együtt szerény tehetségem szerint 35 év óta küzdök én is, végre megközelíthetjük, megvalósíthatjuk. Örülök, hogy mint a törvényjavaslat előadója ennek itt élőszóval is hangot adhatok.

Mint magyar ember e törvényjavaslattal felvonulni látom újra a magyar tragédiát, amely a történelem tanusága szerint annyiszor döntötte halomra elődeinknek a magyar sors javítására irányuló erőfeszítéseit. Amikor önmagunkból kitermelt, vagy külföldi példákból tanulságként levont nagy, sorsdöntő elgondolások keresztülviteléhez fogott a magyar nemzet, szinte mindenkor viharok vonultak fel hazánk egére, amelyek a nemzet erejét a maga egészében más irányban kötötték le, úgy, hogy a nagy tervek megvalósítása megtorpant, sokszor kényszerülten elaludt. Lehet talán fordítva is, hogy mi magyarok akkor döbbenünk mulasztásainkra, amikor a vihar már itt tombol felettünk; ennek eldöntése az oknyomozó történelem feladata; mi távolállók, ezek között az orvosok is csak a tényeket látjuk s ezekkel számolunk. Ez a régi mulasztásokat pótló törvényjavaslat is alapos elgondolással, éles meglátással, nagy körültekintéssel —, amit kisebb-nagyobb, a gyakorlatban majd kiütköző hibák kiküszöbölésének szuksége legkevésbbé sem kicsinyít — kíván hozzáfogni a magyar élet két legnagyobb ellenségének, a közegészségügy két legégetőbb kérdésének: a gümőkórnak és a nemibetegségeknek leküzdéséhez olyan időben, amikor e mélyen gyökerező kórfolyamatok kiirtásához a szükséges anyagi lehetőség elő nem teremthető. Mi orvosok nagyon is jól tudjuk, hogy a népek nagy küzdelmében ma nemzeti létünk, függetlenségünk, jövőnk forog kockán, nekünk minden erőnkkel az innét fenyegető eshetőségek elhárítására kell felkészülnünk, s így csak morzsák juthatnak pillanatnyilag belső égető sebeink kezelésére.

Éppen ezért mi, orvosok, nem akadékoskodni kívánunk, amikor felhívjuk a magyar társadalom figyelmét, hogy a törvényjavaslat gyökeres keresztülviteléhez a jövőben hatalmas pénzáldozatokra —, azt hiszem nem túlzok, ha 100 milliókról is beszélek —, lesz szükség. Ez a javaslat a magyar boldogabb jövő pantheonjának alapkőletétele, amely a jövőt továbbépítésre kötelezi, de lényegileg csak egy földbe süllyesztet kő, amely magárahagyva értéktelen. Programm ez, mely nem bűvészpálcaként egy csapásra, máról-holnapra segít a bajon, hanem évekre előretekintő útkitűzés, amelyen haladnunk kell, ha ezzel a kettős átokkal meg akarunk birkózni.

Mert t. Felsőház, a gümőkór és a nemibetegségek olyan alattomos ellenségei az emberiségnek, amelyeknek megfékezésére nem elegendő az orvosi tudás, hanem elengedhetetlen feltétel az anyagi, gazdasági és socialis alátámasztás, amire olyan nagy szónoki készséggel és őszinte fajszeretettel utaltak annakidején a képviselőház szónokai. Méltóztassék a javaslatot velem ebben a tudatban áttekinteni. (A javaslat áttekintése pontonként). Ez a javaslat, amelynek socialis vonatkozásaira nézve legyen szabad főleg a gümőkórra vonatkozólag, amely engem a sebészt közelről érint, néhány alátámasztó adatot nekem is felsorolnom, amelyeket ugyan nem tudok olyan díszes köntösbe öltöztetni, mert hiszen csak egyszerű szakember vagyok, de amelyeket épúgy nemzetemnek, fajomnak olthatatlan szeretete hoz ajkamra, mint a szó nagy mestereinek.

Ha valaki a divatos jelszót: a megelőzést, a prophylaxist, a praeventiót emlegeti a gümőkórral szemben, úgy ne méltóztassanak azt olyan értelemben elgondolni, mint azt a méltán nagy eredményekkel dicsekvő védőojtások jelentik a himlővel, a hasi hagymázzal, cholerával, diphtheriával, vérhassal, vörhennyel, szamárhuruttal, stb. szemben. A gümőkórral és nemibetegségekkel szemben sajnos hatásos védőojtást még nem ismerünk, ezeknél a prophylaxis kimerül az elkülönítésben (isolálásban) és a gyógyításban. Azt megvárni, amíg a természet az ő lassan immunizáló erőivel az eljövendő nemzedékeket ellenállóbbakká, sőt talán talán mentesekké fogja tenni e betegségekkel szemben, olyan fényűző ábránd, amit egy élni akaró nemzet, főleg kis nemzet, nem engedhet meg magának. Az említett heveny fertőző betegségek valósággal megrohanják áldozataikat úgy, hogy súlyos tüneteikkel első perctől kezdve önmagukban kiközösítik a beteget a környezetből. Ha pedig a kórisme fel van állítva, a védőoltások keresztülvitele mentesíti a környezetet a fertőzéstől. Járványok megelőzésében, fellángolásuk elfojtásában pedig a tömegojtások, amint azt éppen a magyar Egészségügyi Intézet szép eredményei bizonyítják, a szorosan vett prophylaxis, praeventio legszebb diadalai.

A gümőkór lappangva, orozva támad, enyhe, sokszor minden egyébnek tulajdonított tünetekkel úgy, hogy amíg a beteg, sőt orvos is tudatára ébred baja mibenlétének, már hónapok, évek óta ontja magából a fertőző csírokat, s veszélyezteti környezetét. Ha pedig felismerve, a beteget gyógyítás céljából kiemelik környezetéből, ez az isolálás nem néhány hétre, de 1—2 évre szólhat, amíg fertőzőképessége megszűnik, hogy azután egy óvatlan pillanatban újra, meg újra fellobbanjon. Az ilyen hosszú időre környezetéből kiemelt embernek tartós elhelyezéséről, ellátásáról, gyógyszerezéséről, kezeléséről kell gondoskodni, amire szolgál majd a jövőben hazánkra nézve a javaslat indokolásában kiszámított 15.000 ágy, szerény véleményem szerint a tényleges szükségletnek így is csak töredéke, ha nemcsak a halálraítélteknek, hanem a gyógyíthatóknak is helyet akarunk biztosítani; ebből a 15.000-ből is pillanatnyilag csak 5000 áll rendelkezésre. 18 esztendővel ezelőtt a „Gyermekért" nevű társadalmi egyesület egy előadásán volt módomban az illetékes körök figyelmét felhivni, s azóta sem szüntem meg hangoztatni, hogy a gyermekkori gümőkór áldozatainak, akiknek zömét a csont-, izület- és nyirokcsomó-tuberculosis képezi, elhelyezésére és kezelésére hazánkban alig van lehetőség. Sajnos ez irányban azóta is alig történt valami, s az ezirányú elgondolás, anyagiak hiányában, a javaslatból is hiányzik. Az otthoni előkészítés csak a jómódúaknál vihető keresztül, de ott is a legnagyobb nehézségekbe ütközik; mert méltóztassék elképzelni, hogy az ilyen otthontartott beteget attól eltiltani, hogy az Isten áldotta napra kisétáljon, nem lehet, s a sétán egyetlen kiköpése, az embertársak ellen elkövetett ezen súlyos merénylet, az ő milliónyi bacillusával elegendő,

„EXPECTIN" EXPECTORANS 1 üveg 10 gr P 2.20. Gyártja és forgalomba hozza: DIACHEMIA Straub Sándor gyógysz. vegy. lab. Bpest., Teréz-krt 27. Telefon: 121-283.

hogy az egészségesek egész sorát fertőzze. Ennek a megismerése indította az amerikai kormányt arra, hogy az utcai köpködést, mint közegészségügyi kihágást 100 dollárig terjedhető pénzbírsággal sújtsa. Úgy látom, hogy ugyanez az elgondolás nyilvánul meg a kiadásra kerülő tisztasági rendeletben is, amely a köpködést tiltja. Mert. t. Bizottság, nem a por, mint olyan, hanem a vele együtt szállingó, billiónyi bacillus, mellyel a köpködő gümős ember az utca porát fertőzte, a veszedelem.

Ez ellen egyébként fel nem becsülhető szolgálatot tehet s minden pénzáldozatot megér a jövőben a jól megszervezett, komoly orvosi és zöldkeresztes propaganda, mely a két népbetegség elterjedéséről, borzalmas pusztításáról, de egyúttal gyógyíthatóságáról világosítja fel a laikusokat.

De tegyük fel, hogy egy négygyermekes földműves, vagy egyéb munkáscsalád atyját kell két évre isolálni, ki gondoskodik a magáramaradt család megélhetéséről, mert hiszen néhány pengő havi segélyből ez mégis csak elképzelhetetlen. Mi történjék a négy kis gyermekkel, ha az édesanyát kell eltávolítani ilyen hosszú időre, mialatt az apa a megélhetéshez szükséges anyagiak után töri magát. Amint értesültem, ezt a néhány kérdést igen bölcsen be akarja kapcsolni a Belügyminiszter úr, a létesítendő családvédelmi alap keretébe, ami azonban ezen alap mérhetetlen megnövelését teszi majd szükségessé. S mi lesz, ha azt a gyógyultnak látszó beteget visszaeresztjük az ő régi viszonyai közé, az alá nem pincézett, nedves, penészes, agyagos padlós, kis ablakos, soha napsugarat nem kapó, túlzsufolt viskóba, vagy pincelakásokba, amelyek valósággal melegágyai a gümőbacillusoknak, s melyek veszedelmes fészkei a bentmaradottaknak. A lakás, a táplálkozás, a tisztaság szintjének emelése a küzdelem nélkülözhetetlen tényezője, de országos viszonylatban óriási pénzáldozatok igénylője, ha nem a közömbös egyéni nemtörődömségre, hanem a közületre van bízva a keresztülvitele. S vajjon szabad-e egyáltalában az olyan foglalkozású betegeket, akiket helyesen sorol fel a javaslat: pl. az oktató és egészségügyi segédszemélyzetet, bábákat, pincéreket, élelmiszerekkel foglalkozókat, de még a közönséggel közvetlenül érintkező tisztviselőket is foglalkozásukba visszaereszteni, nem volna-e helyes az ilyeneket kivétel nélkül olyan pályákra átképezni, ahol munkájuk nem jelent veszélyt sem őrájuk, sem mások számára? Átképzésük idejére azonban róluk és családjukról megint csak gondoskodni kell. Azokat pedig, akiknek a betegsége rohamosan, feltartóztathatatlanul súlyosbbodik, akiken a mindent felhasználó kezelés sem javít, el kell állandóan helyezni, de nem nyomortanyákon, ahol csak a halál megszabadító bekövetkezését várják, hanem ahol az élet számukra az elkerülhetetlen végig elviselhető, sőt részben hasznosítható is. És itt vannak az orvosok, akikről ezen nehéz és legkevésbbé sem veszélytelen küzdelemben, amelynek mégis csak ők a hivatott vezetői, épúgy, mint a segédszemélyzetükről külön kell gondoskodni. Az ő munkájukért a jövőben nem kétes értékű tiszteletdíj, nem felmondás, nem jogfosztás, hanem rendszeresített állami fizetés, veszélyességi pótlék, megrokkanásuk esetén megfelelő nyugellátás illet meg. Olyan részletek ezek, melyeket a javaslat szépen kidolgozott indokolása is megérez, sőt hangsúlyoz, de amelyeket az adott viszonyok között anyagiak hiányában még megvalósítani nem képes.

Ugyanezek állanak megfelelő módosítással a nemibetegségekre is, amelyeknek pusztító hatása: a meddőség előidézése, a gyermekhalálozás emelése és súlyos késői, főleg idegrendszeri szövődmények révén alig marad el a gümőkór mögött. A nehézségeket itt talán még fokozza, hogy ezek a betegségek az emberi ösztönélet legerősebb megnyilatkozásával, a sexualis érzéssel állanak vonatkozásban, az emberek könnyelműsége, nemtörődömsége, hogy ne mondjam lelkiismeretlensége, még kirívóbb, mint a gümőkórban. Ennek részleteivel azonban nem kívánom megtisztelő figyelmüket tovább is igénybevenni.

S ha az eugenikát a nemzeti jövő szempontjából komolyan akarjuk a hygiéne keretében venni, akkor éppen ezzel a két betegségcsoporttal kapcsolatban is felmerül a felvilágosítás és a házasságelőtti kötelező orvosi vizsgálat kényes kérdése, ami mélyen belenyul az egyéni erkölcsi felfogásba és szabadságba. Nagy távlatú kérdések ezek, amelyek nagy pénzáldozatokon kívül az egészségügyi hatóságok, az eddig létesített egészségügyi intézmények és az egész orvosi társadalom szoros és megértő együttműködését igénylik.

Az elmondottakat is csak azért hoztam ide, hogy előszóval is vázoljam azt a nemzetmentő feladatot, amelyre mint kezdeményező ez a törvényjavaslat vállalkozik s hogy ezért a kezdetért s azért, hogy a felterjesztett megjegyzéseink egy részét tekintetbevenni szíves volt, a belügyi kormányzatnak, a Belügyminiszter Úrnak és kitünő munkatársainak, főleg *Johan Béla* államtitkár úrnak köszönetünket tolmácsoljam. A jövőre nézve azonban engedje meg a mélyen tisztelt Belügyminiszter Úr azt kérnem, hogy adja meg félreértések és dissonantiák elkerülésé céljából, amelyért bizonyos oldalról oly szívesen állítják oda felelősnek a vezetőséget, ily nagy jelentőségű közegészségügyi kérdéshez előre a hozzászólás jogát a kamarákon keresztül az orvosi rend minden egyes tagjának. Nagy palotát nemcsak márványtömbök és vasgerendák, hanem finom mészszemcsék és apró szögek felhasználásával lehet csak megépíteni. Biztosíthatom, hogy az a névtelen gyakorló orvos, aki az ő kis körében, ott kint dolgozik az életben, épúgy készséggel fogja elhozni az ő jól megalapozott tapasztalatát, mint az, aki laboratoriumokban, kórágyak mellett, műtőtermekben, statistikai hivatalokban dolgozik a közös ellenség leküzdésére. Bennünket orvosokat, mint

a hashajtókat változtatni kell!! neolax „Certa" görcs nélkül hat!! 30 db P 0·60

hűséges munkatársakat fog a kormányzat mindig maga mögött találni, ha hazánk sebeinek gyógyítását veszi tervbe. A törvényjavaslatot abban a reményben, hogy ez a kérésem meghallgatásra talál, elfogadom, s a t Felsőháznak elfogadásra ajánlom.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift, 14. sz. *Zaeper G.:* A légzési és vérkeringési szervek egyes leleteinek objectiválása katonákon. — *Müller H. A.:* Pregnandiolkiválasztás a vizeletben, mint a sárgatest működésének tükörképe. — *Dietlen H.: F., Bach W., Rotter W.* és *Wolff L.:* (Para) Typhus abdominalis klinikai és anatomiai képe alatt lefolyó „Bact. enteritidis Breslau" fertőzés. — *Thiele W.:* A-vitamin raktározás lázas állapotban. — *Löwenstein W.* és *Neumann H.:* B1 hypovitaminosis idült colitis esetében. — *Huschke B.:* Neuralgiás fájdalmak insulinkezelése. — *Heubner W.:* „Inactiv" haemoglobin a vérben. —

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 14. sz. *Scheunert* A vitaminmérleg megállapításának kisérleti alapjai. — *Vogt:* Idült leukaemiák C-vitamin-kezelése. — *Schulz:* Az iszap, vagy mezei láz; közlemény az 1939-es járványról Ratibor kerületben. — *Parade:* Lymphogranulomatosis és terhesség. — *Henningsen:* Sebészi beavatkozás javallatai epekőbetegségben. — *Stettner:* Növekedés és differentiálódás. —

Wiener Klinische Wochenschrift, 14. sz. *Konschegg Th.:* A hypertonia okai. — *Krauter St.:* Autohaemagglutinatio hyperchrom anaemia esetében. — *Rheindt R.:* Myomás méh tengelycsavarodása. — *Klobusitzky D.:* A Bothrops jararaca nevű méreg alvadástserkentő és alvadástgátló hatása. — *Hofbauer W.:* A bőr gombás betegségei. —

La Presse Médicale 29—30. sz. *Poix G.:* Tuberculosis és hadirokkantság. — *Lecoq R.* és *Vignal O.:* Alkati tényezők szerepe a polyneuritis keletkezésében. — *Netter A.:* Ovulation kívüli menstruatiók. — *Ehringer E.:* Laboratoriumi technika: 1. Anaerob kultúra; 2. Cukros erjedés; 3. Sterilizálás alacsony hőmérsékkel. — *Ramond L.:* Heveny tüdővizenyő az influenza lefolyásában. —

The Lancet, márc. 30. *H. W. Barbér:* Lupus erythematosus; a sulfonamidok hatása. — *E. P. Catchcart:* A táplálkozás mysteriuma. — *M. Maizles* és *N. Whiffaker:* Higító folyadékok raktározott vér számára. — *L. Kreyberg* és *E. Poppe:* Daganatsejtek a sternalis csontvelőben. — *C. Keith Vartan:* A farfekvés okai. — *J. Sakula:* Pfeiffer bacillus meningitis eredményes kezelése. M. és B. 693-al; granulopenia complicatio. — *S. W. Gillman:* Picrotoxin a barbiturszármazékoknak tulajdonítható collapsus kezelésében. —

The Journal of the American Medical Association, márc. 16. *J. S. Lockwood* és *H. M. Lynch:* A sulfanilamid hatás mechanismusa. — *W. L. Whittemore* és *P. A. Riedel:* Sulfapyridin alkalmazása pneumococcus pneumoniában. — *P. S. Rhoads* és *M. L. Afremow:* Sulfanilamid a haemolytikus streptococcus okozta torokbántalmak kezelésében. — *N. Plummer* és *F. Mc. Lellan:* Sulfapyridin vesekövek. — *W. F. Schwartz, H. E. Treeman:* Sulfanilamid chancroidban. — *A. Ochsner* és *M. C. Smith:* B1-vitamin alkalmazása varixos fekélyekben fájdalomcsillapításra. — *J. S. Wechsler:* Tocopherollal (E-vitamin) kezelt, gyógyult amyotrophiás lateralsklerosis. — *J. H. Kotte* és *A. R. Vonderahe:* Houssay-tünet emberben.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Pannonhalmi Szent Benedek Rend Balatonfüredi Gyógyfürdő igazgatósága a balatonfüredi Erzsébet Szanatórium osztályos orvosi állására pályázatot hirdet. Csak rom. kath. pályázók jöhetnek tekintetbe. Javadalmazása 1500 pengő, lakás, fütés, világítás és a szanatóriumi betegek után részesedés. Felvilágositást a Balatonfüredi Fürdőigazgatóság nyújt.

CSONT-, IZÜLETI-, TBC-nél otthoni ivókúra
CSIZI-i JÓDOS-KONYHASÓS GYÓGYVIZ-zel
Vezérképviselet: **Édeskuty,** Bpest, Erzsébet-tér 8.
Fürdőidény: V. 1.—IX. 30.

VEGYES HIREK

Személyi hirek. A szegedi egyetemen *Johan Béla dr.* államtitkárnak ünnepélyes keretek között nyújtotta át *Baló József dr.* Rector az egyetemi tanács nevében a Ferenc József Tudományegyetem emlékérmét.

Halálozás. ordódi és alsólieszházi *Ordódy Zsigmond dr.* főorvos április 1-én Budapesten elhunyt.

Hóman Bálint a szegedi egyetem díszdoktora. A kormányzó megengedte, hogy a szegedi egyetem *Hóman Bálint* vallás- és közoktatásügyi minisztert a magyar közoktatásügy és nemzeti eszme szolgálatában, továbbá az egyetem fejlesztése, valamint az orvos- és gyógyszerészképzés terén szerzett kiváló érdemeiért az orvostudományok tiszteletbeli doktorává avassa és részére a tiszteletbeli doktori oklevelet kiszolgáltassa.

Nyáry Miklós lett az orvosi kamara ügyésze. A Budapesti Orvosi Kamara vasárnap tartotta ügyészválasztó közgyülését. A választás iránt rendkivüli érdeklődés mutatkozott. A szavazásra jogosult 3750 orvos közül leszavazott 3333. Az EPOL jelöltje *Nyáry Miklós dr.*, szfőv. törv. hat. biz. tag 1200, a MONE jelöltje *Mednyánszky Miklós dr.*, 1040 szavazatot kapott. Az üres és érvénytelen szavazatok száma 1093 volt. A liberális szabadorvosválasztó orvosok a választásban nem vettek részt, egységesen üres lappal szavaztak. A kamara új jogi tanácsadója *Nyáry Miklós dr.* 45 éves, harctereket járt, budapesti gyakorló ügyvéd, az orvosrendi és közegészségügyi kérdéseknek régi szakértője, az Ügyvédi Otthon helyettes elnöke.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága f. évi április hóban a következő tanfolyamokat rendezi Budapesten: április 15—20-ig a Tudományegyetem III. sebészeti klinikáján 6 napos továbbképző tanfolyamot „A mellkasi sebészet haladásáról. A tanfolyam vezetője: *Ádám Lajos* ny. r. tanár. Április 22—26-ig az urologiai klinikán 5 napos továbbképző tanfolyamot: „Újabb urologiai vizsgálatok és gyógyitási eljárások és azok eredményei". A tanfolyam vezetője: *Illyés Géza* ny. r. tanár. Április 22—26-ig a Törvényszéki Orvostani Intézetben 6 napos továbbképző tanfolyamot a törvényszéki orvostan tárgyköréből. A tanfolyam vezetője. *Orsós Ferenc* ny. r. tanár. — *Szegeden:* április 27—28-án kétnapos orvosi továbbképző tanfolyamot az orvosi továbbképzés helyi bizottságának rendezésében. — *Pécsett:* április 13., 20., 27.-én összefoglaló orvosi továbbképző előadások a hevenyen jelentkező keringési zavarok tárgyköréből és a Tudományegyetem gyermekklinikáján ápr. 29—május 11-ig az anya- és csecsemővédelem ismereteiről az orvosi továbbképzés helyi bizottságának rendezésében. — *Debrecenben:* április 15—27-ig kéthetes orvosi továbbképző tanfolyam az anya- és csecsemővédelem ismeretciről a Tudományegyetem gyermekklinikáján. — *Kassán:* ápr. 20—21-én kétnapos orvosi továbbképző tanfolyam az m. kir. Állami kórházban a mindennapos gyakorlat és a vitaminok tárgyköréből.

Az Országos Balneologiai Egyesület április 26—28-án tartja *Kékestetőn ezévi közgyülését és XLV. congressusát.* Ezt megelőzően 25-én a nagyobb publicitás biztositása céljából Budapesten a Gellért-szálló zeneterémében a *gazdasági nagygyülését.* Itt *Pöltzel Jenő, Réthly Antal, Pávay-Vajna Ferenc, Kunszt János* tartanak előadást, kik a visszacsatolt Felvidék fürdő- és ásványvízproblemáival foglalkoznak *Kenessey Elek* általános gazdasági problemákról, *Tanay Jenő* pedig az ásványvízvállalatok problemáiról tart előadást. — A Kékestetőn ápr. 26-án d. u. *Boros József* ny. r. tanár a közgyülés lezajlása után a hyperthyreosis magaslati indicatióiról; 27-én d. e. 10 órakor *Horváth Boldizsár*

Náthánál ANARA - CHINOIN

Gőzeinek beszippantása azonnali könnyebbséget okoz! Használatrakész tubus.

a sportsérülésekről; *Goreczky, Berencsik* és *Sárfy* a thermalfürdők hatására vonatkozó vizsgálatokról; *Ludány György* a légritkulás hatásairól a normal immun-anyagokra; *Páter János* a Mátra sugárzó klimájáról tart előadást. — Szombaton d. u. 6 órakor *Ádám Gyula* „Az alföldi thermálforrások a gyógyulás szolgálatában" címmel, *Benderek István* az időérzésről; *Nagy Béla* az alkalikus forrásvizekkel végzett ivó- és fürdőgyógymódokról; *Steiger-Kazal Dezső* a bőr és fürdőhatások vizsgálatairól beszél. — A Kékesre ápr. 26-án a Keleti p. u.-ról 6.55-kor induló gyorsvonattal utaznak el a résztvevők fenntartot kocsikban. — 28-án tanulmányi kirándulás lesz *Mátraháza* és a *Gallyaszálló* megtekintésével. A congressus részvételi díja utazással, autóbusszal, teljes ellátással, borravalóval együtt 35—40 pengő körül lesz. Azok a résztvevő, kinek 33%-nál nagyobb vasuti kedvezményük van 25—30 pengőt fizetnek, de vasuti jegyükről maguk gondoskodnak. Vidékről jelentkező orvosok és hozzátartozóik Budapestig és vissza az alacsonyabb kocsiosztályú jegyváltásra jogosító kedvezményt élvezhetik, ha erre igenyüket előre bejelentik. Megkeresések, valamint a részvételi díjak *Moll Károly dr.* főtitkár címére (II., Szilágyi Dezső-tér 1. T.: 152—238) küldendők, aki felvilágositással szívesen szolgál.

A budapesti Pasteur-intézet 50 éves múltját ünnepli ápr. 15-én este 6 órakor (IX., Hőgyes Endre utca 7.), melyen az érdeklődőket szívesen látja az intézet vezetősége.

Paolo Gaifami, a szülészet és nőgyógyászat ny. r. tanára a római egyetemen, az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága meghívására április 24-én, szerdán d. u. 6 órakor a budapesti Tudományegyetem II. női klinikájának tantermében olasz nyelvű előadást tart vetített képekkel a női nemzőszervek tuberculosisáról. Az előadást magyar nyelven tolmácsolják.

A Magyar Fogorvosok Országos Egyesülete márc. 31-én tartott tisztújító közgyülése az 1940—43. évekre a következő tisztikart választotta: elnök: *Morelli Gusztáv;* alelnökök: *Balogh Károly, Varga István;* főtitkár: *Oravecz Pál;* titkárok: *Gogolák János* és *Horvai Ernő;* jegyzők: *Hegedüs Zoltán, ifj. Hollóssy Ede, Szopko Ernő, Sztrilich Pál;* pénztáros: *Veszprémi Olga;* ellenőr: *Brand János;* gazda: *Meák Géza;* könyvtáros: *Padányi Endre,* ezenkívüi a közgyülés a választmányt időlegesen új tagokkal egészitette ki.

Pályadíjak a Bp. Kir. Orvosegyesület Társadalomorvostani Szakosztálya a következő pályadíjakat tűzi ki: 1. Az egészségvédelmi tanácsadás vizsgálati rendszere. Díja 200 P; — 2. A zsírsorozat szénhydrogenjeinek halogen vegyületei okozta mérgezések előfordulása, lehetősége, kockázata és megelőzése Magyarországon. Díja 350 P.; — 3. A kötelező kártalanitás körébe vont foglalkozási bőrbetegségek előfordulása, felismerése és megelőzése Magyarországon. Díja 400 P.; 4. A benzol és homologjai, továbbá származékai okozta mérgezések kórismézése és klinikai tünettan. Díja 350 P.; — 5. A megszokás és alkalmazkodás jelentősége a baleseti, továbbá rokkantsági eredetű keresőképességcsökkenés kialakulásában. (Csak bírósági orvosszakértők számára.) Díja 250 P.; — 6.Egy tüdőbeteg munkás környezettanulmánya. (Csak okleveles védők, vagy gondozónők számára.) Dija 150 P.

Az 5. és 6. pont alatti pályamunkák kivételével a többi kérdésekre orvosegyleti tagok pályázhatnak. Az 5. pont alatti kérdésre pályázó orvosszakértőknek nem kell szükségképen orvosegyleti tagnak lenni. Az összes munkákat a Budapesti Kir. Orvosegyesület Társadalomorvostani Szakosztályába kell beküldeni (VIII., Fiumei út 19/b. IV. 19.) Az 1. szám alatti pályamunka beküldési határideje 1940. december 31. A 2. és 4. sz. alatti pályamunkáké 1941 május 1. A 3. sz. alatti pályamunkák határideje 1941. szeptember 1. Az 5. sz. alattié 1940. december 31. A 6. sz. alattié pedig 1940. december 31.

Issekutz Béla prof. és munkatársai által irott könyv múlt heti ismertetésében tévesen irtuk, hogy a két kötet ára 20 P. Ez csak előjegyzési ára volt, de *jelenlegi, bolti ára 26.80 P,* amit az is indokol, hogy a II. kötet jelentékenyen bővebb lett — mintegy 8 ívvel — a tervezettnél, tekintettel tárgyának rendkívüli kiterjedésére és gazdagságára.

Soós Aladár: „Étrendi előirások a gyakorlatban" című könyvének IV. kiadása megjelent, mit mai számunkban ismertetünk. A könyvet előfizetőinknek kívánságra betekintésre megküldjük, *Horváth Boldizsár:* „A gyakorló orvos orthopaediája" és *Benderek István—Külley László:* „Gyógymasszázs és mechanoterápia" című könyvével együtt.

A Magyar Elmeorvosok Egyesületének Budapesten 1939 nov. 5—7-ig megtartott országos értekezletének üléséről szóló „közlemény" 284 oldalas terjedelemben megjelent. Ára 5 P. Az összeg *Schnell János* ig. f. o. egyesületi pénztáros címére (Bp., VI., Bulyovszky u. 26.) küldendő.

Belgiumban katonai kiegészítő kórházakat létesítenek, ezek közül az elsőt Ostende-ben helyezik el. A kórháznak 1300 ágya lesz.

Franciaországban újabban 13.500 orvost hívtak be katonai szolgálatra kik közül 7500 a csapatoknál van.

A prágai nőgyógyászati klinikán bábaképző iskola nyilott, melynek jelenleg 30 hallgatója van. A tanfolyam 18 hónapig tart.

HETIREND

Hétfőn, 15-én, 7 ó.: a Bp. Orvosi Kör ülése: *Zádor Gy.:* Az alvás pathophysiologiája.

Kedden, 16-án, 6 ó.: a Magyar Gyermekorvosok Társasága ülése: *Cziglány F.:* Chylothorax a gyermekkorban. — *Deutsch E.* és *Berceller I.:* Osteomyelitis vertebrae VIII. et IX. propagatum ad cavum canalis vertebralis. — *Romhányi J.:* Post emboliás hemiatrophia cerebri congenitalis vitiumnál. — *Dudás P.:* Vesedaganat csecsemőben. — *Gefferth K.:* Gyermekkori ikterus érdekes esete. — *Szolnoki Gy.:* Meningitis epidemica esetek. —

Szerdán, 17-én, 6 ó.: az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága előadássorozata (Bőr- és nemikórtani klinika.) *Szodoray L.:* Válogatott fejezetek a syphilis kórtanából és gyógykezeléséből. — *Szép J.:* Heveny és idült fertőző bőrbetegségek fajlagos gyógykezelése.

Szerdán, 17-én, 6 ó.: a Magyar Orvosok Röntgen-Egyesületének ülése. (Egyetemi Szemklinika.) *Werner Böhme:* I. Möglichkeiten des röntgenkymographischen (Stumpf) und kinematographischen Bewegungsstudiums am menschlichen Herzen im Lichte tierexperimenteller Kontrolle; — II. Ausblick auf die Bedeutung der Röntgenverfahrens für die vergleichen anatomisch-physiologische Untersuchungen der Vogelatmung.

Pénteken, 19-én, 6 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. Bemutatások: *Majoros J.:* Ophthalmoplegia internuclearis anterior. — *Piri L.* és *Kovács F.:* Érdekes agytályog esetek. — *Liebermann T.:* A fenyegető tonsillaris sepsis felismerése és elhárítása. — Előadás: *Göttcke O.* és *Gajzágó D.:* Suipestifer fertőzések a gyermekkorban.

Frontátvonulások és kisérőjelenségeik márc. 31. ápr. 6. között. A hét elején három frontmentes napunk volt, ami Magyarországon ritka dolog. A hét második felében a betörési frontok egyre sűrűbben érkeztek és 5-én már 9 frontátvonulás (ebből 8 betörési front) halmozódott össze. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten			A front		Kisérő események*
hó	nap	óra	fajtája	fejlettsége	
április	3	3	Betörési	Gyenge	Kis szélnyugtalanság
	3	20	Betörési	Gyenge	Kis szélélénkülés
	4	1	Betörési	Gyenge	Kis szélélénkülés
	4	11	Betörési	Mérsék.	Záporeső 1 mm
	4	12	Betörési	Mérsék.	Hirtelen szélrohamok 8 m|mp-ig
	4	16	Betörési	Mérsék.	Záporeső 1 mm
	4	18	Betörési	Mérsék.	Szélrohamok 11 m|mp-ig
	5	1	Betörési	Gyenge	Kis szélélénkülés
	5	11	Felsikl.	Mérsék.	Praefrontalis eső 6 ó.-tól, 1,5 mm
	5	14	Betörési	Mérsék.	Heves záporeső 1,5 mm
	5	16	Betörési	Mérsék.	Heves zápore ő 1 mm
	5	17	Betörési	Mérsék.	Heves záporeső 2 mm. széllökések
	5	18	Betörési	Gyenge	Kis záporeső 0,5 mm
	5	20	Betörési	Erős	Igen heves zápor. 4 mm
	5	22	Betörési	Gyenge	eves eső
	5	23	Betörési	Gyenge	K ves eső
	6	3	Betörési	Mérsék.	Szélélénkü és
	6	14	Betörési	Mérsék.	Szélrohamok ÉK-ről
	6	17	Betörési	Mérsék.	Szélrohamok ÉK-ről

*) A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a m. kir. Meteorologiai Intézet öniró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd az 1940. évi 1. III. borítóoldalán.

Szent Lukács Gyógyfürdő és Gyógyszálló
Társas rheuma-osztály, Téli-nyári rheuma-gyógyhely.

84. évfolyam. 16. szám. Budapest, 1940 április 20.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
IX., Högyes Endre-utca 7. Telefon: 187 622.
Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el.

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele:
a
kiadóhivatalban

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára". *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, vagy Lepage könyvkereskedés, Cluj, Str. Matia 1. *Szlovákiában: Eleőd Z. Solt O. H.* Dunabank, Bratislawa. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az **„Orvosi Hetilap"**-ra és az Orvostudományi Közlemények-re együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dínár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P) félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2.50 pengő. — A **„Magyar Orvosi Archivum"** egész évre 10 pengő, 70 slk., 100 dinár, 400 lei. 2 dollár

BIOVIN

Glandubolin (tüszőhormon) + ovariumkivonat

A gyengült petefészekmüködés okozta tünetek erélyes gyógykezelésére.

1 ampulla (á 1 cm^3) 10 000 i. e. Glandubolint (tüszőhormont) és 0.6 g friss petefészekkivonatot, 1 cm^3 solutio 500 i. e. Glandubolint (tüszőhormont) és 0.2 g friss petefészekkivonatot tartalmaz.

20 cm^3 solutiot tartalmazó üvegekben, 6 ampullát tartalmazó dobozokban.

BITESTIN

Biologiailag standardizált herehormon készítmény

INDIKÁLT:

A nemi szervek csökkent működése, a nemi szervek fejletlensége esetén továbbá prostata hypertrophiánál, a bőrgyógyászatban (pruritus senilis) az ideg- és elmegyógyászatban (melancholiák, depressiók)

6 ampullát tartalmazó dobozokban

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR R.T.

84. évfolyam. 16. szám. Budapest, 1940. április 20.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:
ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY AGOSTON.

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:

Greiner Károly és **Jurány Erika:** A meningitis epidemica újabb chemotherapiás kezeléséről. (201—203. oldal.)
Bogárdi Iván: Egyszerű összefüggés a vérsejtsüllyedés Westergren- és Linzenmeier-féle értékei közt. (203—204. o.)
Koczkás Gyula: Szívhangkészülék. (204—205. oldal.)
Nagy Ferenc: Trachoma és Weil Felix-reactio. (205. oldal.)
Irodalmi szemle: (206—208. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (33—36. oldal.)
Könyvismertetés: (208—209. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (209—211. oldal.)
Grósz Emil: Szemklinikák, szemkórházak, szemészosztályok Magyarországon. (211—212. oldal.)
Lapszemle. Vegyes hírek. Hetirend: (212—214. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

A meningitis epidemica újabb chemotherapiás kezeléséről.

Irta: *Greiner Károly dr.* és *Jurány Erika dr.*

Chemotherapiás szerekkel rég óta folyik a probálkozás a meningitis epidemica kezelésében. *Friedmann* már 1916-ban ajánlja az optochint, *Morgenroth* a vuzint, kisérleteztek az urotropinnal, cylotropinnal, septojoddal, solganal-lal — nem sok eredménnyel.

Új irányt jelentenek e téren a *sulfonamid* vegyületek (*Domagk* 1935.). Az alábbiakban az irodalmi adatok alapján összefoglaljuk az egyes praeparatumokkal eddig szerzett tapasztalatokat. *Zeller, Riecke* és *Krause* 1935-ben elsőkként számolnak be *prontosil rubrummal* elért jó eredményekről. Az utána vizsgálók véleménye már eltérő. *Pongratz, Schmidt, Jauerneck* és *Gueffroy, Morton* jó tapasztalatokról számolnak be, *Steinmaurer* viszont már nem látott oly meggyőző eredményt s ezért minden esetében serumot is adott. *Opitznak* pedig egyenesen rossz eredményei vannak úgy intralumbalis mint per os + intralumbalis kezeléssel.

A prontosil rubrumnái a *prontosil album* már előnyösebbnek mutatkozott. *Vonkennel* és *Schmidt*, továbbá *Säker* vizsgálati szerint a gyógyszer könnyen áthatól úgy az egészséges, mint a beteg vérliquorgátján s a liquorban kielégítő töménységet ér el. Az eredmény a különböző szerzők szerint a következőképen alakult.

Szerzők:	*Esetek*	*Halálozás*	
		Sulfamiddal:	*Serummal:*
Camerer	25 eset	23 %	61%
Sprochhoff	15 eset	13 %	——
Hoppe	39 eset	20 %	——
Eldahl	12 eset	25 %	70%
Waghelstein	106 eset	15 %	24%
Banks	65 eset	12.5%	——

A hatás ugyan többnyire nem volt promt s a gyógyulás sem volt mindég tökéletes, a halálozás azonban minden esetre lényegesen alatta maradt minden eddigi alkalmazott gyógyeljárás eredményének.

A meningococcusok és gonococcusok morphologiai és kulturális sajátságainak hasonlósága inditotta *Gehrt*-et arra, hogy a gonorrhoea therapiájában bevált *uliron*nal kisérletet tegyen. *Gerth, Januschke* és *Doppel* 1—1 esetben jó eredményt is láttak, ezzel szemben *Schäfer* 18 ulironnal kezelt meningitis epidemicas betege közül 11 meghalt (61%!). *Schäfer* ezek alapján igen kedvezőtlenül itéli meg az uliron értékét a meningitis epidemica therapiájában. A sikertelenség minden valószinüség szerint azon alapszik, hogy az uliron igen roszszul diffundál át a vér — liquorgáton (*Vonkennel* és *Schmidt, Säker*).

A *sulfapyridint* már *Whitby* is hatásosnak találta meningococcus ellen. *Hobson* és *McQuaide* összehasonlító vizsgálatai szerint az „M&B 693" bakteriostatikus hatása épen olyan jó, mint a többi sulfamidpraeparatumé, toxicitása azonban lényegesen kisebb. A szer in vitro már 1.6 mg%-ban kifejezett bakteriostatikus hatású, ily concentratio pedig in vivo könnyen elérhető. Az eddig közölt eredmények:

Szerzők:	*Esetek:*	*Meghalt:*
Hobson, MacQuaide	6 eset	—
Stenger	16 eset	1
Camerer	5 eset	—
Roche, McSweebey	11 eset	1

A sulfapyridin tehát már lényeges haladást jelent a sulfamid-kezeléssel szemben.

Arról, hogy a pneumococcus betegségek kezelésében oly jól bevált *sulfathiazollal* történt-e már próbálkozás, nincs tudomásunk. Irodalmi közlést erre nézve legalább is nem találtunk. Részben épen ez a tény indit bennünket arra, hogy tapasztalatainkról beszámoljunk. A szegedi gyermekklinikán forgalomba kerülésük után csakhamar sorra próbáltuk a különböző sulfamid — praeparatumokat ebben a betegségben is.

1938—40-ig 3 beteget sulfamiddal, 3-at sulfapyridinnel, 4 beteget sulfathiazollal kezeltünk. Kórtörténeteiket az alábbiakban ismertetjük.

I. *B. O.* 3 éves fiú (1939 I. 31.). Eszméletlen állapotban erős meningealis tünetekkel kerül felvételre. Hőmérséklet 39°C. Lumbalpunctio: élénk cseppekben sűrű, zavaros liquor ürül. Pandy, Waltner reactiók positivak. A kikent készítményben s a culturában meningococcus. Therapia: naponta 4 szer ½ tabletta sulfamid per os és 1-szer 2 ccm i. v. Egy alkalommal 20 ccm meningococcus serum i. v. Kétszer transfusiót is kapott. Öt nap alatt a sensoriumzavar megszünt, a liquor feltisztult, a tenyészet steril, a hőmérséklet csupán 38°-ig emelkedett. Két heti kezelés után sulfamidot csak a per os kapott. 1939. II-hó 23-án teljesen láztalan. II. hó 28-án végzett tenyésztés ismét positiv eredményt adott.

Erélyes sulfamid kezelésre újabb 2 hét alatt véglegesen gyógyult, azonban határozott szellemi defectus maradt vissza. Összesen 69 g sulfamidot kapott per os és 2.6 g-ot i. v.

II. *B. Sz.* 6 éves fiú gyermek (1939. II. hó 22.). Kifejezett meningealis tünetek, tiszta sensorium. Hőmérséklet 38.5°C. Lumbalpunctio alkalmával fokozott nyomással zavaros liquor ürült. Pandy, Waltner reactio positiv. Kikent készítményben és tenyészetben: meningococcus. Therapia: naponta 3-szor ½ tabletta sulfamid per os és 2 ccm 10%-os sulfamid oldat i. v. Felvételkor 20 ccm meningococcus serumot is kapott. Transfusiót 4 alkalommal végeztünk. Állapota lassan javult: III. hó 2-án láztalan, 7-ikén a liquor sterilnek bizonyult. Négy hét alatt maradandó centralis süketség hátragyásával a betegség meggyógyult. Összesen 23 g sulfamidot per os 2.8 g-ot kapott i. v.

III. *M. P.* 14 hónapos leányka (1938 IV. 10.). Igen súlyos eszméletlen állapotban görcsökkel vesszük fel. Hőmérséklet 39.6°C. Lumbalponctio: fokozott nyomással zavaros liquor ürül. Pandy, Waltner reactiók positivak. Bacteriologiai vizsgálatkor: meningococcus. Therapia: naponta 3-szor 1 tabletta sulfamid per os. A súlyos állapotban levő gyermeknek 2-szer transfusiot, 2-szer human serumot adtunk és egyszer meningococcus serumot i. v. Állapota mind súlyosabbra fordult, hőmérséklet 39°—40° között, sensoriuma zavart. IV.-hó 14-én lumbalisan mindössze pár csepp, cysternalpunctióval nagy nyomással zavaros liquort kaptunk. IV-hó 18-án a hyperpyrexias, reménytelen állapotban levő gyermeket a szülők kívánságára hazaadjuk. Összesen 13 g sulfamidot kapott per os, 0.3 g-ot lumbalisan, 0.2 g-ot cysternalisan.

IV. *S. E.* 5 éves leányka. Öntudatlan állapotban, igen kifejezett meningealis tünetekkel vesszük fel (1939. VI-hó 23.). Lumbalpunctio: fokozott nyomással sűrű zavaros liquor. Pandy—Waltner reactiók positivak, kikent-készítményben és culturában meningococcus. Therapia: naponta 6-szor 1 tabletta sulfapyridin per os. Kétszer 20 ccm meningococcus serumot adtunk i. v. A gyermek állapota a felvételi sulyos képhez viszonyítva meglepően gyorsan javult: sensoriuma 24 óra mulva feltisztult, a meningealis tünetek 3 nap alatt teljesen visszafejlődtek, liquora a kezelés 4-ik napján viztiszta. 6. nap teljesen láztalan. A gyógyszeres kezelés folyamán hepatitis fejlődik súlyos icterussal. Meningitise 9 nap alatt teljesen megyógyult, a toxicus májsérülés, melyről más helyen számolunk be, 3 heti kezelést tett szükségessé. Összesen 20.75 g sulfapyridint kapott per os.

V. *J. J.* 13 éves fiú. Súlyos eszméletlen állapotban került felvételre (1939. VI. 27.). Lumbalpunctatum tejszerű, Pandy, Waltner reactiók positivak, kikent készítményben, culturában, meningococcus volt kimutatható. Therapia: naponta 9 tabletta (0.5 g) sulfapyridin per os. 5 napon át 20 ccm meningococcus serum i. v. Állapota gyorsan javul: sensoriuma az ötödik napon feltisztul, a liquor sterilnek bizonyul, a meningealis tünetek a 10-ik napig teljesen visszafejlődnek. 12 nap alatt teljesen meggyógyult. Összesen 54 g sulfapyridint kapott belsőleg.

VI. *K. V.* 3 hónapos leánycsecsemő (1939. VII. 23.). Kifejezett meningealis tünetekkel, kétoldali otitis mediaval eszméletlen állapotban vesszük fel. Lumbalpunctatum zavaros Pandy, Waltner reactiók positivak. A liquorban meningococcus. Therapia: naponta 3-szor 1 tabletta sulfapyridin. 4 napon át naponta 20 ccm meningococcus serum i. v. A 7-ik napon a liquor viztiszta, a tenyésztés negativ eredményt ad. A meningealis tünetek a 9-ik napon már teljesen visszafejlődtek. 2 heti kezelés után súlyos anaemia fejlődik, emiatt transfusiókat és campolon injectiókat kap. Meningitise két hét alatt gyógyult. Összesen 18.25 g sulfapyridint kapott peroralisan.

VII. *Zs. L.* 4 éves fiú. (1940. I. 15.). Mély sensoriumzavar, erős meningealis tünetek. Hőmérséklet: 39°C. Lumbalpunctio: lassú cseppekben sűrű gennyes liquor. Pandy, Waltner reactiók positivak. Bakteriologiai vizsgálat: meningococcus. Therapia: naponta 9 tabletta sulfathiazol. (0.5 g) 5 napon át 10 ccm meningococcus serum i. v. és 10 ccm i. m. A javulás meglepő gyorsan jelentkezett: 48 órán belül sensoriuma feltisztult, az addig magas lázas beteg teljesen láztalan, 10 napon belül a meningealis tünetek is visszafejlődtek. A gyógyulás teljes, defektus nem maradt vissza. Összesen 47.5 g sulfathiazolt kapott belsőleg.

VIII. *M. I.* 2 és ½ éves leány. (1940. II. 11.) Igen súlyos állapotban erős meningealis tünetekkel vesszük fel. Lumbalpunctio: fokozott nyomással ürülő gennyes liquor, Pandy, Waltner reactiók positivak, a liquorból végzett bakteriologiai vizsgálat kikent készítményben és cultúrában meningococcust eredményezett. Therapia: 5-ször 1 tabletta sulfathiazol. 5 nap alatt 70 ccm meningococcus serumot kapott i. v. és i. m. 5 nap alatt teljesen láztalanná válik, egy hét alatt meningealis tünetek visszafejlődnek, a liquor viztiszta, steril. Teljes gyógyulást értünk el defektus nélkül. Összesen 40.75 g sulfathiazolt kapott belsőleg.

IX. *D. P.* 5 éves fiú. (1940. I. 30.) Eszméletlen állaoptban görcsökkel került felvételre. Hőmérséklet 38°C. Lumbalpunctatum gennyes, Pandy, Waltner positiv, bakteriologiai vizsgálat: meningococcus. Therapia: 6 szor 1 tabletta sulfathiazol, 3 napon át 20 ccm meningococcus serum i. v. illetőleg i. m. 8 nap alatt az eszmélet feltisztult, teljesen láztalan, meningealis tünetek visszafejlődtek. 13 nap alatt teljes defektusmentes gyógyulás. Összesen 31.5 g sulfathiazolt kapott tablettában.

X. *M. E.* 8 éves fiú. (1940. II. 8.) Erős tarkomerevséggel, eszméletlen állapotban vesszük fel. Hőmérséklet 40.2°C. Nagy motoros nyugtalanság. Lumbalpunctió: zavaros liquor, Pandy, Waltner reactiók positivak. Bakteriologiai vizsgálat: meningococcus. Therapia: 6-szor 1 és ½ tabletta sulfathiazol. 4 napon át 10 ccm meningococcus serum i. v. és 10 ccm i. m. 24 órán belül magas láza megszünt, csupán subfebrilis. 4 nap alatt sensoriuma feltisztul, 10 nap mulva: teljesen láztalan, meningealis tünetek teljesen visszafejlődtek, a liquor viztiszta, bakteriologiai vizsgálatnál sterilnek bizonyult. Összesen 44.5 g sulfathiazolt kapott belsőleg.

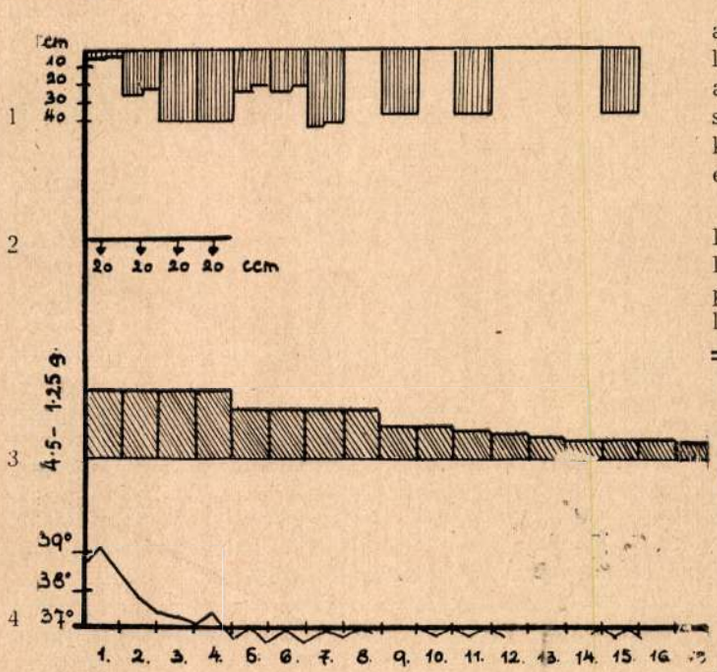
Eseteink áttekintéséből kitünik, hogy *sulfamid*- kezelés mellett egy betegünket elvesztettük, kettőnél eredményes volt ugyan a kezelés, de mindkét esetben defektus maradt vissza. A javulás csak lassan fokozatosan állott elő, 1 esetben 4 heti kezelés után recidivát kaptunk, s csak további erélyes kezelésre állott be végleges gyógyulás. Ezzel szemben a *sulfapyridin*- kezeléssel sokkal kedvezőbb eredményt értünk el. A sensorium 2—6 napon belül feltisztult, a liquor 5—8 nap mulva már sterilnek bizonyult. A súlyos általános állapot javulása, a mély sensoriumzavar és meningealis symptomák visszafejlődése, a gyors és teljes láztalanság egy csapásra állott elő. A gyógyulás minden esetünkben teljes és defektusmentes volt, recidivát az ellenörző vizsgálatok alkalmával egy esetben sem találtunk, a gyermekek teljesen egészségesek voltak. Nem hallgathatjuk el azonban a sulfapyridin toxicus mellékhatásait: egyik esetünkben komoly májsérülés, egyben súlyos anaemia (vvs = 1,520.000, hb. = 30%) fejlődött.

A *sulfathiazol* *) (2- p. — aminobenzolsulfamido — 4 methylthiazol) *kezelés hatása frappans és igen meggyőző volt.* A sensorium 2—6 nap alatt feltisztult, a beteg 2—8 nap alatt láztalanná vált, a meningealis symptomák 7—10 nap alatt visszafejlődnek s a betegség 2—3 hét alatt teljesen és defektus mentesen meggyógyult. Sulfapyridinnel kezelt eseteinkkel szemben toxicus tüneteket sulfathiazol mellett egy alkalommal sem láttunk. Ellenkezőleg ki kell emelnünk betegeink jó tűrőképességét a sulfathiazollal szemben. Az étvágyat a gyógyszer adagolás nem zavarta, betegeink a kezelés folyamán 3 hét alatt ½—1½ kg-ot hiztak. Számításba kell vennünk, hogy a kezelés a sulfapyridin illetőleg a sulfathiazol megszokott adagjainál (7.5 kg testsúlyra 1 g pro 24 óra) lényegesen magasabb adagokkal történt. Ismeretes ugyanis, hogy a liquor sulfapyridin szintje a mindenkori vérconcentratio ½—⅔-ával egyenlő. Ennek következtében az adagokat emelnünk kellett, hogy hatásos liquorconcentratiót érhessünk el. Sulfapyridinből 5 kg testsúlyra számitottunk 1 g-ot, azaz az adagot ⅓-ával emeltük, mig sulfathiazolból 4 kg. testsúlyra esett 1 g tehát az adagot kb. felével emeltük. Ennek ellenére a sulfathiazol kezelés folyamán kellemetlen mellékhatásokat nem észleltünk. Összehasonlító toxicologiai vizsgálatok a sulfapyridin és sulfathiazol között a sulfathiazol kevésbé toxicus voltát mutatták. *(van Dyke, Greep, Rake, Ivanovics)* A lehető állandó chemotherapiás hatás elérésére a teljes, éjt-napot egybekötő adagolást

*) A magyar származású Ultraseptyl—Chinoin-t használtuk.

követtük. Legalkalmasabbnak látszik a 4 órás adagolás, mivel emellett a liquorconcentratio nincs nagyobb ingadozásoknak alávetve. *(Waghelstein.)*

Valamennyi chemotherapiásan kezelt esetünkben serumot is adtunk. Ennek azonban csak alárendelt szerepe lehetett az eredményben. Klinikánk tapasztalatai alapján ugyanis állíthatjuk, hogy a ma forgalomban levő meningococcus serumoktól a meningitis epidemica therapiájában sokat nem várhatunk. *Bessau, Kleinschmidt, Löffler, Matthes, Hoclaus* a serumkezelést már évekkel ezelőtt elvetették. Hazai viszonylatban *Kramár* már 1929-ben rámutatott az eredménytelenség okára is, amikor bebizonyította, hogy a forgalomban lévő meningococcus ellenes serumok serologiailag egyáltalában nem felelnek meg a nálunk szereplő meningococcus typusoknak. Sajnos figyelmeztetése ellenére sem történt változás a serum termelésében. Pedig typusazonos serum előállítása, különösen ha az még antitoxicus sajátsággal is bir, annál is kivánatosabb volna, mivel a chemotherapiás szerek s az immunserum hatása, mint ismeretes, potenciálódik, tehát az egyik gyógytényező mintegy előkészíti a talajt a másik számára s ily módon még az eddigieknél is jobb kezelési eljárás birtokába jutnánk.



1. Lebocsátott Liquor;
2. Serum;
3. Sulfothyazol;
4. Hőmérsék.

Az erélyes chemotherapiás kezelés mellett nagy súlyt helyeztünk a liquorkeringés zavartalan fenntartására: az első napokban, naponta végeztünk kiadós lumbalpunctiókat, s a gennyes liquor lehető teljes lebocsátására törekedtünk. Ettől, valamint az i. v. adott hypotoniás oldatoktól a liquorkeringés megélénkülését valamint a gyógyszer hatás fokozódását vártuk. A liquor minősége és a nyomásviszonyok szerint a későbbiekben a lumbalpunctiókat ritkitottuk, majd fokozatosan el is hagytuk. A gyógykezelés menetét egyik kiragadott esetünk alapján a mellékelt séma szemlélteti.

Az elért therapiás eredményeket kétszeres önkritikával nézzük, mivel kis anyag felett rendelkezünk. A mindenkor következetesen előálló igen meggyőző hatás alapján azonban érdemesnek tartottuk eseteinket a közlésre egyrészt azért, mert a sulfathiazol-készítmények értékéről e betegségben tudomásunk szerint eddig még semmiféle beszámoló a szakirodalomban nem jelent meg, másrészt, mert az utóbbi esztendőben a *meningitis epidemica megbetegedések száma hazánkban erős emelkedést mutat.*

Összefoglalás: Klinikánkon az 1938—40-es években 10 meningitis epidemicában szenvedő beteget kezeltünk chemotherapeuticumokkal: 3 beteget sulfamiddal, 3-at sulfapyridinnel, 4-et sulfathiazollal. Az eredmény a következő volt:

1. Sulfamid kezelés mellett 1 beteget elvesztettünk, kettőben eredményes volt ugyan a kezelés, de mindkét esetben határozott defectus maradt vissza. A javulás csak lassan, fokozatosan állott elő, egy esetben 4 heti kezelés után recidivát kaptunk.

2. Sulfapyridin kezelés mellett mindhárom esetben teljes és defectus mentes gyógyulást értünk el. A javulás a sulfamid kezeléssel szemben egy csapásra állott elő: a sensorium 2—6 nap alatt feltisztult, a liquor 5—8 nap alatt sterillé vált. A kezelés folyamán azonban toxicus tüneteket észleltünk: egyik esetünkben komoly májlaesio, egyben súlyos anaemia fejlődött.

3. Négy, sulfathiazollal kezelt betegünk sensoriuma a kezelés hatására 2—6 nap alatt feltisztult, a magas láz kritikusan oldódott, a meningealis tünetek 7—10 nap alatt visszafejlődtek, s a betegség 2—3 hét alatt teljesen és defectus mentesen meggyógyult. Toxicus tüneteket egyik esetünkben sem észleltünk, betegeink az igen erélyes kezelést is jól türték.

Sprockhoff és *Hoppe* a meningitis epidemica kezelését sulfamidokkal mint a chemotherapiás kezelés fejlődésének egyik fontos állomását jelölik meg. A mi tapasztalatunk szerint a sulfathiazol kezelésével további lépést tettünk e fejlődésben.

A székesfővárosi Szent Gellért Gyógyfürdő közleménye.
(Igazgató főorvos: bilkei Pap Lajos egyet. magántanár.)

Egyszerű összefüggés a vérsejtsüllyedés Westergren- és Linzenmeier-féle értékei közt

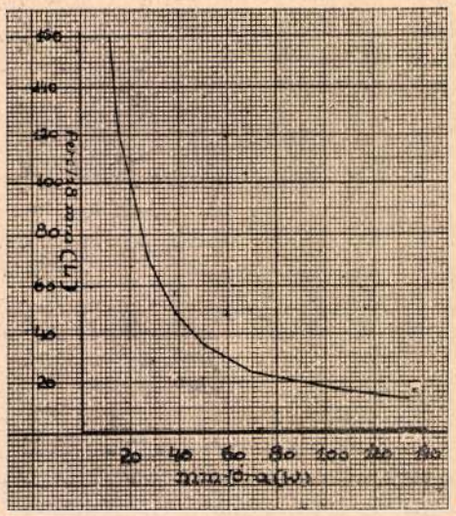
Irta: *Bogárdi Iván dr.*

A vérsejtsüllyedést leginkább a Fahraeus—Westergren-módszerrel mérjük. 200 mm. hosszúságban beosztott pipettán leolvassuk, hány mm.-t süllyed a vörösvértestszint ½ óra, 1 óra és 2 óra alatt. Az egyórás átlagértéket szokás megadni. Ugyancsak sokan használják *Linzenmeier* eljárását is (ezt leginkább nőgyógyászok szeretik); kis kémcsőbe töltjük az 1 ccm-es jelig a vért és azt figyeljük meg, mikor süllyed a 18 mm-rel lejebb elhelyezett jelig. A 18 mm-es út megtételéhez szükséges percek száma, a süllyedési idő.

Sokszor kellemetlen a gyakorlatban, hogy egyik vagy másik módszert megszoktuk és csak annak értékeit ismerjük. Nem tudjuk a másutt kapott adatokat betegeink javára felhasználni. *Westergren* már 1922-ben akart segíteni ezen és elvégezte a próbát párhuzamosan a két módszerrel. Táblázatban egymás mellé állította az egyórás Westergren-értéket mm-ben és a Linzenmeier-féle süllyedési időt percekben. Azt gondolom szolgálatot teszek a gyakorló kartársaknak, ha ezekből az értékekből görbét szerkesztek. A görbe képe maradandóbb egymás mellé írt számoknál. A görbéből könnyen kiolvasható bármely Linzenmeier (L) időnek megfelelő Westergren (W.) mm és viszont.

Azonban még fontosabb következtetést is vontam le. A görbe közel megfelelő egyenszárú hyperbolának (ezt az általános gáztörvényből mindnyájan ismerjük). Ha ez így van, akkor a coordinatarendszer két tengelyén feltüntetett összetartozó értékek szorzata állandó, ez az állandó, 10 értékpár átlagaként 1834-nek, lekerekítve 1800-nak adódott. Az átlagnak az egyes értékektől eltérése 5.1% (±2.5), tehát nyugodtan használhatjuk a 2%-nál kevesebbel eltérő 1800-as értéket.

Tehát $W_{mm} = 1800/L_{perc}$ és $L_{perc} = 1800/W_{mm}$



Ez az összefüggés nem véletlen és nem véletlen az sem, hogy az érték épen 1834. A vérsejtsüllyedés ugyanis nagyjából egyenletes mozgás, mert a nehézségi erő hatására bekövetkező gyorsuló süllyedéssel szemben surlódás keletkezik. A surlódás mindig arányos lévén a sebességgel, rövid idő alatt egyensulyba jut a két erő és a mozgás egyenletessé válik. Megkíséreltem ezt a feltevést ellenőrizni úgy, hogy 60 esetben kiszámítottam, mennyire különbözik az egyórás érték a kétórás érték felétől. A figyelembevett süllyedések 4 és 60 mm közötti egyórás értékűek voltak és az átlagos eltérés ±1.39 mm volt. Kicsiny értékek esetén ez elég nagy százalékos eltérést ad, középértékben mégis csak 7%-ot tesz ki, annak ellenére, hogy ezeket a vizsgálatokat nem tudományos céllal végeztük, hanem csak a mindennapi betegészleléshez kívánatos pontossággal. (Helykímélés céljából nem közlöm a részletes adatokat.) Tehát jogosnak tartom, hogy a süllyedést gyakorlatilag egyenletes mozgásnak tekintsük.

Az egyenletes mozgás törvénye $s = c \cdot t$; s = a megtett út, c = a sebesség és t = az idővel. Vonatkoztassuk mindegyik értéket percekre, akkor a Linzenmeier által megadott állandó (18 mm.) $18 = {}^{c}L \cdot t$, másrészt is valószínűnek tartjuk, hogy a W.-készülékben érvényes sebesség ${}^{c}W = k \cdot {}^{c}L$. Ha 18-at elosztjuk a L. idővel megkapjuk a ${}^{c}L$-et, másrészt, ha a W. mm-eket 60-nal osztjuk, ez a ${}^{c}W$; k pedig ${}^{c}W/{}^{c}L$-el egyenlő, középértéke 1.7 (±2.5%).

A kapott L. W. állandó átlagos értéke, 1834, ami 1.7. 60-nal elosztva 18-at ad, így feltevésünk helyesnek bizonyult. A fentiek további bizonyítására közlöm a következő táblázatot, melyben a Westergren által mért párhuzamos L és W értékek, a két érték szorzata, az egyes értékekhez tartozó sebességek, a W. sebesség viszonya a L-hez és az egyes értékpárokból számított constansok eltérései állanak.

Linzenmeier perc	Westergren mm	L×W	L×W eltérése az átlagtól	Sebesség L sz.	Sebesség W sz.	$\frac{cW}{cL}$	$\frac{cW}{cL}$ eltérése ez állandótól
800	2	1600	—234	0.02	0.03	1.48	—0.22
200	10	2000	+166	0.09	0.16	1.85	+0.15
160	12	1920	+84	0.11	0.2	1.78	+0.08
125	15	1875	+41	0.14	0.25	1.74	+0.04
95	20	1900	+66	0.19	0.33	1.76	+0.06
65	30	1950	+116	0.28	0.5	1.80	+0.10
45	40	1800	—34	0.4	0.67	1.67	—0.03
35	50	1750	—84	0.51	0.83	1.62	—0.08
25	70	1750	—84	0.72	1.16	1.62	—0.08
20	90	1800	—34	0.9	1.5	1.67	—0.03
Átlagos érték:		1834.5	94.3			1.7	0.087
			5.1%				5.1%

(Mint látjuk, az L . W és a sebességek viszonyának eltérései párhuzamosak, ez érthető is, hiszen W/60 = 18/L . k és L . W = k . 18 . 60).

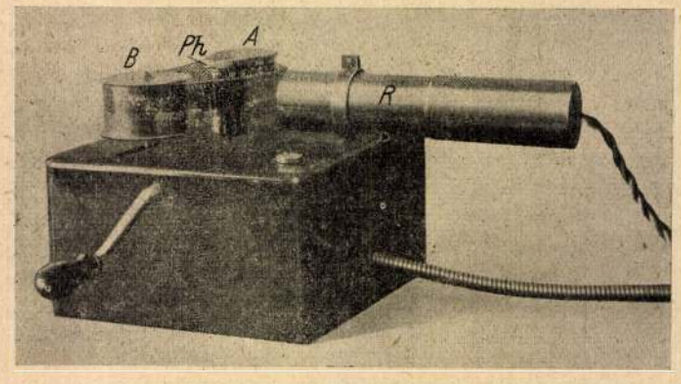
Szívhangkészülék.

Irta: *Koczkás Gyula dr.* egyetemi magántanár. Pécs.

A szívhangoknak elektroncsöves erősítők révén hallhatóvá tételét *Höber* már 1919-ben megoldotta. Azóta jelentős újítást csak *Posener* és *Trendelenburg* hozott azáltal, hogy a szívhangokat demonstráló készülékükben condensator-mikrofont használnak. Ennek nagy előnye, hogy nem érzékeny az acustikai visszacsatolások iránt és így nem kell külön szoba a hangosanbeszélőnek. Hogy e kérdésnek nemcsak elméleti, hanem gyakorlati jelentősége is van, mutatja, hogy a *Western* Co. és a *Siemens* cég is foglalkozik ilyen készülékek gyártásával.

Az ilyfajta készülékeknél több- kevesebb torzítás mindig fellép, hiszen pl. a hangszóróval való visszaadásnál minden erős hangnál a mélyfrequenciák erősödnek. Éppen ezért ajánlatos két hangszórót használni, melyek közül az egyik a magas, a másik a mély hangokat emeli jobban ki és így kb. a tényleges viszonyoknak megfelelő hangot hallunk. Természetesen a stetoskoppal való hallgatási viszonyokat legjobban a fejhallgatóval hallgatás közelíti meg. Ezt könnyen meg lehet oldani olyanformán, hogy a hangszóró helyett parallel kapcsolunk megfelelő számú fejhallgatót.

Az általam készített ilyfajta készülékben a mikrofon áramát egy kétfokozatú *ellenállásos* (ez igen fontos a torzítatlan visszaadás szempontjából) erősítőbe vezettem és ebből az erősítőből vezettem át egy 16-wattos hálózati erősítőbe, és az így felerősitett áramot a külön e célra készített hangszórókba vezettem.



Ezzel a készülékkel az egyes kóralakok természetesen csak akkor demonstrálhatók, ha megfelelő beteg rendelkezésünkre áll. Éppen ezért még 1932-ben arra gondoltam, hogy jó szolgálatot tenne egy olyan készülék, mely valamely többé-kevésbbé torzítatlanul felvett

szív-, és kopogtatási hangok, lélgzési zörejek, a vérnyomás mérésénél beálló minimális hang görbéjét újból hanggá tudná átalakítani. Ily módon ugyanis lehetővé válnék valamely szív, stb. -hangnak egy későbbi időpontban való objektiv felidézése, és az újabb állapottal való összehasonlitása, illetve, ha a tipikus szív-, kopogtatási hangokról és légzési zörejekről felvételeket készítenének, különböző szív- stb hangoknak nagy hallgatóság részére való bemutatása. Úgy gondoltam, hogy ezzel a klinikai oktatás is nyerne, hiszen minden alkalommal rendelkezésünkre állana egy olyan készülék, amelylyel a pathológiás hangoknak a normális hangoktól való eltéréseit érzékeltethetjük, amennyiben bizonyos számú film rendelkezésünkre áll. Az első, még minden tekintetben meg nem felelő készüléket 1933-ban készítettem. Ennek hibáit azóta — úgy gondolom — kijavítottam. A hangok torzításmentes regisztrálását, melyet még 1932-ben sikerült megoldanom, ez alkalommal nem ismertetem, csak röviden írom le a fotografált hanggörbék visszaadására alkalmas készülékemet, melyet a mellékelt ábrán láthatunk. Gramafonmótorral egyenletesen forgatunk egy hengert (A), mellyel szemben egy második (B) henger van elhelyezve úgy, hogy annak tengelye könnyen mozgatható legyen, és ezáltal az A hengertől való távolsága változtatható legyen. Erre azért van szükség, mert az 50—60 cm hosszú, összeragasztott filmet a két tengelyre tesszük, melyek a filmet kifeszítve tartják. A fotocella (Ph) egy zárt hengerben foglal helyet, a hengeren egy függőleges rés van, erre a résre a film rásimul. A fotocellával szemben egy csőben (R) elhelyezett lámpa van, mely egy finom rést világit meg. A rés képét lencse segítségével leképezzük a fotocella előtt mozgó filmre. Ha most az A hengert a grammofonmótorral forgásba hozzuk, forogni kezd a B henger és a film is és így a fotocellára a hanggörbének megfelelően más és más fénymennyiség esik, ennek megfelelően a fotocella több-kevesebb áramot szolgáltat. A fotocella áramát az előbbiekben említett 16 wattos erősítővel felerősítjük és ezt a felerősített áramot vezetjük a hangszórókba. A nagy erősítés miatt mindent pontosan árnyékolni kell. Ha most a filmet *ugyanolyan* (ez igen fontos!) tempóban forgatjuk, amilyen tempóban a felvételt eszközöltük, akkor ugyanazt a hangot fogjuk hallani, mint amely a hanggörbét előidézte.

A Pázmány Peter Tudományegyetem szemklinikájának közleménye. (Igazgató: Imre József ny. r. tanár.)

Trachoma és Weil Felix-reactio.

Irta: *Nagy Ferenc dr.*

Cuénod és *Nataf* ismeretes kisérletei a trachoma eredetének kutatását új irányba terelték. A rickettsiák szerepe még nem tisztázott a trachoma kóroktanában. A ruhatetvek fertőzés-átvivését sem vallja mindenki, újabb közlemények ellene foglalnak állást. A rickettsiák fontosságát látszott bizonyítani *Derkacs* 1937-ben megjelent közleménye, amelyben arról a meglepő tényről számolt be, hogy trachomás betegek vérsavója is adja a kiütéses typhus diagnosztikájában ismeretes Weil—Felix féle paragglutinációs reactiót. Utána számos ellenőrző vizsgálatot végeztek főleg Jugoszláviában és Észak-Afrikában. A közlemények 50—70%-os positiv eredményről számolnak be, általában 1:80-tól 1:800-ig higításokban. A proteus X19 törzsön kivül egyéb proteus fajták agglutinációját is megvizsgálta több szerző. *Noury* olyan proteust tenyésztett ki trachomás beteg véréből, amelyet 51 beteg savója közül 23 agglutinált 1:50—1:1000 higításban. Ezt a törzset kiütéses typhusos beteg savója igen gyengén agglutinálta, egy esetben azonban, amikor trachoma és kiütéses typhus együtt voltak jelen, agglutinációt kapott 1:2000-es higításban.

Ezekkel szemben *Julianelle* 1939-ben megjelent könyvében megemlíti, hogy már 1934-ben hasonló, nem közölt kisérleteiben azt találta, hogy a trachomás és a normalis vérsavó W. F. reactiója nem különbözik egymástól (30 eset.) *Ciotola* 5 különböző törzset vizsgált, 35 trachomás beteg savója közül egy sem agglutinálta egyik proteus fajtát sem. Állatkisérletekben sem sikerült trachomás anyaggal a vérben olyan antitesteket képezni, amelyek a proteus X19-et agglutinálnák.

Mivel az egyes szerzők eredményei ennyire eltérőek, továbbá, mivel a szerzők nagy része olyan vidékek trachomás betegeivel végezte kisérleteit, ahol a kiütéses typhus és egyéb hozzá hasonló betegség (volhyniai láz, stb.) elég gyakori, szükségesnek látszott, hogy más országokban is történjenek hasonló kisérletek.

Magyarország különböző vidékeiről száramzó 100, meglehetősen súlyos trachomás beteg vérsavójával végeztem többizben megismételt W. F. próbát. Az antigénül használt proteus X19 törzs kiütéses typhusos beteg vérsavójával 1:3200 higításban adott pozitiv reactiót. Mivel kizárólag az O agglutininek jelentősek a reactióban, valamennyi vérsavót beállítottam a Bien-Sontag szerint készült alkoholos suspenzióval is, mely ugyan kevésbbé érzékeny, mint az élő törzs, de specifikusabb. Az eredményt 2 órai 37°C thermostatban való állás után 24 óra mulva szobahőmérsékleten olvastam le. Valamennyi reactiót többizben megismételtem.

Az élő törzzsel végzett W. F. próbák eredményét az alábbi táblázat mutatja:

Trachoma alakja	Negativ W. F. (esetek száma)	Positiv W. F. A higitás foka.		
		1:25	1:50	1:100
Tr. I.	18	7	—	1
Tr. II.	40	5	7	1
Tr. III	16	4	1	—
Összesen:	74	16	8	2

Egészséges egyének vérsavója 7%-ban 1:25 és 1.2%-ban 1:50 higításban agglutinálja az X19 törzs O variánsát. A táblázat szerinti értékek nagyobb százalékot mutatnak úgyan valamivel, azonban ezeket az alacsony higításban kapott értékeket nem vehetjük fajlagosnak. A Bien-Sontg féle alkoholos antigénnel végzett reactio ugyanezen esetekben csak 7%-ban volt positiv 1:25 higításban, ami teljesen megfelel az egészséges savókkal elérhető reactióknak. Mindössze tehát 2%-ban kaptam gyengén positiv (1:100) W. F. reactiót, a Bien-Sontag féle alkoholos antigénnel ezek is csak 1:25 higításban adtak positiv eredményt.

Végeredményben az egészségeseg és a trachomások vérsavójának W. F. reactiója között olyan elenyésző különbséget találtam, hogy azt hiszem, a rectiónak semmi jelentősége nincs sem a kóroktan tisztázásában, sem a megkülönböztető kórismében. (Pl. valamely szarú erezödés trachomás eredetű-e?) *Derkacs* szerint a rectio főleg a szarú ereződéssel járó trachomában gyakrabban positiv. Az én két positiv esetemben szarú elváltozás nem volt. Nem sikerült összefüggést kimutatni a kaparékban található záradéktestek és a reactio között sem.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Gömöri Pál* és *Binder László.*

Az asthma és az ovarium hormon secretio zavarai. *M. Cheray, H. Mollard* és *M. Duret.* (Press. Med. 1940. 16—17.) A belső secretiós zavarok okozta asthmák igen nagy részét az ovarium rovására írhatjuk. Az ilyen eredetű asthmák jelentkezhetnek: 1. absolut normalis cyclus legkülönbözőbb, de pontosan meghatározott idejében; 2. menstruatiós zavarokban; 3. a menopausa felléptével. Mint minden más asthmában, itt is oki therapiát kell folytatnunk, aszerint, hogy hyper- vagy hypofolliculinaemia, vagy más változott secretio szerepel az aetiologiában. A szerzők szerint hyperfolliculinaemiában az asthmás rohamok esetleg más, tisztán gynekologiai tünetekkel társulva a 14. napon, vagy a menstruatio elején lépnek fel. E két dátum közötti időben keletkezett asthmás rohamok hypofolliculinaemiára mutatnak. Az előbbi esetben testosteron, vagy lutein hormon, utobbiban pedig folliculin hormon adandó. Ezt a therapiát természetesen hosszú időn keresztül kell folytatnunk és közben nem egyszer megtörténik, hogy az addig jól bevált therapia csődöt mond és csak az antagonistára szünnek meg az újból fellépett rohamok. Kérdéses és még kiderítésre vár, hogy a kezelés maga is nem hangolhatja-e át az ovarium secretiót? (B. 27.)

Csik Ferenc dr.

Angina pectoris előfordulásának gyakorisága fehéreken és feketéken. *Burck—Norton—Voorhies.* (Amer. J. Med. Sci. 1939. 198.) Fehér emberek közt az angina pectoris lényegesen gyakoribb, mint négereken, az arány 4 : 1. A különbség külső körülményekkel nem magyarázható. (G. 19.)

Petrányi Gyula dr.

Mellékvese apoplexia. *Altschule.* (Amer. J. Med. Sci. 1939. 198.) Kétoldali halálos mellékvesevérzés, különösen felnőttekben rendkívül ritka. 20 éves kor felett eddig alig 12 eset ismeretes, 55 éves kor felett egy sem. Az ok általában septikaemia, diphtheria, purpura, trauma. Az ismertetett beteg 72 éves korában halt meg mellékveseapoplexia következtében. A betegség hirtelen köldöktáji fájdalommal és hányással kezdődött. Perforatiós peritonitisnek tartották. Műtét a hasban kóros elváltozást nem talált, a beteg anélkül, hogy eszméletét visszanyerte volna, rövidesen meghalt. A boncolás kiterjedt mellékvesevérzést derített ki, melyet valószínűleg a mellékvesevenák ismeretlen eredetű thrombophlebitise okozhatott. (G. 20.)

Petrányi Gyula dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: *ifj. Verebélyi Tibor* és *Fedeles (Findeisen)*

Az Achilles-in szakadás klinikája és diagnostikája. *Kager.* (Chirurg. 1939. 19.) Tenniszezők, hegymászók, sportolók betegsége. Elégtelen training utáni nagyobb sportteljesítmények után jelentkezik a III. évtizedben. Oka: nagyfokú feszítés és egyidejű nyújtás. A beteg hirtelen, heves, lökésszerű fájdalmat érez a lábikra izomzatában, lépcsőnjárás, ujjonállás nehezített, térdnyújtás lehetetlen. Achilles-in-reflex nem váltható ki. A gyógyulás rugalmatlan heg az inban, cystaképzéssel vagy anélkül. Conservativ gyógymódok elégtelenek. A sebészi eljárás *Gebhardt* nevéhez fűződik. Lényege: hegkimetszés, hosszanti, tartó varratok az Achilles inba, a sebvonal fedése a triceps Surae lehajtott fascia csikjával. A betegek (38) műtét után sport- és munkaképesek lettek. (V. 21.)

Galambos József dr.

A tüdőben rekedt lövedékek sebészi kezelése. *Konjetzny.* (Chirurg. 1939. 24.) A tüdőben megakadt lövedékek néha spontan gyógyulással járnak, kórjóslatuk azonban akkor is bizonytalan, mert hónapok, sőt évek múlva is jelentkezhet, mint késői szövődmény vérzés, vagy fertőzés, tüdőtályog, vagy gangraena. A vérzést a lövedék, vagy szilánk által feltépett tüdőszövet, erek arrosiója okozza, továbbá a tüdőarteriák kis aneurysmái, amelyek traumás vagy fertőzéses eredetűek lehetnek. A tályog a szabad mellüregbe áttörve, empyemát okozhat. A bronchussérülések bronchiektasiát. A subjectiv panaszok is szükségessé tehetik a sebészi beavatkozást. Gyakran panaszkodnak az ilyen betegek légszomjról, szúró fájdalomról, görcsös köhögési rohamokról. A műtéti beavatkozáshoz feltétlenül szükséges a lövedék vagy szilánk pontos localisatiója. Szerző a szabaddá tett mellhártya megnyitása előtt hosszú punctiós tűvel rászúr az idegentestre. Ezt „tapintó punctiónak" nevezi. Csaknem kizárólag helyi érzéstelenítésben operál, csak ha a beavatkozás a mediastinumot vagy a szívet is éri, akkor altat aetherrel. Tüdőtályogban és gangraenában eljárása szokásos. Kis, nem mélyenfekvő, jól letokolt, vastagfalú tályogban fekvő szilánkot, tályogostól, mint daganatot távolít el, ha tályognyitással távolítja el a szilánkot, minden esetben drainál és tamponál. Nagyobb tüdősebzések esetében megkisebbíti a sebet, úgy hogy a pleuralemezek összetapadhatnak. (V. 22.)

Rhorer László dr.

Az ujjcsonkolás javalatairól. *M. zur Verth.* (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 50.) Legkevésbbé tisztázottak az elsőleges csonkolás javalatai. Primaer amputatio végzendő nagy lágyrészveszteséggel, vagy lenyúzással járó súlyos roncsolásban, másod- és harmadfokú égésben, fertőzött törésben és megnyilt izületekben, valamint súlyos panaritium esetében. Másodlagos csonkolásnak esnek áldozatul mindazok az esetek, amelyek gyógyulási eredménye nagyobbfokú működési gátlással jár. Ilyenek: merevség az alap- vagy első percközti izületben, főként kedvezőtlen nyújtott, vagy fokozott hajlított helyzetben (legkedvezőbb a 120°-os hajlításos helyzet.) A körömpercizület merevsége nem ok a csonkolásra. Kedvezőtlen gyógyulási eredményt ad az oldaltengelyeltolódással gyógyult csonttörés, ilyen esetekben secundaer amputatio végzendő. Ugyan ez az eljárás nagyobb, alaphoz tapadt, fájdalmas hegekben és sorvadt, minden érintés és főleg hideg iránt érzékeny ujj esetében. Más megítélés alá esik a hüvelykujj. Itt nagyobb lágyrészsérülés alkalmával transplantatióval segíthetünk. A közép vagy alapizületben merevedett ujj — kedvező állás 160° — bár kevésbbé használható, de nem jelent absolut akadályt. Több ujj ártalma esetében a hüvelykujjhoz közelebbállókra conservativ, a távolabbiakra radicalis eljárás az indokolt. A gondos indicatió-felállítás hozzásegít a kézműködés megtartásához. (V. 23.)

Rhorer László dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Iridencleisis glaukoma ellen. *Goar* és *Schultz.* (Arch. of Ophth. 1939. 6.) 72 műtétről számolnak be, eseteik nagyrészét évek óta ellenőrzik. Műtét után a szemnyomás 96%-ban normalis lett. A látás élessége 25%-, a látótér 20%-ban javult, változatlan maradt éveken át 63-ban, ill. 69%-ban és csak 12-ben, ill. 11%-ban romlott. — A műtétet ajánlják simplex typusú glaukoma ellen, mint időleges műtétet, heveny glaukomás rohamban, végül az úgynevezett subacut glaukoma magas nyomású alakjában. A műtét előnyei: kis beavatkozás, a fénytörési viszonyokat alig változtatja meg, a csarnok gyorsan helyreáll, nincs hosszantartó hypotonia, nem sérülhet a lencse, rikta az utólagos fertőzés. (G. 39.)

Nagy Ferenc dr.

Kétoldali spontan lencseficam két esete veleszületett vérbaj kapcsán. *Szinegh.* (Klin. Mon. Aug. 103. 230.) Két szellemileg visszamaradt testvéren az elülső csarnokba történt spontan lencseficam mind a 4 szemen glaukomát okozott. Minden esetben műtéti eltávolítás. A Wa.-r. mindkét gyermeken positiv eredményt adott. A lencseektopia keletkezését illetőleg szerző szerint az esetek egy részében az öröklés-biologiai magyarázat tételezhető fel, az esetek többi részében viszont létrejötte a külvilági tényezőktől függ. (G. 34).

Lugossy Gyula dr.

Idült kötőhártyagyulladás. *Gifford.* (Amer. J. Ophth. 1940. jan.) Számos szembaj húzódik meg e korjelzés mögött. Igy hám-dystrophia, asthenopiás állapotok, stb. Gyakori a füst okozta irritatio; ilyenkor tesz jót az 1% novocain adrenalinnal. Előfordul allergia is (anamnesis!) Vernalis ellen adrenalin javalt, valamelyik helyi érzéstelenítővel; belsőleg D-vitamin és calcium. A szokásos bőrpróbák helyett kötőhártya-próba jobban bevált (higított antigen becseppentése). Pilla- és hajfestőszerek a párnára és onnan a szembe kerülnek: dermatitis kiséretében acut „hurut" keletkezik; a lapis itt is ellenjavalt. Mindezen állapotok valójában nem conjunctivitisek A valódi idült hurut fertőzésen alapszik, (pontos bakteriologiai vizsgálat tenyészettel!) Leggyakoribb

kórokozó a Morax—Axenfeld, de szerepelhet pneumococcus is. Thygeson és mások hívták fel a figyelmet a *staphylococcusra;* a pathogen alak mannitolt erjeszt és toxinképző. Immunizálás céljából Lederle-féle toxoidot ad hetenként kétszer, 0.2—1.0 ccm-ig. Higítva helyileg is használható enyhe antisepticummal együtt. (G. 40.)

Grósz István dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

A vörheny alatt végzett tonsillektomia. *Hofmann.* (Mschr. f. Ohrenhk. 1940. 2.) Scarlat alatt mandulaeltávolítást általában nem szoktak végezni, mégis vannak esetek, mikor a tonsillektomia indokolt lehet. Egyesek *(Berberich, Jordanoff, Friedmann, Deicher)* már évekkel ezelőtt ajánlották a scarlatos tonsillák eltávolítását azon meggondolás alapján, hogy a mandulák képezik a fő streptococcus gócot és ezért ezek kiiktatása a scarlatina lefolyását kedvezően befolyásolja. Szerző általában ellene van e felfogásnak, de egyes esetekben a scarlat-tonsillektomia azért indokolt és áldásos hatású lehet. Esetei közül egyizben egyik oldali hatalmas mandulát távolított el, mely légzési akadályt okozott; másik esetében a rosszindulatú, septikus lázmenettel járó scarlatos betege, lacunás, igen erősen belövelt és lepedékkel fedett tonsillái eltávolítása után a septicus állapot 2 nap alatt megszünt és a scarlat otitis jelentékeny javulást mutatott. (A. 18.)

Török Miklós dr.

Oesophagitis catarrhalis. *Belinoff.* (Mschr. f. Ohrenhk. 1940. 2.) Szerző a bárzsinggyulladásnak heveny és idült alakját írja le. Az oesophagitis catarrhalis acuta leginkább influenza, heveny fertőző betegségek és aethernarkosis kapcsán keletkezik. Tünetei: dysphagia, égető érzés a szegycsont mögött, amely a hát- és gyomortájékra sugározhat ki. Oesophagoskopia alkalmával a nyálkahártya vérbő és vizenyős, néha bőséges váladék van, mely lepedék alakjában vonja be a falat. A röntgenvizsgálat az izomzat hypotoniáját mutatja. Leginkább neurastheniás egyéneken jelentkezik, amiért a beteget psychésen kell befolyásolni. Szerző folyékony, pépes étrenden kívül, bismuthos, belladonnás porokat ir elő és fájdalmak esetén anaesthesint alkalmaz. Az oesophagitis catarrhalis chronica keletkezésében azonos okok szerepelnek, mint az acut gyulladásban, de a vena portae területén lévő keringési zavarok és májbetegség is kiválthatják. A neurasthenia és hysteria disponálólag hatnak. Egyébként a betegség klinikájában mindazok érvényesülnek, amelyek a heveny gyulladásra vonatkoznak. Szerző úgy véli, hogy a dilatatio oesophagii idiopathica heveny bárzsinggyulladással kezdődik, ez izomatoniához vezet, amelyet követ a kitágulás. (A. 17.)

Török Miklós dr.

Pyramiscsúcsgenyedések és azok műtétei. *Kriegsmann.* (Hals-, Nasen-, u. Ohrenärtzt. 1940. I.) Az újabb statistika szerint a pyramiscsúcsgenyedés ritkább szövődmény, mint a sinusthrombosis és kb. a labyrinthitisek számával egyező. *Kraus* és *Mayer* vizsgálatai szerint az esetek 25%-ában terjed a pneumatisáló pyramiscsúcsig. Szerző szerint nem szükséges minden positiv röntgenlelet esetében pyramiscsúcsműtétet végezni; három esetében, ahol a pyramiscsúcsgenyedésre jellemző tünetek léptek fel, (de a klinikai kép nem volt fenyegető) további műtét nem történt és a betegek meggyógyultak. A pyramiscsúcsműtétek 3 csoportba oszthatók: 1. a csecsnyulványműtét kiegészítése, esetleg a csecsnyulványsejteket és a csúcsot összekötő fistulafeltárások által; 2. translabyrinthaer-műtét; 3. a labyrinthus kikerülésével végzett feltárás az ú. n. „zárt" pyramiscsúcsgenyedések esetében. Tapasztalatai szerint legtöbbször kissejtű csecsnyulványpnematisatio esetén voltak a csúcsban elváltozások. A prognosis akkor kedvezőbb, ha az előzetesen végzett antrotomia után kell a csúcsfolyamat miatt operálni, nem pedig amikor a csúcsfeltárás az antrotomiával egyidőben történik. Hogy milyen úton keressük fel a pyramiscsúcsot, azt a röntgenlelet határozza meg. Ha a pyramiscsúcs felső élének conturja elmosódott a belső hallójárat tájékán, akkor a facialis csatorna és a hátsó pyramisfelszin között hatolunk be. Ebben az esetben nincs is szükség radicalis üregre, hanem az alaposan elvégzett antrotomia elegendő. Más esetben a verticalis ívjárat hajlatán át vezet az út a tractus subarcuatus mentén, avagy a verticalis ívjárat felett, ha a röntgen szerint elegendő hely van az ívjárat és a dura között. Hogyha a pyramiscsúcsgóc elől fekszik, úgy a Ramadier-féle műtét a legcélravezetőbb. Ha az a benyomásunk, hogy a pyramiscsúcs feltárása nem olyan tökéletes, hogy azzal a teljes kiürülést elérjük (röntgenellenőrzés), akkor valamely más, alkalmasabb úton kell kiegészíteni a pyramiscsúcs feltárását. (A. 16.)

Török Miklós dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Anaemia haemolytica familiaris. *Debler.* (Zschr. f. Khk. 61.) Anaemia haemolytica familiaris 2 esetét közli egy testvérpáron. Egyiken 1/2, a másikon 3/4 éves korban kezdődött a betegség. Mindkét esetben infantilismus, nagyfokú lép- és májduzzanat állott fenn, továbbá hypochrom anaemia, számos magvas vörösvérsejttel. A vörösvérsejtek resistentiája nagymértékben csökkent volt. Mivel mindenfajta gyógyszeres kezelés sikertelennek bizonyult, mindkét gyermeken lépkiirtást végeztek. Az eredmény jónak mondható, amennyiben a lépkiirtás után 2 évvel mindkét gyermek teljesen egészséges. A műtét után a Hgb-érték és vörösvérsejtszám fokozatos emelkedésnek indult, a reticulocyták és erythroblastok pedik csökkenni kezdtek. A jó klinikai eredmény ellenére sem emelkedett azonban a vörösvérsejtek csökkent resistentiája. Mindkét lépben a pulpa kötőszövete feltünően megszaporodott. Szerző az anaemia okát primaer hyperplasiában látja. (K. 27.)

Gerlóczy Ferenc dr.

Herpes és varicella. *Matheja.* (Ztschr f. Khk. 61.) A hamburgi gyermekklinikán 3 herpes zoster eset fordult elő, amelyek következtében 1, illetőleg 2—2 varicella-esetet észleltek. *Bókay* felfogását elfogadja. (K. 28.)

Teveli Zoltán dr.

Az insulinresorptio, mint keringési-„test" gyermekben. *Hungerland.* (Ztschr. f. Khk. 61.) Abból a megfigyelésből kiindulva, hogy egészséges és szív-insufficientiában szenvedő gyermekek ülőhelyzetben jellegzetes differentiájú vizeletösszetételt producálnak, mely végeredményben a capillarisatióra vezethető vissza, kisérleteket állított be, melynek lénye az volt, hogy a subcutan befecskendezett insulin-resorptiót figyelte meg a vércukortükör ingadozása alapján. Testsúlykg.-ként 0.2 E. insulint fecskendezett be a malleolus lat. tájékába. Egészséges gyermekeken a felszívódás fekvő és ülő állapotban ugyanaz volt. Insufficiens szivü vagy más keringési zavarban szenvedő gyermekben lényeges különbséget mutatott a vércukortükör viselkedése. Fekvés alkalmával itt is normalis volt a lefolyás, míg ülő állapotban hasonló volt az éhezési vércukorgörbéhez. A kisérlet mutatja, hogy elég nagyfokú pangással és keringési lasubbodással kell számolni ülő állapotban keringési zavarban szenvedő betegeken az alsó végtag részéről. A kisérlet tehát a keringés functiós próbájának tekinthető. (K. 29.)

Wirth József dr.

Az exsiccosis problemája csecsemőtoxikosisban. *Uher.* (Ztschr. f. Khk. 61.) Alimentaris intoxicatióban elhalt csecsemők májában és cantharidinnel húzott hólyagokból nyert folyadékban chemiai analysist végzett. Vizsgálatai azt mutatták, hogy az extracellularis víz, a Na. és a K. erősen kevesbbedtek, míg a Ca és Mg. mennyisége alig változott. Súlyos esetekben a K. csökkenésből nemcsak az extra-, hanem az intracellularis víz csökkenésére is következtethetünk. Pathologiás körülmények között a sejtek azon tulajdonsága, hogy a biologiailag positiv anyagoktól (Na.) szabadul, ellenkező értelemben megváltozhat. (K. 30.)

Voltay Béla dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő*

Adatok a férfi és női kankó „146 R. P." (p-aminobenzène-sulfamido-methyl-thiazol) orvoslásához. *M. Jaques Leroy, de Caen.* (Bull. soc. franç. Derm. 1939. 7.) 18 heveny kankós betegét (16 férfi, 2 nő) orvosolta a szerrel a következő módon: 3 napig naponta 3 g, 3-ig 2 g és 3-ig 1 g. Hét férfibeteg eredménye nagyon jó volt. A folyás 24—36 óra alatt szünt meg; a gonococcusok leghamarabb 24 óra alatt tüntek el. 6 betegben a 4. napon gonococcusok ismét megjelentek és csak további 3 napi gyógyszeradagolásra tüntek el. Kankós izületi lob 2×9 nap alatt gyógyult egy hét közbeiktatásával. 3, más sulfamidféleségre nem befolyásolható betege is meggyógyult. Gonococcus-betokolódás ellen nem használ a szer; salpingitisben szenvedő betegek nem javultak. Előnye más sulfamidokkal szemben az, hogy

könnyen elviseli a beteg, gyomorpanaszt sohasem okoz. (Sz. 33.)

Dósa András dr.

A fény hatása a lupus erythematodesre. *M. Govin* és *Bienvenue.* (Bull. soc. franç. Derm. 1939. 7.) Szerinte a fény néha előidézi a lupus erythematodest, máskor meg éppen meggyógyitja. Hangsúlyozza, hogy körülirt lupus erythematodes aranykezelésével kapcsolatosan elengedhetetlen az egyidejű fény- és levegőkezelés, mely nélkül vagy egyáltalán nem, vagy pedig lassan gyógyul a folyamat. Ha a gócokat krétaszerű, vagy zsiros pikkelyek fedik, a kezelés eredménytelen. Ilyenkor a pikkelyeket kaparással, szappannal kell előbb eltávolítani. (Sz. 34.)

Dósa András dr.

A kankó sulfamidgyógyitásának ártalmas következményei. *M. Girard Ardorino* és *Jaubert.* (Bull. soc. franç. Derm. 1939. 7.) Toulonban a matrózok között a sulfamidkezelés óta megszaporodott a kankós betegek száma és sok visszaesést is észleltek. Noha Toulonban tág tere nyilik a nemi életnek (23 nyilvános ház, 700 bár), a fertőzések számának emelkedését azzal magyarázzák, hogy az emberek túlságosan bizván a sulfamidban sokkal könnyelműbbé válnak. Megelőzésre alkalmazták prostituáltaknak a sulfamidot. Tekintet nélkül arra, hogy volt e kankója az illetőnek, vagy sem, minden hónap első 5 napjában napi 2—3 g sulfamidot adtak per os. Ha az eljárás kivihető, ajánlják széleskörű alkalmazását. (Sz. 35.)

Dósa András dr.

TÁBORIEGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Lippay-Almássy Artur.*

Maxillofacialis sérültek elvi ellátása állkapocssérültek szakkórházába, felvételükig. *A. Rohrer.* (Dtsch. Militerärtz. 1940. 3.) Az állkapocs és az arc lövési sérülései mielőbbi szakorvosi ellátást igényelnek. Legjobb eredményt akkor érünk el, ha 24—48 órán belül szükségsint és 2—5 napon belül végleges sint helyezhetünk be. Az állkapocs orthopaediai kezelés fontosabb, mint a korai sebészi sebellátás. Ezért kell ilyen sérülteket sürgősen az állkapocssérültek szakkórházába juttatni. A szükségsint lehetőleg már az egészségügyi oszlop, legkésőbb pedig a tábori kórházban kell behelyezni. Arcsérültek szállítására legalkalmasabb a légiszállítás. (L. 1.)

Lippay-Almássy dr.

Hideg okozta bőrártalmak kezelése katonai viszonyok között. *L. Saltner.* (Dtsch. Militerärzt. 1940. 3.) A világháború állásharcaiban a nyugati fronton tömögesen fordultak elő „lábfázások" olyan katonákon, akik több napon át vízben, vagy hideg sárban álltak. A tünetek hasonlitottak a O C° alatti fagyásokra s azzal voltak magyarázhatók, hogy a nagyfokú hőveszteséghez az általános fáradság és bakancs-, csizmalefűződésen kivül a helyi hőszabályozásban is bizonyos zavarok támadnak. Az utóbbiak közül leggyakoribb capillaris keringési zavar az akroasphyxia, mely vegetativ rendszerükben stigmatizált egyéneken igen gyakori. Legfontosabb teendőnk ilyen fagyásra hajlamosaknak kiemelése, belső és helyi kezelése, valamint fokozott védelme nedves, hideg, tavaszi és őszi napokon. (L. 2.)

Lippay-Almássy dr.

Neurologiai megfigyelések a lengyel hadjáratból. *E. Stier.* (Dtsch. Militerärzt. 1940. 3.) A szerző, mint tanácsadó idegorvos főleg az idegrendszer lövési sérülései, tompa traumák által keletkezett koponyazúzódások és gerinctáji sérülések ellátásában működött közre. Harminckét gerincagysérülést mind gyalogsági lövedék okozott. A teljes harántbénulás tünetei a kisérő vizenyő miatt általában 3 segmentummal magasabb sérülés látszatát keltették. Gyakran klinikailag nyilvánvaló gerincsérülésre utaló tünetek mellett csak közeli volt a lövés, a gerincoszlop minden sérülése nélkül. Ilyen tovavitt gerincagyi commotio bordák, gerincoszlophoz közelfekvő plexusok, ágyéki segmentumok rázkódása a keresztcsont lövési sérülése alkalmával fordult elő. Távolhatásokat a környi idegeken is észlelt. Az agylövések ideglelete feltünően egyhangú volt. Ilyen sérültek 1—2 hétig aluszékonyak, ritkábban zavartak és nyugtalanok voltak. Gyorsan gyógyultak, még több órás eszméletlenség után is koponyazúzódást szenvedett sérültek, akik a korszerű motorizált háborúban mind gyakrabban előforduló közlekedési balesetek áldozatai lettek. (L. 3.)

Lippay-Almássy dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Leuchtschirmphotographie. — Röntgenuntersuchung. *Robert Janker* prof. (J. A. Barth kiadása, Leipzig. 57. o. 58. ábrával. Ára 9.60 RM.) Az átvilágító-ernyőn látható kép egyszerű fényképezésének gondolata majdnem egyidős a röntgensugarak alkalmazásával. Használhatóságát a technikai felszerelés tökéletessége: finomszemcséjű, erősen világító ernyő, fényerős röntgencső, érzékeny film és jó optika szabja meg. Ma ez eszközök rendelkezésünkre állanak, az eljárás megérett a gyakorlati alkalmazásra. *Janker*, ki világnevet szerzett magának az „indirect" röntgen-mozgóképek készitésével, rövid összefoglalásban történelmi visszapillantást nyújt az átvilágításkép fényképezéséről bőven ismertetve ezirányú saját munkásságát is. A technikai kérdések tárgyalása után rámutat az eljárás nemzetgazdasági jelentőségére, majd felsorolja a szükséges felszerelési tárgyakat. A sorozatos felvételek kivitelezése, a leletek értékelése, az anyag raktározása gondos szervezettséget kíván, hiszen a tömegvizsgálatokban sok százezres sorozatokról van szó. A ma már gyakorlatban kivihető alkalmazási területek és az eddigi eredmények összefoglalása után rámutat a további fejlődés folyamán várható lehetőségekre. Az idevágó irodalom felsorolása zárja be a végig világosan megírt füzetet, amelynek elolvasása még a laikus olvasót is kellően tájékoztatja e nap-nap után nagyobb jelentőséget nyerő eljárás minden kérdésében. A könyvecske kiállítása kitünő, majdnem fényűző.

Ratkóczy prof.

Les Hermaphrodites et la Chirurgie. *L. Ombredanne.* (Masson, Páris, 1939. 322. o. 113 ábrával. Ára: 85 fr.) A tárgy egyike a legkényesebbeknek. A róla szóló irodalmi adatok még szétszórtak; gyüjtőmunka csupán spanyol nyelven jelent meg több, mint másfél évtizede. Mióta felfigyeltünk rá, tudjuk, hogy nem ritka, tudjuk, hogy sebészileg áldásosan befolyásolható ezeknek a sajnálatraméltó egyéneknek az életfolyása; de azzal is tisztában vagyunk, hogy jószándékú beavatkozásunkkal még szomorúbb helyzetbe hozhatjuk őket. Tényekedéseinket kórbonctani, működésbeli adottságok, a beteg nevelése, társadalmi helyzete, vallási és polgári törvények kell hogy irányítsák. *Ombredanne* könyve hivatott arra, hogy ebben a szövevényben eligazitson. Huszonhét operált esetével kapcsolatosan megvilágitja a kérdés minden legkisebb részletét. Megmondja, hogy mi a teendő és nyiltan bevallja a tévedéseket, megjelöli tudásunk teljesitőképességének határait. A vonatkozó irodalmat részletesen ismerteti és felhasználja. Részletes történelmi visszapillantás után a hermaphrodismus kórbonctanát, kórélettanát ismerteti, majd kitér az osztályozás nehéz feladatára. Könyve második részét a hermaphrodismus klinikája alkotja: az egyes, irodalomban említett és saját megfigyelése alapján ismert alakokat részletesen irja le. A harmadik rész a sebészi javalatokat és ellenjavalatokat tartalmazza, kiemelve a műtét idejének fontosságát. Megkisérli egyeztetni a sebész lelkiismeretét a beteg érdekével, a törvénnyel és a vallással. A negyedik rész azokat a sebészi beavatkozásokat vázolja, amelyeket a nemi szervek fejlődési hibái miatt végezni ajánl. Az ötödik rész a leglényegesebb: a kétnemű (ambigen) egyének műtéteiről szól, amikor a sebész hivatott beavatkozással nemet megszabni. Itt is éles különbséget tesz sebészi gyakorlat szempontjából a csecsemő, a serdülés kora előtt, abban, azon túllévő egyének között.

Zárószavában kifejti, hogy a sebészi javalatok alapjai a nemi jelleg, a nemi működés és a külső nemzőszervek milyensége. Ez utóbbiakat módositanunk kell, ha dysharmóniában vannak az előbbiekkel. Végeredményben beavatkozásainkkal közelebb kell vinnünk az egyént ahhoz a nemhez, amely benne túlteng és ennek a megítélésében a működés mindig megelőzi az alakot.

Verebélyi prof.

Festschrift zur Feier des Sechzigsten Geburtstages Herrn Prof. De Alfred Vogt in Zürich von Freunden und dankbaren Schülern gewidmet. *Benno.* (Schwabe und Co. Verlag, Basel). A zürichi egyetemen a szemészet tanárának *Vogt*nak tanitványai 60. születésnapja alkalmából hatalmas kötetben összeállitották azokat a dolgozatokat, melyeket a rendezőbizottság kérésére a felkért szaktársak irtak s a Schweizerische Medizinische Wochenschriftben, a Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde-ban s az Archiv für Ophthalmologie-ban *Vogt* tiszteletére megjelentek. A schweizi folyóiratban 69, a két németben 31 dolgozat jelent meg. Két tanitványa *Schnyder* és *Rehsteiner* mesterük biographiáját közlik. *Vogt* és tanitványainak bibliographiája egészíti ki a

kötetet. *Vogt* pályáját kisvárosi kórházban Aarauban kezdte, innen Baselbe nyert meghívást 1917-ben, az egyetemi tanszékre, ahonnan 1923-ban Zürichbe jutott. E pályafutás id. *Imre József* pályájára emlékeztet, ki a hódmezővásárhelyi kórházból a kolozsvári egyetem tanszékére nyert meghívást s Erdély elcsatolásával Szegedre jutott. Némi melancholiával emlékezünk meg a párhuzamosságról. A schweizi professzor ünneplésének fényéhez képest a magyar tanár sorsa szerény keretek között folyik le.

Vigasztaló, hogy az ország, a tudomány s az emberiségért végzett munka értékében nincs különbség. *Vogt* ünnepi kötetének tartalma rendkívül gazdag. Ebben nagy része van, hogy három nagy tudományos folyóirat munkáját egyesíti. Tiszteletreméltó synthesis. A könyvet nemcsak szemorvosok, hanem minden orvos tanulsággal és élvezettel olvashatja.

Grósz Emil prof.

Bericht über die Thorakoplastischen Operationen des Jahres 1934, nach dem Stand vom 1. Január 1936. *Benno Raquet.* (G. Thieme Verlag, Leipzig. 37. o. Ára: 2 RM.). Szerző munkájának célja a Heidelberg-Rohrbach kórházban 1934-ben végzett 71 thorakoplastika közeli és távoli eredményének részletes közlése. Tulajdonképen nem más a füzet, mint 71 pontos casuistika gyűjteménye. Kitűnik, hogy az első négy hétben 15%-a a betegeknek meghalt. Késői halálozásként még 8 beteg szerepel. Röviden megemlíti a javító plastikákat, a kérdésnek munkabiztosítási vonatkozásait, a felső végtagok mozgásképességét és a testcontur elváltozását. Az összeállítást igen nagy tárgyilagosság és részletesség jellemzi.

vitéz Novák Ernő.

Vorlesungen über Feldchirurgie. *Matti.* (G. Thieme, Verlag, Leipzig, 1939. 56 o. Ára: 3 RM.) A szerző jelenleg a berni sebészeti klinika igazgatója, 1914—15. év telén a strassburgi városi kórház vezetője és kb. két évig a Svájcba internáltaknak tanácsadó s kezelő sebésze volt. A világháborúban semlegesnek maradt országok orvostudományi szerzőit jellemző, sokirányú olvasottságával 13 fejezetben foglalkozik a hadisebészet egyes kérdéseivel. Irásán megérezni a nagy klinikus irányadó egyéniségét és a baleseti sebészetben, valamint a fent jelzett helyeken szerzett igen bő, személyes tapasztalatát. Ugyanolyan nagyvonalú áttekintéssel besorolja a tábori sebészetet is minden anyagi és személyi nehézségével, a hadműveleti területen uralkodó elhelyezési és szállítási bizonytalanságával és kikerülhetetlen veszélyeivel együtt a békebeli sebészet nagy családjába.

Lippay-Almássy Artur dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület április 5-i ülése.

Bemutatások:

Csiky-Strausz Á.: *Gyomortuberculosis esete.* 51 éves férfibetegben gyomorperforatio, a pylorus közelében lencsényi perforatiós nyilás. 5 hónap múlva a nagy kurvaturán megnagyobbodott nyirokcsomók, a gyomor és máj és peritoneum parietale és viscerale fekélykörnyéki részlete igen sok miliaris szemcsével telt, ezek szöveti lelete nagyszámban mutatott ki typusos gümőket. Köpet mindig negativ volt. A gyomrováladékban Koch-bacillust sikerült kimutatni.

Sajgó Gy.: *Idegentest-meghatározó készülék.* A háborús sebészet egyik megoldatlan kérdése az idegentestek, projectilek fekvésének pontos meghatározása a test üregében. Műtétkor sok esetben azért nem találjuk meg a jelzett helyen a projectilt, mert a röntgenlelet a projectilt nem abban a helyzetben rajzolja, amely helyzetben a sebésznek a beteget a műtőasztalon el kell helyeznie. Tévedések elkerülésére a bemutatott készüléken a rögzített testrészt az irány-megjelölő ráccsal együtt maga a sebész röntgenezi le és ugyanezen rögzített helyzetben fog hozzá a projectil eltávolítására. A műtéti irányt most már nem az idegentest és a közelben fekvő csont vetülete, illetve a kettőnek egymáshoz való viszonya adja meg, hanem az idegentest és a rávetített rács relatiója.

Mező B.: *Extrophia vesicae gyógyult esete.* Az e. v. gyógyítását nagy lépéssel vitte előre *Mandyl*, aki a trigonumot teljes egészében ültette át és a ferde ureter beszájadzás megtartásával a vizeletreflex lehetőségét csökkentette. Jobb az eredménye a *Witzel*, vagy *Coffey* műtéteknek, amelyek az uretert hosszú szakaszon ferdén ültetik a végbélbe. A műtéthez nagy hasi sebészi gyakorlat szükséges. Ez magyarázza meg, hogy a magyar irodalom utolsó 40 évében található 14 esetet mind sebészurologusok *(Dollinger, Winternitz, Matolay, Bugyi, Székely, Mező)* operálták. A műtét eredménye jobb, ha gyulladásmentes húgyutakon operálunk. Vannak 5—10, sőt 30 évre terjedő gyógyulások is. *Randall* 44 extrophia vesicae miatt operált nőbeteget gyűjtött össze. Ezek közül 20 nő 28 esetben zavar nélkül szült. *Mező* esete félévvel a Coffey-féle műtét után teljesen panaszmentes, az 5 éves fiu jól fejlődik, nappal 4—5-ször, éjjel általában nem vizel.

FAGIFOR „CITO"
Calcium-sókat tartalmazó jóizű mentholos kreosot-syrup
Ideális enyhe expectorans
Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
lag. orig. P 2·30. pénzt. csom. P. —·96
CITO gyógyszervegyészeti gyár
Budapest, XIV. Lengyel-utca 33

Réthi A.: *Légzés biztosítása nagyfokú légcsőösszenyomással járó golyva-műtét alatt.* Nagyfokú légcsőösszenyomás esetében a golyva műtéte alatt előre biztosítani kell a tracheaür nyitvamaradását a műtét alatt. Bemutató egy új gyomorcsövet megkurtít, a végét trephinával úgy furja át, hogy az új nyílás a belső lumennel egyezzen. Műtét előtt a csövet a kellőleg érzéstelenített gégeí illetve légcsőbe vezeti be. A beteg légzése azonnal szabaddá válik s a műtét zavartalanul végrehajtható. Sebelzárás előtt a csövet a gége határáig húzzuk vissza, hogy előbb meggyőződjünk a trachea falának szilárdságáról.

Bajkay T.: A légzés biztosítása sürgős tracheotomia esetében is szükségessé válhat. Ha a trachea kipraeparalására kedvezőtlen anatomiai helyzet, vagy daganat következtében hosszabb időre van szükség, akkor a légzés biztosítása céljából a szájon keresztül gummidraincsövet vagy tracheoskopiás tubust kell bevezetni. Pajzsmirigyrákban szenvedő betegen végrehajtott műtét alkalmával a légzés biztosítása tracheoskop-cső segítségével történt.

Rehák P.: Az egyetemi orr-, gége-, fülklinikán előreláthatólag nagy nehézségekkel járó légcsőmetszések esetében rendszeresen alkalmazzák tracheoskop tubus előzetes bevezetését a gégébe, a légzés biztosítása céljából, a műtét tartamára. A merev cső bevezetésének az az előnye, hogy megkönnyíti az eltolódott légcső feltalálását a műtét alkalmával. *Lénárt* prof.-nak egy esetben ez eljárással is csak úgy sikerült a pajzsmirigyrák okozta légcsőszűkületben szenvedő betegben a balratolódott tracheát megtalálni, hogy a feltárt nyaki ráktömegen át tűvel tapintotta ki a bevezetett tracheoskop tubust, miáltal a légcsőmetszés eredményes elvégzése lehetővé vált.

Előadás:

Müller F.: *A gonorrhoea gyógykezelésének mai állása, különös tekintettel a legújabb chemotherapiás készítményekre.* (Kézirat nem érkezett.)

Noszkay A.: Az újabb sulfamid-származékokkal, (ronin, ultraseptyl, sulfopyridin) heveny kankóban átlag 90—96%-os gyógyulást lehet elérni, ha a kezelést azonnal, a tünetek megjelenésekor megkezdik és húgycsőfecskendezést is alkalmaznak. Vaccinálást és ingerlő kezelést csak sulfamid-resistens, szövődményes, idült és gócfolyamatokban alkalmaz. A recidivák gócfertőzések eredményei. A sulfamid ártalmas hatását a spermatogenesisre olyan mértékben, mint azt francia szerzők észlelték, nem tudja megerősiteni.

Picker R.: A járványtan szerint a go.-sok A) typikus; B) tartós; C) időnkénti; D) tiszta ürítők (ü.) Hozzászoló *helyi kórismeje* (Td.) 30 éves átlaga szerint kb. 45% A), 20% B), 30% C) és 5% D)-csoportbeli go. ü. van. Az Aü.-k panaszait a Td. *első*, vagy *új* adnexitisekre vezeti vissza. B)- és C-ben *régen* inficiált hiányosan ürült és ürített, ezért tartósan vagy csak időnként, de rosszul működő adnexekre. Ezek D-ben már kiürültek. A go., tünet és reactio nélkül is, csak a húgyutakban van; innen a Td. által irányított gyógyszertherapia (mth.) *egy csapásra* kiírtja. Az *Aü.-ket korai evacualó eljárása* (eth1) és a kellő mth. 1 hét és 6 hó között *maradék nélkül kigyógyítja; sem B) sem C)ü-ket nem termel.* Ezekből a *kései* eth. (eth2) a go.-t sokszor mth. nélkül, néha pár nap, ill. hét, átlag több hónap alatt ki-

irtja. C) kb. 20%-ában [C)1 tartósan recidiváló esetek], ez csak több kúrával, nem is ritkán *évek* alatt sikerül. A go.-hiányt kellő *óvszeres coituspróbák* és ellenőrzés után mondja ki; tartama: A)- és D)-nél átlag 4 hét; B)- és C)-nél 2—6 hó; C)1-nél *2—3 év* is lehet. A *sulfapyridin*-ek (sp.) 1 év óta folyó tanulmányai a (Td. fenti, 40 év alatt kialakult megismeréseim csak annyit változtattak, hogy kiderült: I. a sp.-k a go.-infectio összes tüneteit általában meglepő gyorsan visszafejlesztik; II. az *eth. keretében könnyű új* és *régi*, gyógyuláshoz közelálló adnexitisek kezelése ugyanígy rövidülhet meg, 2. „lökések" és más szerek feleslegesek, 3. a betegre nem ártalmasak; III. a *mth. keretében a tünetnélkül*, de főkép *a tartósan recidiváló ürítők számát* alig fogják *lényegesen apasztani.*

A Közkórházi Orvostársulat március 27-i ülése.

Telegdi I.: *Chemotherapiás eredmények meningitis epidemicában.* Hazánkban a m. e. morbiditása az utóbbi 20 év alatt messze elmaradt az évi 100-tól, a múlt évben azonban 500-ra ugrott, az idén pedig alig 3 hó alatt már 580-ra, úgy hogy határozott járványról beszélhetünk. A régi szokásos kezelés (spec. savó, gerinccsapolások mellett igen magas (76%) volt a kórházi lethalitás. Sulfathiazolt (ultraseptylt) kezdett adni eleinte savós kezeléssel combinálva, majd az igen jó eredmények láttára savó-kezelés nélkül. Az így kezelt esetekben a halálozási százalék 15.5%-ra, sőt a moribundan bejött esetek leszámításával 7.3%-ra esett. Feltünően megrövidült a betegség tartama, az azelőtti átlagos 25 napról 11 napra. A sensorium rohamosan feltisztul, a láz, a meningealis tünetek megszünnek, a liquor néhány nap alatt viztiszta lesz és coccusmentessé válik. Ha a szert idő előtt elhagyták, a tünetek újra jelentkeztek. A sulfapyridin készítmények (ronin) hatása hasonló volt, de több volt a mellékhatás (hányás, kiütés, stb.). Adagolás: felnőtteknek 8—14, gyermekeknek 3—6 tabletta naponta.

Csapó J.: Osztályán a meningitis epidemicát serummal és ronin-ultraseptyllel kezelik, az eredmények jók, a ronin és ultraseptyl nem teszi feleslegessé a meningococcus serumot.

Kalocsay K.: Megjegyzi, hogy amikor osztályán a savókezelést mellőzték, ezzel nem akarták azt a meningitis therapiájából kiküszöbölni: ilyen súlyos betegségben valóban minden therapiás lehetőséget ki kell használni. Ahhoz azonban, hogy a sulfathyazol hatását tisztán megítélhessék, azt egymagában kellett alkalmazni. Talán nem merték volna ezt megkockáztatni, ha az első próbálkozások annyira eredményesek nem lettek volna. Minthogy az ultraseptyl feltétlen hatásosságát az osztályon tett eddigi tapasztalatok véleménye szerint teljesen eldöntötték, a jövőben savókezelést is alkalmaznak.

Bründlmeier I.: A Madarász-utcai kórházban 6 meningitis epidemica esetet (1½—8 évesek) kezeltek sulfapyridinkészítményekkel (sulfapyridin, ronin), 5 éven aluliak napi 2 g, 5 éven felüliek napi 4 g-t kaptak legalább 36 órán át, de szükség esetén 4 napig is. Minden esetben adtak ezenkívül serumot lumbalisan, 3—4—5 napon át. Mind a 6 beteg teljesen meggyógyult, a leghosszabb gyógytartam 3 hét volt. E kevés számú esetben is a feltünően jó eredmény a szer hatásosságára enged következtetni.

Bézi I.: Mint a Szent László kórház igazgatója, az előadóval megbeszélte az előadás lényegét. A kórházban eddig mintegy 150 m. e.-ban szenvedő beteget ápoltak; meghalt 33. A kórbonctani elváltozásokat illetően megemliti, hogy az izzadmány általában a lágyburkok között diffuse helyeződik el és csak ritkán volt sapkaszerű, amit jellemzőnek tartanak; 3 esetben egyidejüleg elszórt vérzéses leukoenkephalitist is észlelt, több izben lapszerinti vérzéseket a lágyburkok között, néha haemokephalus internussal. Felhivja a figyelmet a liquor lassú lebocsátására, mert a hirtelen nyomásváltozás az erek, főleg a capillarisok kóros állapota miatt, könnyen okozhat vérzéseket. A járvány megszüntével tapasztalataikról részletesen beszámolnak.

Campián A.: *Orr- és gégegyógyászat az általános gyakorlat szempontjából.* Felsorolja az orreldugulás főbb okait és annak következményeit: fejfájás, az orrlégzés akadályozottsága folytán; hurutra hajlamosság növekedése a szájonát légzés miatt; a táplálkozás hátrányos befolyása különösen a csecsemőkorban; a munkabírás csökkenése, minthogy a tüdők elégtelen gázcseréje miatt a szív fokozottabb munkára kényszerül. Ismerteti az orrüregi elváltozások szerepét a szaglászavarok előidézésében és az orr jelentőségét a különböző reflexneurosisok keletkezésében. Kiemeli az orrmelléküregek betegségének nagy gyakorlati fontosságát, különös tekintettel a fogeredetű állcsontöbölgenyedésre. Rámutat a mandulák szerepére a gócfertőzésen alapuló betegségekben. A rekedtség okainak felsorolása kapcsán megvilágítja a gégetükrözés fontosságát és hangsúlyozza, hogy a hangszalagon fejlődő rákos daganat első tünete a rekedtség; ily kezdeti szakban a műtéti eredmények még a hang tekintetében is nagyon jók. Foglalkozik a bénulások okozta rekedtséggel és a gégetükri vizsgálat diagnostikai jelentőségével. A direct tracheo-bronchoskopiát a mai orvostudomány egyik legnagyobb vívmányának tartja, eredményeit pedig a gégegyógyászat legszebb teljesítményei közé sorozza.

Horay G.: A gégészetnek a szemészethez számos vonatkozása van, amit néhány példával igazol. A *könnytömlőgyulladások* egy nagy csoportja (inkább fiatal korban) másodlagos betegség; oka az orrban, ill. az orrcsontokban keresendő. Ezek operálása inkább rhinologusok feladata. A *limphatikus* szembajok súlyosabb alakjai ezért gyógyulnak nehezen, mert az orrban lévő adenoid vegetatio azokat ártalmasan befolyásolja. Az *uveitisek* aetiologiájában a tonsillaris fertőzés nagy jelentősége közismert. Anatomiai alapja van annak, hogy a *neuritis retrobulbaris acuta* kóroktanában régebben oly nagy fontosságot tulajdonítottak az orrmelléküregeknek. Ma ennek a jelentőségét nem tagadjuk, de a sklerosis multiplexnek elsőséget adunk.

Kalocsay K.: Kiegészítésképen említést tesz a gégediphtheria direct-laryngoskopiás kezelése körüli tapasztalatokról. Ez az eljárás nemcsak a croup és álcroup közti biztos elkülönítést teszi lehetővé, hanem a lepedék kiszivására is módot ad s ezáltal az intubatiót teljesen feleslegessé teszi. Osztályán intubatiót ma már alig végeznek: tiszta laryngs-di. esetén a kiszívás is elegendő, mélyebbre descendáló croupban pedig csak a tracheotomia segit, mert a leváló álhártyatömegek a csövön át nem tudnak kiurülni. Igen nagy eredmény az is, hogy a laryngoskopos kezeléssel a gégeszűkületeket elkerülhetjük.

A Debreceni Orvosegyesület március 14-i ülése.

Bemutatás:

Kovács Z.: *18 öngyilkossági kisérlet 12 év alatt.* (Kézirat nem érkezett.)

Gyergyói J.: *A myokardinfarctus felismerése és gyógykezelése.* A debreceni belklinika 45 esete kapcsán számol be. Feltünő az esetek szaporodása. Foglalkozik a kor, nem faj, foglalkozás, diabetes, lues, nikotin szerepével. Okai lehetnek: I. az érfal betegsége (coron. skler., thrombophleb., migr., thrombarter. oblit., fertőzések); II. spasmusok (vasoneurot. zavar, trauma, hypoph. hátsóleb. kivonat.); III. traumák; IV. embolusok; V. a vér megváltozása (60 mérgezés, viscosítás, kering. seb. megváltozása, stb.). Kiválthatják nehéz, szokatlan testi munka, nemi izgalmak, étkezési, dohányzási abususok, lelki izgalmak, frontátvonulások, de a legnagyobb nyugalomban is bekövetkezhet.

Olykor a tünetek megegyeznek az angina pectorisban észleltekkel, de hosszabb ideig tartanak, értágítókkal nem befolyásolhatók és megsemmisülés érzésével járnak. Az esetek többségében azonban hiányoznak az ilyen typusos panaszok. 14 betege enyhe anginárol tesz említést, 6 betegnek decompensatiós panasza volt, 3 beteg szívdobogás, bágyadtság miatt kereste fel a klinikát, 5 betegnek csak hasi panaszokat okozott az infarctus. (Cholecystitis calculosa, ileus, gastritis acuta, coecum colitis, puffadás-böfögés.) Physikalis vizsgálatkor elesettség, szapora arhythmiás pulsus, cyanosis, verejtékezés, eszméletvesztés, tüdővizenyő, nagy máj, perikard., epistenokardiát, plexus neuralgiát utánzó, hosszú ideig tartó vállfájdalom észlelhető. Vérnyomásesés, — esetleg emelkedés — láz, kisfokú, cukorürítés, leukocytosis, vércukoremelkedés biztosíthatják a diagnosist. Vérsavó, mN. emelkedése, gyomor-bél panaszok elhárítandó szövődmények lehetnek. Feltünt néha a W.-r. positivitása az acut szakban, noha luese a betegnek nem volt. A kórisme biztosításához az ekg-vizsgálatot feltétlenül el kell végezni, ekg.-tünetekről előző ülésen már beszámolt. Prognosis függ a keletkezés okától, elhalálozás helyétől, kiterjedésétől. Nem absolut rossz. Gyógyulás után, ha az érfal egészséges volt, teljes munkaképességet is gyakran látunk. A szövődményeket is ismerteti.

Gyógykezelés: 6 heti ágynyugalom, sedativumok, fűszer-, rost-, fehérje-, só-szegény diaeta, folyadék-megszorítás mellett a k.-strophantin-ekezelést tartja helyénvalónak, mert a szívizom jó táplálása révén az extrasytoliát gyorsan meg-

szünteti és a szívgyengeség kifejlődését megakadályozza. 6 hét után tartós k.-strophantin-kúra és értágítók mellett ½—1 évi kímélő életmód szükséges. E kezelés következetes keresztülvitelével a klinikán 18% a mortalitás a gyógyulási szak alatt és ez esetek felét is közvetlenül a beszállítás után veszítették el.

Csernátony L.: *Feil* és *Beck* amerikai sebészek a szívizom vérellátásának javítására műtétet dolgoztak ki. Ez abból áll, hogy vagy az arteria intercostalist vagy az a. mammaria internát varrják be a szívburok alá, esetleg cardio-omentopexiát alkalmaznak. Kisérleteiket az az elgondolás vezette, hogy mint az előadó is említette a leggyakoribb a bal coronaria thrombosisa. Egy boncoláskor kimutatott bal coronaria embolia ekg.-lelete infarctust illetőleg negativ volt. Úgy látszik, hogy a gyermekkorban inkább a rhythmus-zavarok és a vezetési zavarok érvényesülnek abban, amit az ekg. mutat. A gyermek sinus thrombosisból tüdőtályogon keresztül kapta az emboliát. Négy napig élt és az ekg betegségének második napján készült.

Szemklinikák, szemkórházak, szemosztályok Magyarországon

Magyarország Klinikáinak és Kórházainak Szövetsége ezévi közgyülésén *Imre József* egyetemi tanár a budapesti egyetemi Szemklinika igazgatója igen érdekes és tanulságos előadást tartott a szembetegek kórházi elhelyezésének lehetőségeiről. Mindazok, kik az ország közegészségügyét szívükön viselik, hálásak lehetünk, hogy e kérdést újból megvilágította. A helyzet az utolsó időben romlott, ami annál sajnálatosabb, mert 1904—1914. terjedő tiz év alatt sikerült volt a szembetegek elhelyezésére szolgáló ágyak számát növelni. 1904-ben, amikor mint trachomaügyi kormánybiztos programmomat közzétettem, reámutattam arra, hogy úgy a trachoma ellenes küzdelemben, mint a vakság megelőzésére szemkórházak és szemosztályok az alap, melyre az actiónak támaszkodni kell.

Ujból idézem azon rendelet szövegét, melyet *gr. Tisza István* sajátkezű fogalmazásban a törvényhatóságokhoz intézett.* Ebben a törvényhatóságokat arra biztatja, hogy a „közkórházakban szemészeti osztályokat létesítsenek, melyek egy vele egyetértőleg kiszemelendő *elsőrendű szakember* vezetése alatt egyfelől magának az általános szemgyógyászatnak terén messze vidékre éreztessék áldásos hatásukat, másfelől a trachoma elleni szakszerű és sikeres védekezés olyan gócpontjait alkossák, amelyekben az ezen baj által sujtott községek orvosai annak kezelésében alapos elméleti és gyakorlati kioktatást nyerhessenek". A miniszter kilátásba helyezte, hogy ez osztályok felállításában a törvényhatóságokat erkölcsileg és anyagilag támogatni fogja. Abban az időben a budapesti egyetemi szemklinikának 52 ágya, a budapesti kórházakban 223 ágy, a kolozsvári egyetemi szemklinikán 55 ágy, a két vidéki szemkórházban (Brassó és Hódmezővásárhely) összesen 82 ágy, 8 vidéki állami trachoma kórházban 132 ágy, vidéki kórházi szemosztályokban 305 ágy, összesen 849 ágy állt Nagymagyarországon szembetegek rendelkezésére. **)

A Tisza István által jóváhagyott programm megvalósításához nagy eréllyel fogtunk hozzá s 1912-ben a 3 egyetemi szemklinikán kivül, melyekben 202 ágy állott rendelkezésre (100% emelkedés) a négy állami szemkórházban 319, a három régi trachoma kórházban 57, tizenhárom közkórházi szemosztályon 647, összesen 1195-re emelkedett a szembetegek elhelyezésére szolgáló ágyak száma. Ez kétségtelen haladás volt, de csak kezdetnek tekintettük. ***) A fővárosban a Szent István kórház számára sürgettünk szemosztályt (az ott elhelyezett trachoma osztály megszünt volt), Kassán, Nagyszebenben, Marosvásárhelyen terveztünk nagyobb szemosztályokat. A háború s az ország megcsonkítása rombadöntötte a terveket, sőt elvesztettünk 3 állami szemkórházat s a kórházi szemosztályok egész sorát. A vidéki szemkórházak közül egyetlen maradt meg Szegeden, de ebből szemklinika lett, amikor a kolozsvári egyetem Szegedre került. *Scholtz Kornél* nagy érdeme, hogy a kórházak reconstructiója a romok eltakarítása után nagy lépéssel haladt előre, de az elvesztett vidéki állami szemkórházak helyett *nem* épültek újak, s a kórházi szemosztályok fejlődése sem tartott lépést a többi kórházi osztály fejlődésével. Némi kárpótlásul szolgált a debreceni és pécsi egyetemi szemklinika megnyítása, úgyhogy 1929-ben tiz év után az 5 egyetemi szemklinikán 474 ágy, a budapesti állami szemkórházban 170, a budapesti kórházakban 184 ágy, a vidéki közkórházakban 327 ágy, összesen tehát 1482 ágy állott rendelkezésre. Az 1931. évi gazdasági crisis a fejlődést újból megállította, sőt hanyatlást idézett elő. A klinikák költségvetései a meglévő ágyak kihasználását sem tették lehetővé, sőt ami a legnagyobb mértékben sajnálatos, a reductiónak áldozatul esett a budapesti egyetem II. sz. szemklinikája, ami 80 ágy veszteséget jelentett s a fővárosi közkórházakban is apasztották a férőhelyek számát, úgyhogy *Imre József* számítása szerint ma Budapesten már csak 366 ágy áll szembetegek felvételére. Érdekes, hogy mig a budapesti egyetemi klinikákon 1867-ben az összes ágyak 19%-a szolgált szembetegek elhelyezésére, 1885-ben 12%, 1904-ben 7%, 1912-ben 11%, 1929-ben 13%, 1940-ben már csak 8.5% a szemészeti ágyak száma. Budapest Székesfőváros közkórházaiban 7.000 ágyra 92 szemészeti esik, ami 1.3%-nak felel meg s ha az állami szemkórház 170 ágyát hozzászámítjuk a közkórházakéhoz, akkor is csak 3.7%. A vidéki közkórházak ágyszámaihoz képest is csökken a szemészeti ágyak számaránya.

Mindezeknek igen súlyos következményei lesznek, a vakok arányszámának emelkedése mellett a munkaképtelenek s a katonai szolgálatra alkalmatlanok száma növekedni fog. Mi a teendő? Budapesten a Szent István és Szent János kórházak szemosztályainak ágyszámát emelni kell, sőt nagyon szükséges volna, hogy a Szent Margit kórház is kapjon szemészeti osztályt. A vidéken a nagykanizsai, szolnoki kórházakban, úgyszintén Munkácson és Ungváron szemosztályokat kell létesíteni, utóbbi kórházakban a háború előtt volt. Kecskeméten pedig állami szemkórházat kell létesíteni. Az egyes kórházi osztályok ágyszáma 30—40, a szemkórházé 60—80 lehetne. Azt, hogy egyes kórházak szemészeti rendelőorvosi állások felállításával s néhány ágynak más osztályokon belüli biztosításával óhajtanak segíteni, célszerütlen. Jól felszerelt, kellő ágyszámú s *teljesen* kiképzett szakemberek vezetése alatt álló osztályok tölthetik be csak jól a reájuk váró nagy feladatot. Mindez természetesen anyagi áldozatokkal jár. A költségvetés nagyarányú reductiója óta a kiadások újból emelkedtek, de a klinikák és kórházak kiadásainak nagymértékü csökkentése még nem szünt meg, ilyen módon a meglevő s felszerelt ágyak száma nincs kihasználva. Ez már önmagában pazarlás. E mellett a betegek felvételének megnehezítése épen a kórházi ápolásra leginkább szorulókat sújtja. A klinikák költségvetésének reductiója, a kórházak átalányozási rendszere odavezet, hogy a kis-

*) Nem lehet elég gyakran emlékezetbe hozni.

**) Lásd: Magyarország szemklinikái, szemkórházai, szemészeti osztályai, Orvosi Hetilap Szemészet 1904. 2. sz.

***) 1. A trachomaellenes védekezés Magyarországon, Orvosi Hetilap Szemészet 1912. 1. sz.

emberek, sőt a kórházakban a teljesen szegények felvétele megnehezül. Az 1931. évi nagy crisis talán indokolta a 6.000/1931 sz. rendeletet, mely az 1898, XXI. tc. humanus intézkedéseit felfüggesztette, de ma, amikor a költségvetés újból hatalmasan felemelkedett, semmiképp sem indokolt e rendszabályok fenntartása. Elérkezett az idő, hogy a szakemberek újból felemeljék szavukat, még akkor is, ha az eddigi törekvések Sisyphusi munkának bizonyultak. Az ország közegészségügye hatalmas fejlődést mutat. Ebben *Johan Béla* államtitkárnak elévülhetetlen érdemei vannak. Bizunk benne, hogy nagy tudásával, nagy tekintélyével s nagy energiájával Magyarország kórházügyének fejlődését is biztosítani fogja s ezzel a nemzet erejének növelését fogja elérni. Ennél fontosabb feladat nincs.

Grósz Emil dr.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift, 14. és 15. sz. *Heinsius E.:* Harcgázok hatása a szemre. — *Hofmann E.:* A metasyphilis pathogenesise. — *Lange F.:* Szellemi túlerőltetés okozta testi kórtünetek. — *Eichler P.:* Rákellenes küzdelem és felvilágosítás. — *Keller F.:* Mastitis conservativ kezelése az új silsulfur-kenőccsel. — *Leubner H.:* Rheumás arthritisek rubrophen-kezelés. — *Kern B.* Anyagcsereszámítási táblázat. — *Spath F.:* Transfusio a harctéren. — *Jungmichel G.:* Haláleset perabrodil-injectio után. — *Lange F.:* Szellemi túlerőltetés okozta testi kórtünetek (folytatás.) — *Horsters H., Gebhardt I.* és *Nordhausen W.:* A scarlatfertőzés és menstruatiós cyklussal szembeni érzékenység összefüggései. — *Drenkhahn R.:* A trichinosis és kezelése. — *Schwalm H.:* Luesdiagnostika a terhességben. —

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 15. sz. *Bickel:* Anyagcserevizsgálatok a német nép fehérjetáplálásáról az 1939—40-es téli háborúban. — *Schultz:* Scarlat-prophylaxis. — *Morell:* Kiráradás meggátlása testazonos hatóanyagokkal. — *Lindemann, Felke* és *Schleiff:* Heveny férfigonorrhoea kezelési tartamának megrövidítése chemotherapiával. — *Schulemann* és *Spies:* A malariaparasiták pigmentmentes alakjainak keletkezése és fejlődése. — *Heupke, Endress* és *Nassel:* A gombák kihasználása. — *Hesse* és *Meissner:* Adatok a tbc. chemotherapiájához VI. A silogran hatásmódja. — *Dietel:* A fluor diagnosisa és kezelése. — *Schreuss* és *Proppe:* Tapasztalatok 5 éves tervszerű lupusellenes küzdelemmel Düsseldorf kerületében. —

Wiener Klinische Wochenschrift, 15. sz. *Rubritius H.:* A prostatahypertrophia újabb kezelése. — *Lainer G.:* Ulcus, mint öröklött betegség. — *Eisenmenger R.:* Alkalmazzuk e a Bismotort pneumonia esetén? — *Wolfram S.:* Virusbetegségek a bőrgyógyászatban. —

La Presse Médicale, 31—32. sz. *Leriche R.:* Idegvarratok sikertelenségének okai. — *Binet L.* és *Burstein M.:* Bronchospasmus és bronchuselernyedés előidézése a légutakon át. — *Donzelot S.* és *Menetrel B.:* Elektrokardioskopia. — *Simon C.:* Bismuth okozta cervico-vaginitis. — *Durand P.:* Rendellenes helyen jelentkezett erysipeloid. — *Manoussaris E.:* Biologiai eljárások a szunyoglárvák kiirtására. — *Plichet A.:* Fertőzött sebek kezelése hypertoniás kaliumsulfat oldattal. — *Delvaux F.:* Vas deferens könnyű lekötése kicsiny metszésből. —

The Journal of the American Medical Association. márc. 23. *W. H. Barker* és *W. Barry Ward:* Jodismus. — *G. F. Madding, M. W. Binger* és *A. B. Hunt:* Szülés utáni urinaria-eldugulás. — *H. Martz, M. N. Foote:* A rectum stricturái. — *W. O. Russel* és *M. E. Lamb:* Erysopelotrix endokarditis. — *C. Boettiger, M. Weinstein, J. Werne:* Friedlaender-bacillus okozta elsőleges májgenyedés. — *M. Ortmayer, P. M. Stetler* és *E. Giryotas:* Epefistula láthatóvá tétele. — *W. Antopol* és *C. E. Schotland:* Pseudohypertrophiás muscularis dystrophia. — *T. W. Baker:* Histaminase a hülés allergiájában. — *C. A. Aldrich* és *H. H. Boyle:* Concentrált embervér-serum, mint diureticum. —

Lapunk mai számához Kemény Gyula „Zrinyi gyógyszertár"-ának (Budapest VIII., József krt. 10.) gyógyszerkészítményeiről szóló ismertetését mellékeltük.

VEGYES HIREK

Személyi hírek. A kormányzó a vallás- és közoktatásügyi miniszter előterjesztésére *Sebestyén Gyula dr.* főorvos, Erzsébet tudományegyetemi magántanárnak a szakirodalom művelése és az orvosképzés terén szerzett érdemei, *Adler-Rácz Antal dr.* főorvos ugyancsak Erzsébet tudományegyetemi magántanárnak a szakirodalom művelése és az orvosképzés terén szerzett érdemei elismeréséül az *egyetemi rendkívüli tanári* címet adományozta.

Halálozás. bogárdi *Mészöly József dr.* egészségügyi főtanácsos, ny. tisztifőorvos, a székesfehérvári orvosi kamara elnöke, április 9-én 70 éves korában Székesfehérváron; — *Zalán (Zufall) Sándor dr.* rendelőintézeti szakorvos április 10-én Budapesten elhunyt.

Paolo Gaifami, a szülészet és nőgyógyászat ny. r. tanára a római egyetemen, az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága meghívására *április 24-én, szerdán d. u. 6 órakor* a tudományegyetemi II. női klinika tantermében olasznyelvű előadást tart vetített képekkel a női nemzőszervek tuberculosisáról. Az előadást magyar nyelven tolmácsolják.

A Magyar Élettani Társaság jubiláris vándorgyülését május 30—június 1-én tartja Budapesten az Egyet. Ált. Kórtani Intézetben (Hőgyes Endre-u. 9.) A vándorgyülésen résztvenni óhajtókat kérik, hogy tájékoztatás céljából szíveskedjenek bejelenteni, hogy elszállásolásra igényt tartanak-e? Az ellátásra és elszállásolásra vonatkozó értesítést az adatok birtokában később megküldi a rendezőség. A részvételi díj valószínűleg 20 P lesz. A végleges jelentkezés és az előadások bejelentésének határideje május 10.

Kenyeres Balázs emlékünnepély Kolozsvárt. Az Erdélyi Múzeum Egyesület Orvostudományi Szakosztálya 1940 április 8-án tartott tudományos ülésén *Koleszár László* elnök tartott emlékbeszédet *Kenyeres Balázs*ról a kolozsvári majd a budapesti egyetem nemrég elhunyt kiváló tanáráról.

„Tábori egészségügy és hadisebészet" címmel, tekintettel ennek actualitására irodalmi szemlénkben új rovatot nyitottunk, melynek vezetését felkérésünkre *Lippay-Almássy Artur* főtörzsorvos úr vállalta.

A washingtoni entomologiai intézet vizsgálatai alapján megállapítják, hogy a repülőgépek veszélyes betegségterjesztők, amennyiben különböző férgeket hurcolnak szét. Khartumban pl. a repülőgépekből 227 féle férget gyüjtöttek össze, melyek különböző emberi, állati és növényi betegségek kórokozói.

Szovjetoroszországban 1938-ban több, mint 1000 tábori sebészt, (felcsert) 30.000 ápolónővért, 11.000 bábát, 2000 gyógyszerészt és 1000 fogorvost képeztek ki.

Mi az a „complexum"? A rheuma-congressus alkalmából egy már szinte kiirthatatlannak látszó nyelvhibára hivom fel orvosíróink figyelmét: Az előadók valamennyien *complexumot* mondanak *complexus* helyett, ami éppen olyan súlyos nyelvhiba, mintha *congressum*ról, *effectum*ról, *intellectum*ról beszélnek *congressus, effectus, intellectus* helyett. Mindezek hímnemű főnevek. A *complexum* szó legfeljebb, mint *semleges melléknév* szerepelhet. — *Tisza István* minden alkalommal mind szóval, mind írásban az egyedüli helyes *complexus* szót használta. Igen nagyon kevesen követik példáját. *Vajda Károly dr.*

Helyreigazítás: Múlt heti számunkban „A magyar Pasteur-intézet 50 éve" c. cikkben a 195. oldal jobb hasábjának 6. bekezdésében „A teljes védojtásra felvettek közül 6516 kimaradt", továbbá a 7. bekezdésben „a Pasteur-módszere szerint védojtottak pontos száma gyanánt 3410, 1.49% halálozással" értendő.

A tonsillitis follicularis gyógykezelésében és szövődményeinek megakadályozásában fordulópontot jelent a *bismut* alkalmazása. A betegség legkoraibb stadiumában alkalmazott bismut-injectio vagy bismut-kúp 24—48 óra alatt láztalanságot és ezzel karöltve a subjectiv és objectiv tünetek gyors elmúlását idézik elő. Érdekes megemlíteni, hogy e therapia első leírói egy jód-chinin-bismut vegyületet alkalmaztak, mint aminő a Richter-gyár által készített *Bismosalvan* is. Úgy látszik, hogy a jó eredmények elérésében a jód és a chinin componens is számottevő jelentőségű. *Bismosalvan* injectio adagja pro dosi 1 ampulla (gyermekeknek ½ ampulla), a *Bismosalvan-kúpokból* pedig 1 ill., gyermekeknek ½ db. Makacsabb esetekben 48 óra múlva a dosis megismételhető.

36—4—4—1940. sz. M. Kir. Állami kórház, Kassa.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A kassai m. kir. állami kórházban megüresedett *alorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása a X. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő fizetés, bútorozott szobából álló lakás, fűtés- világítással, valamint 50%-os térítés ellenében I. oszt. élelmezés. Csak nőtlen, (hajadon) orvosdoktorok pályázhatnak, akik szolgálatuk tartama alatt nem nősülhetnek meg, és a részükre kijelölt szobában bennlakni tartoznak. Magángyakorlatot nem folytathatnak.

A kérvényt 2 P-s okmánybélyeggel ellátva s a belügyminiszterhez címezve a kórház igazgatójához kell benyujtani, *1940 április 30-án déli 12 óráig.*

Melléklendő bizonyítványok: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítvány; 3. annak igazolása, hogy a pályázó nem esik az 1939. évi IV. tc. 1. §. korlátozása alá (igazolható származási iratokkal, „tanusítvánnyal"); 4. magyar honosság igazolása; 5. Magyarországon orvosi gyakorlatra jogosító oklevél; 6. orvoskamarai tagság igazolása; 7. közszolgálatra alkalmas testi- és szellemi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány; 8. esetleges szakképzettség igazolása; 9. katonai szolgálat igazolása; 10. nyilatkozat afelől, hogy a pályázó közhivatalban, vagy közintézményben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmaztatást betölt-e, vagy sem, ha igen, az alkalmazó szervezet és az élvezett járandóságok összegét is meg kell jelölni; 11. curriculum vitae, nyelvismeretek közlésével; 12. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; 13. Egyéb tanulmányi és szolgálati bizonyítványok.

Közszolgálatban álló pályázók az 1—9. pontokat hivatalos törzskönyvi (vagy szolg. és min. táblázat) lapjuk hiteles másolatával is igazolhatják és kérvényüket felettes hatóságukkal láttamoztatni tartoznak.

Kassa, 1940. április 11.

Kórházigazgatóság.

Pest-Pilis-Solt-Kiskúnvármegye alispánjától.

22.301—1940. kig. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Pestszenterzsébet m. város normállétszámában a 202—1937. kgy. sz. véghatározattal szervezett s a belügyminiszter 31.744—1939. IV. B. M. sz. rendeletével betölteni engedélyezett *két orvosi állásra* a 950—1936. B. M. sz. rendelet 3. §-ának 1. pontjában gyökerező jogomnál fogva pályázatot hirdetek. A pályázati kérvényeket a 900—1936. B. M. sz. rendelet 16. §-ának 2. pontjában foglaltak értelmében a belügyminiszterhez kell címezni és Pestszenterzsébet m. város polgármesteri hivatalában (fszt. 16. sz. alatt) kell benyújtani.

A pályázati kérvényhez eredetben vagy hiteles másolatban a 950—1936. B. M. sz. rendelet 6. §-a szerint a következő okmányokat kell csatolni: *a)* születési anyakönyvi kivonat; *b)* hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítványt; *c)* magyar honosságot igazoló bizonyítványt; *d)* az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; *e)* egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; *f)* az 1936. évi IX. tc. 1. §. 4. bekezdésében előírt tisztiorvosi képesítést igazoló okmányt; *g)* polgári közszolgálatban eddig alkalmazást igazoló okmányokat; *h)* közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt, *i)* katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; *j)* az esetleges nyelvismeretre vonatkozó adatokat; *k)* az 1939. évi IV. tc. végrehajtása tárgyában kiadott 7720—1939. M. E. sz. rendelet 64. §-a szerinti igazolást arról, hogy a pályázó az utóbb említett törvény 1. §-a értelmében zsidónak nem tekinthető; *l)* a pályázók kérvényükben a 920—1937. B. M. sz. rendelet 1. §-ában foglaltak értelmében nyilatkozni kötelesek afelől, hogy közhivatalokban, közintézetekben és közintézményekben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmaztatást betöltenek-e vagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervezetet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölni.

Az a pályázati kérvény, amely az előző bekezdésben előírt nyilatkozatot nem tartalmazza, figyelembe nem vehető. Közszolgálatban álló pályázók a fenti követelmények közül azokat amelyek a törzskönyvi lapon, (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi lappal (minősítési táblázattal) igazolhatják.

Pályázati határidő e hirdetménynek a „Népegészségügy" című hivatalos lapban történt közzétételtől számított *15 nap.* Elkésve érkező pályázati kérvényeket figyelembe nem vehetek.

Budapest, 1940. évi április hó 12-én.

vitéz dr. Endre László, alispán.

HETIREND

Budapesten:

Hétfőn, 22-én 7 ó.: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Melly J.:* Az orvos egészsége.

Kedden, 23-án, 1/27 ó.: az Országos Közegészségi Egyesület ülése. *Vándorfy J.:* Gyomor- és bélbetegségek megelőzése. —

Szerdán, 24-én, 6 ó.: a Közkórházi Orvostársulat ülése. *Lehoczky T.* és *Piri L.:* Arteriographiával kórismézett agyi aneurisma; Műtéttel gyógyult agyburki daganat. — *Lehoczky T.:* Landry-féle gerincbénulást utánzó myelosis. — *Kovács F.:* A polyradiculo-neuritisekről. —

Szerdán, 24-én, 6 ó.: a Magy. Orvosok Röntgen-Egyesületének ülése. *Kopári J.:* Meszes epe röntgenvizsgálattal felismert esete; Szokatlan nagyságú odontoma. — *Póta L.:* Jobboldali aorta-ív. — *Hatscher K.:* Röntgen rétegfelvételi módszerek és rétegfelvételi szerkezetek. — *Jezsovics K.:* Rétegfelvétellel szerzett tapasztalataink a tüdő betegségeinek, főleg a tüdőgümőkór röntgendiagnostikájában. — *Gefferth K.:* Pleuritis mediastinalis superior. —

Szerdán, 24-én, 1/27 ó.: a Gr. Apponyi Albert Poliklinika orvosainak ülése. *Mérei Gy.:* Atypusos diphtheria esetek. — *Engel K.:* A vízelválasztás zavarairól és a kéneső húgyhajtók hatásmódjáról. —

Csütörtökön, 25-én, 6 ó.: a Magyar Orvosok Rheuma-Egyesülete és a Bp. Kir. Orvosegyesület Orthopaediai Szakosztályának ülése. *Kiss P.:* Heveny és idült rheumás izületi gyulladások a gyermekkorban. — *Horváth B.:* A gyermekkori rheuma kórképének és kezelésének orthopaediai vonatkozásai. — *Bilkei Pap L.:* Rheumás betegségek a serdülő-korban. —

Csütörtökön, 25-én, 7 ó.: a Magyar Röntgen Társaság ülése. *Winkler K.:* A koponyacsontok daganatairól. — *Jakab L.:* A röntgenvizsgálat szerepe a szív functionalis diagnostikájában. —

Pénteken, 26-án, 6 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. *Csiky-Strausz Á.:* Fertőzött sipolyos gerincagysérv gyógyult esete. — *Láng A.:* Ráktól elpusztult gége teljes reconstructiója radium után; daganatmentesség anatomiai vizsgálatok alapján. — *Mező B.:* Ciclicus érzéstelenítéssel gyógyult, belgyógyászati kezeléssel dacoló ulcus ventriculi és ulcus duodeni esetek. — *Schmidt A.:* Húgykőműtétek késői eredménye. —

Vidéken:

Csütörtökön, 25-én, 6 ó.: a Tiszaháti Orvosegyesület ülése Ungváron. *Demjanovich E.:* Celsus-féle sipolyrák. — *Ferenczi E.:* Baschke-féle skleroderma. — *Benedek A.* és *Biczkó Gy.:* Műtéttel gyógyult agytályog. — *Korpássy B.:* Orsóférgek az epe- és hasnyálmirigyvezetékben. — *Vajna G.:* Méhelőeséssel szövődött terhesség. — *Orsós J.:* Fedett gyomorrepedés, mint si-sérülés. —

SEDYLETTA tabletta 30×0·015 gr

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum | Szabadon rendelhető: OTI, MABI, MÁV, Székesfőv. S.A, DOBBI | Podmaniczky-gyógyszertár Budapest, VI

Szoptató nők elválasztása. *Rausch* vizsgálatai szerint a szoptató nőknek elválasztáskor 3 napon át naponként két pohár Mira keserűvíz a tejelapadás gyorsítását biztosítja. Ugyancsak nélkülözhetetlen a Mira keserűvíz a szoptatás alatt és a változás idejében a nőkön kifejlődő hízási hajlam meggátlására. Mintavízzel készségesen szolgál a Mira gyógyforrások budapesti központja.

Pest-Pilis-Solt-Kiskúnvármegye alispánjától.

22.300—1940. kig. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Pestszenterzsébet megyei város szülő és nőbeteg-otthonában a 140—1938. kgy. sz. véghatározattal megszervezett és a belügyminiszter 258.653—1939. XVI. B. M. sz. rendeletével betölteni engedélyezett és lemondás folytán megüresedett *két segédorvosi* állásra pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása az állami rendszerű IX. fiz. oszt. 3. fokozatára megállapított s a jelenleg is érvényben lévő kormányrendeletekkel csökkentett törzsfizetésben, egy bútorozott szobából álló lakásban és természetbeni élelmezésben részesülnek. A lakás fűtése és világítása ingyenes, az élelmezésért azonban az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. Bentlakás kötelező. Alkalmaztatási idő 3 év, mely idő egy ízben további 3 évre meghosszabbítható.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy pályázati kérelmeiket *1940. évi május hó 1. déli 12 óráig* Pestszenterzsébet megyei város polgármesteri hivatalában annál is inkább nyújtsák be; mert később érkező pályázati kérvényeket figyelembe nem vehetek.

A pályázati kérvényeket Pest-Pilis-Solt-Kiskúnvármegye alispánjához kell címezni s a 950—1936. B. M. sz. rendelet 6. §-a alapján csatolni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot; 2. hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítványt; 3. magyar honosságot igazoló bizonyítványt; 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; 5. egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; 6. szülészorvosi gyakorlatot igazoló bizonyítványt; 7. közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt.

A közszolgálatban álló pályázók a fenti követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon, (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve ez említett irattal igazolhatják. A pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek afelől, hogy közhivatalokban, közintézményekben állandó javadalmazással járó és orvosi képesítéshez kötött alkalmaztatást betöltenek-e vagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervezetet és az élvezet járandóságok összegét is meg kell jelölni.

Budapest, 1940. április 3.-án.

vitéz dr. Endre László, s. k. alispán.

Az Országos Balneologiai Egyesület április 26—28-ig a Kékestetőn tartandó congressusának részvételi díja a múlt heti számunkban közöltektől eltérőleg *utiköltséggel együtt 28 P, anélkül 20 P.* — Közlésünk a továbbiakban változatlan.

306—1940. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika közkórháza a lemondás folytán megüresedett *osztályos sebészfőorvosi állásra* pályázatot hirdet. — Osztályos főorvos az alapszabályok értelmében csak a Pázmány Péter Tudományegyetem orvoskari tanártestületének habilitált tagja lehet. Ha a megválasztandó főorvosnak egyetemi magántanári képesítése még nincs, kinevezése mindaddig ideiglenes, míg az illető a képesítést meg nem szerzi. Véglegesítés esetén a kinevezés a hetvenedik életév betöltéséig szól. A főorvosi állás javadalmazása: a Budapesti Orvosi Kamarával kötött megállapodás alapján meghatározott járandóság.

A pályázati kérvények *folyó évi április hó 30. déli 12 óráig* adandók be a Gróf Apponyi Albert Poliklinika igazgatósági irodájában. (VII., Szövetség utca 14.)

A kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni: *a)* saját születési anyakönyvi kivonat; *b)* igazolás arról, hogy a pályázó nem esik az 1939:IV. tc. 1. §-ában meghatározott korlátozás alá (szülők születési és házassági bizonyítványa); *c)* hatósági erkölcsi bizonyítvány; *d)* az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél hiteles másolata; *e)* curriculum vitae; *f)* Budapesti Orvosi Kamarai tagsági igazolvány; *g)* közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló bizonyítvány; *h)* esetleges katonai szolgálatot igazoló bizonyítvány; *i)* igazolása annak, hogy a Pázmány Péter Tudományegyetem orvoskari tanártestületének habilitált tagja; *m)* működési bizonyítványok.

Budapest, 1940. április 9.

Fekete Sándor dr., sk. kórházigazgató h.

Szent Lukács Gyógyfürdő és Gyógyszálló
Társas rheuma-osztály, Téli-nyári rheuma-gyógyhely.

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik ápr. 7—13 között. Ezen a héten aránylag kevés betörési front érkezett, ehhez viszonyítva a felsiklási frontok száma rendellenesen nagy volt. (Normalisan 4—5 betörési frontra jut egy felsiklási)) A felsiklások halmozottabb hatása főleg ápr. 9-én feltételezendő. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten			A front		Kisérő események*
hó	nap	óra	fajtája	fejlettsége	
	7	6	Betörési	Mérsék.	Szélélénkülés 10 m|mp
	8	9	Felsikl.	Mérsék.	Kis havazás 8 ó.-tól
	9	6	Felsikl.	Mérsék.	Praefront. eső és hó 6 ó.-tól, 1,3 mm
	9	16	Felsikl.	Gyenge	eves eső 3 ó.-tól
	9	20	Felsikl.	Gyenge	Pár perces esőszemergés
	10	19	Betörési	Gyenge	Kis szélélénkülés
	11	21	Betörési	Gyenge	Kis szé élénkülés
	11	23	Betörési	Gyenge	Szélcsend után egy erősebb szélroham
	11	24	Betörési	Mérsék.	Uj szélélénkülés 9 m|mp
	12	3	Betörési	Erös	Postfront szélvihar 18 m|mp

*) A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a m. kir. Meteorologiai Intézet öniró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd az 1940. évi 1. III. borítóoldalán.

A februári hirdetésben a Certascorbin injectio ára tévesen jelent meg. A valóságos ár 5×2.2 ccm (0.15 g assorbinsav) P. 5.30.)

FELELŐS KIADÓ: **VÁMOSSY ZOLTÁN.**

SEVENAL-CHINOIN

Injectio - Tabletta. *Altató és csillapítószer - antiepilepticum*

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

A nyelőcső idegentestei.

A nyelőcsőben megakadt idegentestek a szerv működésében zavart idéznek elő és olykor életveszélyes szövődményeket okoznak. A megakadás oka az idegentestek sajátságában, a nyelőcső lumenéhez viszonyított aránytalan nagyságában és az oesophagus kóros elváltozásában rejlik.

Az idegentestek a nyelőcső bármely helyén, de legtöbbször az első physiologiás szűkületben (angustia cricoidalis) vagy közvetlenül alatta akadnak meg; ritkább a megakadás a második szűkületben (angustia aortica) és igen ritka a cardia tájékán. A nyelőcső kóros elváltozása (spasmus, strictura, diverticulum, daganat) esetében az idegentestek rendszerint az elváltozás helyén akadnak meg.

Az idegentestek közül a csont, porc, halszálka, gyümölcsmagvak és a kevéssé megrágott husdarabok mohó táplálkozás közben jutnak az oesophagusba; ezután a szögeket, tűket, gombokat kell megemlítenünk, amelyeket az iparosok munka közben — rossz szokásból — a szájukba vesznek és beszéd közben véletlenül lenyelnek. Gyermekek a játék alkalmával szájukba vett különféle tárgyakat (kő, gyöngy, golyó, pénz, gyürű stb.) nyelik le. Az öngyilkossági szándékból lenyelt idegentestek között bádog-, üvegdarabok, kapukulcs. fésű, kanál, kés, borotvapenge, fogkefe, ceruza stb. szerepelhetnek. A legkülönbözőbb tárgyakat találjuk az elmebetegek és fegyencek oesophagusában. Végül az orvosi beavatkozások alkalmával bejutott idegentesteket kell felemlítenünk, amelyek közül leggyakrabban sondák, fogók, gaze- és vattadarabok fordulnak elő. Súlyos következményeket vonhat maga után a fogprothesis lenyelése, amely étkezés és alvás közben, vagy eszméletlen betegen kerülhet az oesophagusba.

A *tünetek* az idegentest helyétől, nagyságától és minőségétől függenek. A kisebb, sima felszinű idegentestek rendszerint a gyomorba jutnak anélkül, hogy komolyabb tüneteket okoznának, mig a szabálytalan alakú, hegyes és éles szélű idegentestek könnyen megakadnak az oesophagusban. A nyelőcsőszükületben szenvedő betegeken már a kisebb gyümölcsmagvak és a kevéssé megrágott husdarab is a lumen teljes elzáródását okozhatja, amely esetben a táplálkozás lehetetlenné válik és a beteg a nyálát sem tudja lenyelni. A gége mögött megakadt voluminosus tárgyak a szomszédságra gyakorolt nyomásuk folytán az arcon cyanosist, légszomjat és olykor fulladási rohamot okozhatnak. A nyelőcső lumenét elzáró idegentestek esetében tompa fájdalom jelentkezik a gége vagy a szegycsont mögött, mig az éles szélű, hegyes idegentestek a beékelődés helyén intensiv, szuró fájdalmat váltanak ki; a fájdalom néha oly nagyfokú, hogy a betegek minden nyelési actustól tartózkodnak. A pharynxban, illetőleg a hypopharynxban megakadt idegentestek ismétlődő hányást és rohamszerűen jelentkező köhögést okoznak.

A *szövődmények* az idegentest nagyságától, alakjától, a behatás tartamától és attól függenek, hogy a lenyelt tárgy a megakadás helyén minő elváltozást okozott. Gyakran oesophagitis fejlődik ki, mely csakhamar oedemaképződéshez vezet. Ha az idegentest hosszabb ideig volt a nyelőcsőben, akkor decubitus támadhat. Ugy a decubitus, mint a bárzsing falának sérülése fertőzés keletkezését teszi lehetővé és perioesophagitis, perioesophagealis abscessus, vagy phlegmone és mediastinitis keletkezhetik. A hegyes, kampós, éles szélű idegentestek megsérthetik az oesophagus falát, amelynek következtében a köpet véres lesz; a nyelőcső átfúródása és a szomszédos nagy erek (aorta, arteria carotis, thyreoidea, subclavia, pulmonalis, vena cava superior, azygos, thyreoidea inferior) sérülése esetében pedig vérhányás támad, amely halált okozhat. A nyelőcső falának sérülésekor láz, hidegrázás, szapora pulsus és a nyakon emphysema jelentkezhet. Az idegentestek által okozott nagyobb sérülés és következményes gyulladás heges szükületet eredményezhet. A bárzsing nyaki részében megakadt tárgyak nyomás útján nekrosist okozhatnak a gégén vagy a tracheán, minek következtében perichondritis és gégeszükület keletkezhetik. Más esetekben megtörténik, hogy az idegentestek fennakadása folytán a nyelőcsőben bomló ételek és septikus anyagok phlegmonet idéznek elő. Ennek következtében oesophagus-stenosis keletkezik, a tracheaba történő áttörés alkalmával pedig vagy septikus tüdőgyulladás fejlődik ki, vagy pedig a beteg hirtelen megfullad. A phlegmonosus folyamatnak a perioesophagealis szövetre történő átterjedése nyaki phlegmonet, mediastinitist, pleuritist, perikarditist és a nagyobb erek arrosiója következtében vérzést okozhat. A gyűrűporc magasságában megakadt nagyobb tárgyak azáltal, hogy a légzést akadályozzák, vérpangást okoznak a pajzsmirigyben, amely ennek következtében megduzzad. A pajzsmirigy felé átfuródó idegentestek pedig fertőzés útján thyreoiditist vagy strumitist idéznek elő.

A *diagnosis* megállapítása az anamnesis és a tünetek alapján nem nehéz. A vizsgálatkor nem szabad sohasem szem elől tévesztenünk, hogy a betegek az idegentestet gyakran hibásan localisálják. Magasan ülő tárgyak a gégére gyakorolt nyomás alkalmával, vagy a gégének oldalirányban történő elmozdításakor fájdalmat váltanak ki. A fájdalom azonban sérüléstől is eredhet és fennállhat akkor is, ha az idegentest mélyebbre került, vagy a nyelőcsövet már elhagyta. Idegentestek gyanuja esetében a garatüreget is gondosan át kell vizsgálnunk.

A kórismézésben segítségünkre lehet a röntgenvizsgálat, illetőleg a röntgen-felvétel. Hangsúlyoznunk kell azonban, hogy a röntgen-felvétel csak positiv esetben bizonyító; negativ lelet esetében az idegentest nem zárható ki. Ilyenkor az oesophagus-passage-vizsgálat (contrast-pép nyelése) útján tájékozódhatunk az idegentest helyéről, bár ez a vizsgálati eljárás sem ad mindig megbizható leletet. Fémtárgyak esetében célszerű ezek helyéről és beékelődéséről röntgen-felvétel útján tájékozódnunk. A téves localisatio elkerülése céljából a felvételeket ilyenkor két sikban végeztetjük. Előfordult ugyanis, hogy a légcsőben fennakadt tárgyakat a nyelőcsőbe localisálták, amely körülmény végzetes kimenetelnek volt az okozója. A fémtárgyak gyomorba jutását mindig röntgen-vizsgálattal ellenőrizzük; gondolnunk kell azonban arra, hogy a vizsgálandó egyén több idegentestet is nyelhetett és ezért a gyomor-bélhuzam áttekintése és az ott jelenlevő idegentest megállapítása után vizsgálatunkat a bárzsingra is kiterjesztjük.

A sondát az idegentestek helyének megállapítása céljából nem használjuk, mert a nagyobb tárgyak mellett is elcsuszhatik és ezért nem jelzi annak jelenlétét; ha pedig kemény, hegyes tárgyat mélyebbre tól, akkor

a nyelőcső nyálkahártyájának sérülése és oesophagitis, perioesophagitis vagy mediastinitis fejlődhetik ki.

Legbiztosabb diagnostikai segédeszközünk az oesophagoskopia, ami lehetővé teszi az idegentest helyének, sajátságának és beékelődésének pontos megállapítását, továbbá ennek kiméletes eltávolítását.

Mivel a nyelőcsőben megakadt idegentestek komoly következményeket és halált okozhatnak, ezért mielőbbi eltávolításukról gondoskodni kell. Sajnos ma is többször megtörténik, hogy a betegek a szakorvosnál csak akkor jelentkeznek, amikor az idegentesteket öklendezés, szilárdabb ételek nyelése vagy hánytató szerek bevétele után sem tudják eltávolítani, vagy pedig, ha kezelő orvosuk beavatkozása (eltávolítási kisérlet, a test gyomorba tolása) sikertelen maradt és szövődményt okozott. A nyelőcső idegentesteit helyi érzéstelenítésben végzett oesophagoskopia útján távolítjuk el. A beékelődött éles szélű, hegyes vagy kampós tárgyakat az eltávolítás előtt megfelelő forgatással vagy szétdarabolással szabadítjuk ki, ügyelve arra, hogy e beavatkozás közben melléksérülést ne okozzunk. Az oesophagoskopiával ma számos olyan beteg életét mentjük meg, akik ezen eljárás nélkül a nagy sebészi beavatkozások kisérletének lennének áldozatai. E műtéti eljárás nagy tapasztalatot és technikai készséget tesz szükségessé, amely csak rendszeres elméleti és gyakorlati tanulmány folyamán sajátítható el. Ha az oesophagus nyaki részében erősen beékelődött idegentest oesophagoskopia útján nem távolítható el, vagy pedig perforatiót okozva (részben vagy egészen) extraoesophagealisan fekszik, akkor az eltávolítás oesophagotomia externa útján történik. Abban az esetben, ha az idegentest a bárzsing pars thoracalisában vagy pars abdominalisában ékelődött be és az eltávolítás oesophagoskopia segitségével nem vihető keresztül, akkor a gyomor felőli eltávolítás vagy a gyomorba taszítás kisérelhető meg. Ez az eljárás is azonban a szakorvos feladata.

Bajkay Tibor dr.
egyetemi magántanár, közkórházi főorvos

A „mesterséges perifer szív".

A mindennapos orvosi gyakorlatban mind sürübben találkozunk az alsó végtagok verőereinek megbetegedésével. Gyakoribb lett ez a betegség, de jobban figyelünk is rá. A valóságban valószinüleg még nagyobb a számuk, mint amennyit felismerünk, mert az alsó végtag arteriás keringésének diagnostikája még igen kezdetleges, zavarait csak akkor ismerjük fel, amikor már nagyon előrehaladott és súlyos táplálkozási zavarokat okozott. A gyakorló orvos akkor gondol az alsó végtag ereinek megbetegedésére, 1. ha a lábujjak kisebesednek (gangraena), 2. ha a láb cyanotikus és hideg, ha 3 a beteg intermittáló sántitásról panaszkodik, 4. ha az a. dorsalis pedis és a. tibialis p. lüktetését nem tapintja.

De amikor ezek a tünetek már felismerhetők, az alsó végtagot ellátó erek belvilága már teljesen elzárult, vagy nagyon megszűkült. Ebben az állapotban az erek anatomiai elváltozása már irreparabilis, ennélfogva a gyógyeredmények is gyarlók.

Pedig az érszükitő folyamat — akár mi is az oka — lassú processus, többnyire hónapok és évek mulnak, mig ilyen tünetekben megnyilvánul. Igaz, hogy ez a betegség gyakran hirtelen kezdettel jut a beteg tudomására, de ezt az acut kezdetet hosszabb ideig tartó, lappangó folyamat készíti elő. — A lappangási idő sem teljesen tünetmentes. Vannak jelek, amelyek a készülő bajt előre jelzik és amelyekről beszámolnak néha a betegek, ha gondosan kikérdezzük őket. Panaszkodnak, hogy a lábuk már huzamosabb idő óta hamarabb fárad, gyakran fázik s még az ágyban is nehezen melegedik fel. Éjjelente ikragörcsre ébrednek álmukból. Mindenféle fonák érzések kinozzák: zsibbadás, hangyamászás érzése, ég a sarkuk és az ujjuk, fájlalják a bokájukat az ikrájukig és a musculus tibialis anterior táját. Hideg és mozgás rendszerint fokozza panaszaikat. Érgörcsre valló jelenségeket észlelnek (elhalványodnak, vagy „elhalnak" az ujjaik, stb.). Ilyen panaszokkal gyakran találkozunk a gyakorlatban. Klinikai vizsgálattal rendszerint nem találunk értékesithető elváltozást, sem neurologiait, sem a keringési, sem a statikai viszonyokban. Értetlenül hallgatjuk a panaszokat és vagy betétet tanácsolunk, vagy meleget ajánlunk és „ludtalp", vagy „rheumás" panasznak könyveljük el emlékezetünkben. Pedig ezek a tünetek, már az arteriás keringés elégtelenségének kezdeti jelei lehetnek. Ha ezekről középkorú férfi panaszkodik és tárgyilagos vizsgálattal nem tudunk semmit sem kimutatni, igen valószinű, hogy ezen betegséggel állunk szemben. Gyakran segítségünkre lehet a korai stadium felismerésében az oscillometriás vizsgálat: az arteriák megbetegedésének jele, ha az oscillatiós indexet az oscillometernek, illetve a vérnyomásmérőnek maximális kilengését ismételt vizsgálatkor kicsinynek, s kétoldalt összehasonlitva jelentékenyen különbözőnek találjuk. Mindenesetre kritikával kell az eredményeket értékesiteni. A különbségnek más oka is lehet: Pl. oedema, varicositas, a manchetta szorossága, stb.

Mindezeket előre kellett bocsátani, amidőn egy olyan betegség új gyógyeljárását kivánjuk ismertetni, ami ellen eddig nem sok sikerrel küzdöttünk.

Ez az új eljárás sem teszi feleslegessé az eddigi eljárásokat, hanem kiegésziti őket. A simultan therapia egy eszköze kiván lenni, amely ott hat, ahol a régiek hatása megszünt.

Az eddigi eljárások feltételezték, hogy az erek még képesek *active* tágulni. Csak ha képesek erre, hathatnak az értágitó gyógyszerek, hathat a meleg, és csak ilyen állapotban lévő erek tágulnak, ha az ereket beidegző idegpályákat akár gyógyszerekkel, akár átmetszéssel bénitjuk. Ha az erek már elvesztették activ tágulóképességüket, akkor ezen eljárások hatása bizonytalan. Sőt a meleg egyenesen ronthatja az alszár vérkeringését és fokozhatja a panaszokat.

Az az új physikotherapiás eljárás, amelyet *Herman G. Louis* amerikai szerző, régi, de feledésbe ment elődök próbálkozásai alapján szerkesztett, nem szorul az erek activ segitségére. Ez az eljárás abban áll, hogy az alsó végtagokat a comb közepéig üvegcsizmába helyezzük, mely egy gummi manchetta segitségével légmentesen zárul a comb körül. Az üvegcsizma légszivattyúval van összekötve, melyet villanymotor hajt. A szivattyú kiszivja a levegőt a csizmából mindaddig, amig a negativ nyomás egy bizonyos értékig leszállott. A készülék ekkor önműködőleg kikapcsol, levegőt hajt a csizmába, emeli benne a légnyomást, mig egy bizonyos értéket ismét elért. A készülék ekkor ismét automatikusan visszakapcsol. Igy változik a készülékben rhythmikusan vacuum és túlnyomás. A készülék hatásának lényege az, hogy a vacuum passive vért szív a merev, szükült ereken át a végtagba és friss vérrel öntözi a vérszegény szöveteket. A positiv nyomás ismét kihajtja a vért az alszárból, helyet csinál az újabb friss vérnek, melyet a következő vacuum hozni fog. Az amerikai szerzők *passiv értornának* nevezik ezt az eljárást. — Inkább *mesterséges peripher szívnek* neveöhetnők el, mert olyan gépezet ez, amely mesterségesen fokozza az alsó végtag peripher vérkeringését. Ezzel nemcsak pillanatnyi és

múló segitséget adunk az alszárnak. Elősegitjük a collaterális érpályák kialakulását, mert mint *Lewis* is kimutatta, hosszabbak és tágabbak lesznek azok az erek, amelyekben a vérkeringés emelkedett és elsorvadnak azok, amelyekben csökkent.

A készülékben szabályozható, hogy a positiv nyomás meddig emelkedjék, s a negativ nyomás meddig süllyedjen. A kialakult tapasztalat szerint az optimalis értékek: + 20 mm Hg. és — 50—60 mm Hg. nyomás. Ez a nyomáskülönbség elegendő a kivánt eredmény elérésére és nem okoz panaszokat. A kezelés nem kellemetlen. A betegek kényelmesen fekszenek ágyban, vagy nyugágyon, közben olvasnak, beszélgetnek, sőt alusznak is. Kezelés tartama legalább egy-két óra legyen naponként, de súlyosabb esetekben (üszkösödés, embolia esetén) három, sőt négy óráig, sőt esetleg még tovább kell tartania. Csak hosszú kezeléstől várhatunk eredményt. Az eljárás teljesen veszélytelen, de be kell tartanunk a contraindicatiók tilalmát. Ezek: minden gyulladásos folyamat, phlebitis, fertőzött gangraena, phlegmone, stb. A kialakult indicatió: dysbasia intermittens, endarteritis, embolus, száraz gangraena, circulatiós zavarokból származó fekélyek, fagyások, ikragörcsök.

Mindig nehéz valamely gyógyeljárás eredményéről meggyőző képet adni. A beteget kielégiti a subjectiv javulás. A kritikus orvos azonban a subjectiv javulásról szóló beszámolókat kétkedve olvassa, és csak az győzi meg, ha mérheti az eredményt. Ilyen volna pl., ha megmérhetnők a végtag vérkeringésének sebességét. De ily módszerünk — élő emberre — egyelőre nincs. Bizonyos kautélákkal azonban felhasználhatjuk a célra az oscillometriát. Az oscillometria nem a vérkeringés sebességét méri, de kétségtelenül párhuzamosság van az oscillatiós index nagysága és növekedése és a subjectiv javulás között. Ez a párhuzamosság abban áll, hogy azokon várhatjuk a legjobb eredményt, akiknek még mérhető oscillatiójuk van. A therapia szempontjából annál jobb a prognosis, minél nagyobb az oscillatiós index. És ha a kezelés folyamán az oscillatiós index nőtt, akkor az eset subjective és klinikailag is javult. Forditva azonban ez a szabály nem áll. Számos esetben látjuk, hogy a beteg subjective javulásról számolt be és az oscillometriával nem állapitottuk meg a javulást. Ezek mind súlyos esetek voltak. Rendszerint az oscillatió teljesen megszünt. A kezelés javitotta a vérkeringést annyira, hogy azt subjective megérezték, de nem fokozta annyira, hogy a pulsatió visszatért volna. Mindazonáltal ez a kis javulás is életfontos lehet. A fulladozó végtagnak a kis oxygen-többlet is segitség és megmentheti súlyosabb táplálkozási zavarok veszélyeitől. Ezt hangsúlyoznunk kell, mert ha az oscillometria alkalmas is a kezelés eredményének demonstrálására, nem szabad azt hinnünk, hogy csak akkor érdemes e therapiával vesződni, ha a javulás oscillometriásan kimutatható. Tapasztalataink alapján inkább azt hisszük, hogy éppen ezeket az eseteket kell hosszan és kitartóan kezelni. Ezek szorulnak „a mesterséges peripherszív"-re, hogy segitségével fenntartsuk a vérkeringés legalább csekély mértékét, mely nem biztosit ugyan teljes panaszmentességet, de talán elháritja a veszélyeket, amelyek a beteget fenyegetik.

Az alanti táblázatban csak a súlyos eseteket foglaltam össze és ezek közül is csak azokat, amelyek javulása oscillometerrel is demonstrálható:

	Oscillometriás index kezelés előtt	kezelés után
1. Sz. E.	3.0	4.6
2. Sch. L.	3.0	4.25
3. B. A. jobb o.	1.5	4.5
bal o.	2.5	3.5
4. B. J.	2.0	2.5
5. T. J.	2.0	2.5
6. W. A. jobb o.	0.5	1.0
bal o.	0.5	1.0
7. B. T. jobb o.	0.25	0.5
bal o.	0.25	0.5
8. F. J.	0.5	1.0
9. Sch. S.	1.0	1.5
10. W. S.	0.75	1.5

1. Sz. E. 60 é. férfi. Coronar sklerosis, 3 év óta tartó panaszok. (Fájdalmas zsibbadás, hideg, cyanotikus lábfej. Art. dorsalis pedis nem tapintható.) Minden eddigi kezelés eredménytelen, de erre a kezelésre majdnem teljesen panaszmentes lett. Kb. háromnegyed év múlva recidivált. Ujabb kezelésre a panaszok ismét hónapokra megszüntek.

2. Sch. L.: 56 é. férfi; diabetes, myodegeneratio cordis; hypertonia; balláb második és harmadik újja elviselhetetlen fájdalom kiséretében előbb hullaszinre halványodik, majd elkékül. Anaesthesia. A panasz fennállásának ötödik napján kezdjük meg a kezelést. A fájdalom hamar megszűnik, a cyanotikus szint normalis szín váltja fel, érzés visszatér.

3. B. A. 67 é. nő. Mindkét oldalt claudicatio intermittens. Arteria dors. paedis alig tapintható. Hűvös lábfejek. Kezelésre a panaszok teljesen megszünnek.

4. B. J. 68 é. férfi. Claudicatio intermittens. Jobb art. dors. ped. nem tapintható. Kezelésre a panaszok lényegesen javultak.

5. T. I. 52 é. férfi. Járáskor jobb lábujjában és lábfejében kínos fájdalom lépett fel. Angiospastikus tünetek a lábujjakban. (Elkékülnek hidegben). Kezelés után panaszai megszüntek.

6. W. A. 75 é. férfi. Diabetes. Art. dors. ped. alig tapintható. Claudicatio intermittens. Kezelés előtt tíz lépés után meg kell állnia. Kezelés után kb. kétszáz lépést tud menni. Alszárait lényegesen erősebbnek és melegebbnek érzi.

7. B. T. 46 é. férfi. Art. dors, ped. nem tapintható. Claudicatio intermittens. Husz lépést tud menni. Kezelés után 2—300 métert. Lábfejét melegebbnek érzi.

8. F. J. 62 é. nő. Claudicatio intermittens. Art. dors. ped. nem tapintható. 40—50 lépést tud menni. Kezelés után 20—30 percig sétálgat megszakitás és panasz nélkül.

9. Sch. S. 39 é. férfi. Claudicatio intermittens. Kb. 3—400 lépést tud menni. Kezelés után könnyen jár, alszárait melegebbnek érzi.

10. W. S. 67 é. nő. Hypertonus. Stenosis et insufficientia mitralis. Claudicatio intermittens. Ötperces út után görcsös fájdalom miatt meg kell állnia. Hűsz kezelés után járása lényegesen javult és kevésbbé fáradékony.

Basch Imre dr.,
belgyógyász szakorvos, Margitsziget.

KATONYI DR. DEÉR

Ujabb theoretikus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült

GENERÁLIS ROBORÁNS

Mindennemű gyengeségi állapotnál, étvágytalanságnál, szegénynyérűségnél és sápkórnál

Prompt hatás! Összetételében állandó! Székrekedést nem okoz! 1 doboz (100 tabl.) P 2·20

A lépfene újabb gyógyszere.

A lépfene leghatásosabbnak tartott gyógyszere az immunszérum. Azonban nem egységesek a vélemények hatásossága felől; így vannak, akik kérdésesnek tartják a hatást *(Verebélyi:* Sebészklinikai előadások.) Arsenobenzol, helyileg pedig fertőtlenítő folyadékok (rivanol, vuzin) befecskendezését is ajánják. *Batschwaroff* az eltérő véleményeknek abban látja okát, hogy a szérumból nem adnak eleget. Mig ugyanis általában legfeljebb 50 ccm a napi adag és összmennyiségben rítkán adnak 200 ccm-nél többet, addig ő Bulgáriában 50—900 ccm összmennyiségben is adott szérumot, sőt más bolgár szerzők 1500 ccm-t is adtak. Ily nagy mennyiségtől határozott, jó eredményt láttak. Mindenesetre már az ára miatt is nehézségeket okozhat ily nagymennyiségű szérum adása, továbbá nem egészen közömbös az a szérumbetegség szempontjából sem. Alábbiakban a lépfenében eddig még nem alkalmazott gyógyszerrel szerzett tapasztalatunkról számolok be és ez a szer a paraamidobenzolsulfamid (Deseptyl, Ambesid).

Négy lépfenés betegen volt eddig alkalmam a Deseptylt kipróbálni és mind a négy meggyógyult. Az első beteg későn este jelentkezett felvételre, szérum nem volt kéznél és mivel állapota elég komolynak látszott, láza magas volt, nagykiterjedésű gyulladást észleltünk az alkarján a lépfenés pustula körül, azért az akkor még új Deseptylből kapott befecskendezést és naponta háromszor 2 tablettát. Másnapra oly nagy mértékben csökkentek a gyulladásos tünetek, hogy szándékosan nem adtam neki szérumot, hanem tovább kapta a Deseptyl tablettákat, mig meggyógyult. Második eset is hasonló volt ehhez, szintén az alkaron volt súlyos gyulladás, ez is meggyógyult. Két utolsó esetem rövid kórrajz kivonata a következő:

1. M. J. X. 4-én nyers marhabőrt rakodott, melyeket a vállán hordott. Két nap mulva hólyag lépett fel a nyakán. Jelenleg 39.8° láza van. A nyak és mellkas lágyrészei a bordaiv alsó széléig duzzadtak, pirosak, hónalji és lágyéki mirigyei is duzzadtak, fájdalmasak. A nyakszirten gyermektenyérnyi darabon a bőr fekete, elhalt, a körülötte levő részek deszkakeményen beszürődöttek, fájdalmasok. Felvételkor (X. 12) 20 ccm szérumot kapott. X. 13. Állapota változatlan, hőmérséke 40.3 fok. 10 ccm Deseptylt kap érbe fecskendezve és háromszor két tablettát naponta. X. 14. Hőmérséke 37.5 fok. X. 15. Láztalan. X. 20. A gyuladásos tünetek teljesen visszafejlődtek, az elhalt terület lelökődőben. XI. 1. Az elhalt terület kiesett, teljesen reactiomentes, sarjadzó sebbel áll kezelésünk alatt. XI. 18. A kiesett terület oly nagy volt, hogy még most is sarjad, illetőleg hámosodik a helye.

Bár ez a beteg 20 ccm ismeretlen egységet tartalmazó cseh gyártmányú szérumot is kapott, azonban a folyamat nagy kiterjedését, súlyosságát és az előbb elmondottakat tekintve nem valószinű, hogy ennek a kis mennyiségű szérumnak a feltünő gyors javulásban része lett volna.

2. F. J. X. 23-án megnyúzta elhullott borjuját. X. 31-én vette észre, hogy bal alkarja duzzad, pirosodik és rajta több kiütés keletkezik, melyek nagyobbodtak és elszineződtek. Hidegrázása is volt és nagy fájdalmai lettek. Felvételkor (XI. 2.) a bal alkar hajlító oldalán egy, a feszitőn négy typusos pustula maligna, az egész alkar és kéz nagyfokban duzzadt, piros. Hőmérséke 39.3°. 15 ccm Deseptylt kap érbe fecskendezve és háromszor 2 tablettát naponta. XI. 3. Hőmérséke 38.4 fok. XI. 4. Láztalan, a gyulladásos jelenségek visszafejlődőben. XI. 10. Teljesen reactiomentes az alkarja. XI. 18. Az elhalt területek lelökődtek, a bőrhiány szépen sarjadzik.

Mindkét eset tehát, melyek kórlapjai rendelkezésünkre állanak, már a harmadik napra láztalan lett.

Kétségtelen, hogy 4 esetből nem lehet végleges következtetést levonni. De mivel működési helyemen a lépfene elég rítka betegségnek látszik (három év alatt összesen négy), azért indokoltnak láttam tapasztalatom közlését. Ezek szerint a sulfamid-készítmények igen hatásosaknak látszanak a lépfene gyógykezelésében és e cikk közlése után másoknak, akik gyakorlatában e betegség többször előfordul, módjukban lesz nagyobb beteganyagon azt kipróbálni és róla végleges véleményt alkotni.

Ferenczi Sándor dr.
a rimaszomb. áll. kórház belorvosa.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: Egyik 100 P havi jövedelemmel rendelkező betegem (sem OTBA, sem MABI, sem OTI) gyermeke vörheny miatt járványkórházba lett elhelyezve és ott tartózkodásáért naponta 2 pengőt kérnek. Hat hét alatt ez megközeliti a 100 pengőt. Most a gyermek testvére lett beteg, szintén vörhenyben s ez is oda kerül, ami újabb 90—100 pengőbe kerül s a szülök ilyen összeget képtelenek megfizetni. Kérdem, van-e rendelet, mely kényszeriti a szülőt a költségek fizetésére, vagy a járványkórházat fenntartó közület tartozik-e ezt fedezni? *Ignotus*

Felelet: A „ragadós és fertőző" betegségben szenvedők kórházi ápolási költségeire nézve általában, a 6.000/1931. M. E. sz. rendelet 5. §-a intézkedik. A kórházi ápolási költségre vonatkozó egyéb érvényben lévő rendelkezés nincs.

Az idézett §. szerint a kórházi ápolási költségek megfizetését az annak fizetésére egyébként kötelezettektől sem lehet követelni abban az esetben, ha a beteg a járvány továterjedésének megakadályozása céljából hatósági (I. fokú közegészségügyi hatósági, vagy hatósági orvosi) rendelkezés alapján helyeztetett el a járványkórházban és ott a közös osztályon ápoltatott, nem pedig (esetleg a szülők kívánságára) magasabb ápolásdij fizetésére kötelező osztályon. A járványhórházban elhelyezett gyermekek a költségek fizetésére azonban — az idézett rendeletszakasz értelmében — egyébként is csak személyükben vannak kötelezve, azaz csak, ha a gyermekeknek saját személyükre irt valamilyen örökségük vagy vagyonuk van.

Siegler János belügy. o. tan.

Kérdés: Betegem egy éve aquirált go.-t. A szokásos ronin-elektyl kezelésre teljesen tünetmentes lett egy évig. Ekkor töményebb alkohol ivásra kevés reggeli híg váladék jelentkezett, ami go.-negativ. Belsőleg szedett desinficiensekre a váladék kevesebb. Localis kezelést nem kap. Kérdem tisztelettel ez önálló urethritis, vagy a go. kiújulása-e, s ha elmulik is a váladék, alkoholtól legalább is töményebb formában eltiltandó-e betegem, vagyis hogyan lehetne az urethritis visszatérését elkerülni és teljesen meggyógyitani?

G. F. dr.

Felelet: A húgycsőkankó ronin és electyl készítmények adagolása után 60—70%-ban meggyógyul, illetve tünetmentessé válik. Akinél a tünetek egy idő mulva provocatióra — amint az ez esetben is történt — kiujulnak, az nem teljesen gyógyult meg. A sulfamid készítmények adagolása után a gyógyulást csak akkor mondhatjuk teljesnek, ha a górcső alatt bakteriummentesnek látszó váladék, sőt váladék hiányában a fossa navicularisból szerzett u.- n. „húgycsőkaparék" bakterium tenyészete (ascites-agar) is negativ.

Kérdezett esetben tehát lappangó fertőzésről lehet szó, amelynek fészke minden bizonnyal a húgycső jól ismert járataiban van. Ilyenkor a helybeli kezelés nem nélkülözhető. Ajánlom tehát a következőt: 3 napon át becseppentés a húgycsőbe 1%-os targesin oldatból, utána a reactiónak megfelelően naponkint vagy másodnaponkint Janet-öblítés hypermangan oldattal (1:5000) s ezzel egyidőben napi 4—5 g ultraseptyl, ami ma a leghatásosabbnak látszik és legkevesebb melléktünettel jár.

Babics Antal dr. egyet. magántanár.

„EXPECTIN" EXPECTORANS 1 üveg 10 gr P 2.20. Gyártja és forgalomba hozza: DIACHEMIA Straub Sándor gyógysz. vegy. lab. Bpest., Teréz-krt 27. Telefon: 121-283.

84. évfolyam. 17. szám. Budapest, 1940 április 27.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
IX., Högyes Endre-utca 7. Telefon: 187-622.
Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el.

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele:
a
kiadóhivatalban

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára". *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, vagy Lepage könyvkereskedés, Cluj, Str. Matia 1. *Slovákiában: Eleőd Z. Solt O. H.* Dunabank, Bratislawa. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivataba.

Előfizetési díj: az **„Orvosi Hetilap"**-ra és az Orvostudományi Közlemények-re együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dínár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P) félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2.50 pengő. — A **„Magyar Orvosi Archivum"** egész évre 10 pengő, 70 slk., 100 dínár, 400 lei, 2 dollár.

«Heveny enterocolitis és gastroenteritis esetén az

Entero-Vioform

a kívánt eredménnyel hatott. A hasmenés és a hasi panaszok 1-2 nap alatt megszüntek; a normális állapot 3-5 nap multán rendszerint helyreállt.»

H. Kapp, Egy. Belklinika, Basel (Klin. Wochenschr. 1937, 50)

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz)
Irodalom: Jakitsch János, Budapest, V. Rudolf-trónörökös tér 5

»Bayer«-gyógyszerek
szállításában semmi fennakadás nincs.
Készletből kapható a vezérképviselet útján:
MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU R. T. BUDAPEST
V., Arany János-u. 10.

Certascorbin „Certa"
injectio 5x2 kcm (ampullánként 0·15 g ascorbinsav) csomagolásának ára P 5·30

A pneumonia mortalitásának mértékét a sulfapyridines gyógykezelés mellett, vizsgálataimnak más szerzők megfigyelésével való összevetése után, kb. 8%-ra tehetjük, mig a sulfapyridinnel nem kezelt eseteknél a halálozás 20—25%-ra tehető. Nem kezelt esetekként a rendelkezésemre álló régebbi, nagyszámú, pneumoniában szenvedő betegeink feljegyzéseit vettem figyelembe és minden összehasonlítást ezekhez viszonyítva eszközöltem.

A sulfapyridin alkalmazására jellemző gyors hatás csupán az u. n. nem oldódó pneumoniáknál marad ki.

Wien, kisérletei szerint a sulfanilaminopyridin a leucocyták számát nem csökkenti. Ezzel szemben kisérleteim során kétségkivül megállapítottam, hogy a készítmény jelentős hatással van a fehérjevérsejt számra, abban az értelemben, hogy azt alászállítja. Ezért a kezelés során figyelemmel kell lennünk a vérképre. Egyik esetünkben a fehér vérsejtszám igen nagyfokú csökkenését észleltük, azonban valódi agranulocytosis jelenségével nem találkoztunk. Egy másik betegünknél pl. a fehér vérsejt szám 4.600-ra esett vissza; a polymorph nuclearis sejtek %-a csökkent. A gyógyszer három napon át történő kihagyása után a fehérvérsejt szám 18.500-ra emelkedett, újbóli adagolásra 9.800-ra szállt alá. Azonban a további adagolás után hasonló kilengéseket a fehérvérsejtszámban nem észleltünk. *Tzanok* közleményében egy 52 éves betegénél, aki 5 napon keresztül 14 g, azután három napon belül 6 g sulfamidot kapott agranulocytosis lépett fel, amely minden kezelés ellenére halállal végződött. Azonban az irodalomban ezt egy magában álló esetnek kell tekinteni, különös figyelemmel arra, hogy a kérdéssel foglalkozó rendkivül nagyszámú szerzők egyike sem észlelt hasonló súlyos kimenetelü elváltozást. A vér spectroszkopos ellenőrzése során sulfhaemoglobinaemiával egy esetben sem találkoztam. Két esetünkben mérsékelt cyanosis jelentkezett, ami azonban muló jellegű volt és minden különösebb ellenintézkedés nélkül, anélkül, hogy a gyógyszert kihagytuk volna, rövidesen megszünt. Ezen esetek egyikénél a vér spectroszkópos vizsgálata methaemoglobinaemiát mutatott. Mindenesetre a sulfapyridin kezelés folyamán ajánlatos a vérképet és a vizeletet naponta megvizsgáltatni. Esetleges haemolytikus anaemia, neutropenia, vagy haematuria esetén az adagolást fel kell függeszteni. Az enyémhez hasonló eredményeket közölnek. *A. L. Agranat, Dreosti* és *Ordmann* a johannisburgi kórházban végzett kisérletekkel kapcsolatban.

Empyemák fellépése sulfapyridinnel kezelt eseteknél ritkább, mint a nem kezelt eseteknél. Egyes szerzők a gyógyszer nyujtására néha jelentkező bőrelváltozásokról emlékeznek meg. A mi eseteinkben, még oly csekély fokú bőrerruptiók sem kerültek észlelésre.

A kórházi tartózkodás átlagos időtartama sulfapyridinnel kezelt pneuminiában szenvedő betegnél kb. 10 nap, mig az ezen készítménnyel nem kezelt betegeknél kb. 3 hét, amely körülmény a gyógytartamnak rendkivüli megrövidülését bizonyítja.

További kisérleteimben vizsgálat tárgyává tettem a sulfapyridin hatásosságát a különböző pneumococcus törzsekkel szemben is vitro is. Ezen vizsgálatok eredménye szerint a sulfapyridin az összes pneumococcus törzsekkel szemben hatásos, abban az értelemben, hogy fejlődésüket nagymértékben gátolja; a pneumococcusok degenerálódnak és elvesztik tokjukat. *Mac Lean, Rogers* és *Fleming* laboratóriumi és bacteriológiai vizsgálatokat írnak le, amelyek segitségével a pneumococcusok érzékenysége a sulfapyridinnel szemben megállapitható. Vizsgálataik szerint a különböző fokú érzékenység nem annyira a bakterium typusával, mint az individualis törzsek különböző reactiójával függ össze. Állatkisérletekkel még azt is megállapítják, hogy a legjobb eredményt — állatok mesterségesen előidézett pneumoniájánál — akkor lehet elérni, ha a sulfapyridin kezelést, vaccina kezeléssel kombinálják. A hatásmechanismusra vonatkozólag feltételezzük, hogy a sulfapyridin direkt befolyást gyakorol a bakteriumok anyagcseréjére, gátolja, illetőleg lassítja azok szaporodását és végül a bakteriumok elpusztulásához vezet. Ezen nézetet legutóbb az angol szerzők (*Cook* stb.) is megerősítették megállapítván, hogy a sulfanilamid baktericid hatását in vitro peptonnal meg lehet gátolni. Ezzel magyarázható az in vivo és in vitro eredmények közötti különbség, amennyiben a szervezetben a bakteriumok peptonmentes miliőbe kerülnek.

A betegeknél a gyógyszer nyujtása során leukocytosis nem mutatható ki, ami azt bizonyítja, hogy a sulfapyridin hatásának oka nem phagocytosis fokozásában, hanem a készítmény illetőleg annak a szervezetben létrejött átalakulásai termékeinek, a bakteriumokra kifejtett hatásában keresendő, melynek következtében a protoplasmájukban megtámadott és fejlődésükben gátolt coccusok, a szervezet reticuloendothelialis vagy phagocytáló rendszerének áldozatául esnek. A sulfapyridint fogyasztó betegek vére fokozott antibactericid hatást fejt ki pneumococcussal szemben. Ez a tulajdonság kizárólag a serumra vonatkozik, a leukocytákra nem. A hatás főkép a gátláson alapszik, elölni a coccusokat a serum nem képes.

A gyógyszer nyújtásakor a lehetőség szerint alkalmazkodnunk kell az optimalis eredményt biztosító adagoláshoz. A gyógykezelés megkezdésekor azonnal 2 g (4 tabl.) -ot, majd 4 óra mulva 1½ g (3 tábl.) -ot adunk. Ezután az első 24 órában 4-óránként adjuk ezen adagot, (3 tabl.) javulás esetén 1 g (2 tabl.) -ra csökkentve. Ha javulás nem jelentkezik ugyanazon adagot kapja a beteg a második 24 órában is. A későbbiekben 4 óránként ½ g (1 tabl.) -ot adunk a teljes láztalanodásig. A Sulfapyridin Richter nyujtása legalább 5 napig tartson, tekintet nélkül arra, hogy bármily kedvező is a klinikai kép. Maximalis totalis dosis: 40 g (80 tabl.) a minimalis totalis dosis: 18 g (36 tabl.), átlagos totalis dosis: 28 g (56 tabl.) 5 nap alatt nyujtva. Kéntartalmú gyógyszereket ezen idő alatt még hashajtó formájában sem nyujtsunk.

Gyermekeknél a dosist természetesen redukálni kell, de a reductiónak nem kell a testsúllyal arányosnak lennie, mert a gyermekek a *sulfapyridin* Richter-t igen jól türik. Egy alig 1 és ½ éves gyermeknél 4 óránként adtam 1—1 tablettát, tehát 24 óra alatt 3 g-ot, kifogástalan eredménnyel.

A betegek a gyógyszert általában különösebb nehézségek nélkül bevették. Tejben nyujtva jobban türik.

Ezen készítmény hatásosságánál fogva azon igen kevés gyógyszer közé tartozik, melynek nyujtását, még az esetleg fellépő kellemetlen gyomor-bél tünetek (hányás, hasmenés) esetén is, a beteg akarata ellenére is, szorgalmazni kellene. Rendkivül fontos annak ismerete, hogy a hatás akkor feltünően gyorsan bekövetkező és jó, ha a sulfapyridint lehetőleg a betegség korai szakában alkalmazzuk. A kezelés alá került esetek megfigyelése bizonyítja, hogy a 4. napig kezelés alá került betegeknél a sulfapyridin alkalmazása a gyógyfolyamat időtartamának leröviditésével, igen gyors gyógyulást eredményez, amellett, hogy a klinikai kép súlyosságát is nagymértékben csökkenti. A pneumonia lefolyásában, időtartam és súlyosság szempontjából, továbbá a mortalitás mértékében, még a fentiekben közölteknél is jobb eredményeket lehet elérni akkor, ha a kezelést azonnal megkezdjük és nem várunk a sulfapyridin nyujtásával ad-

dig, amig a betegség diagnozisa minden kétséget kizáróan megállapitást nyer.

Az előírt nagy adagolás betartása azért bir nagy fontossággal, mert az optimális vérsavó-concentratio 10—15 mg%-ra, a liquorban 4—5 mg%-ra tehető s ezen concentratio csak a fentiekben leírt adagolás útján érhető el.

Az elmondottakban közölt bakteriológiai, valamint klinikai megfigyelések kétségtelenné teszik, hogy sulfapyridin Richter készítménnyel egy igen értékes fegyvert nyertünk a preumonia leküzdésére, amely idejében és megfelelően alkalmazva, az eddigi gyógyeljárásokat messze felülmulóan kedvező befolyást gyakorol úgy a kórkép időtartamára, mint lefolyására, továbbá a halálozási %-ra.

A budapesti 10. sz. honvéd helyörs. kórház fül-gége osztályának közleménye. (Kórházparancsnok: vitéz Nagymarosy Rezső 2. o. főtörzsorvos.)

Adatok a mesterséges sinusthrombosis kérdéséhez.

Irta: *Erődi Antal dr.* m. kir. ezredorvos

A fülészeti gyakorlatban gyakori szövődmény a tőszomszédságban elhelyezkedő viszeres véröblök, sinusok megbetegedése. Ilyenek a sinusok phlebitise, thrombosisa és elég gyakran a fertőzésnek rejtett, de tartós betörése a sinus valamelyikébe azoknak makroskopos megbetegedése nélkül.

A sinuscső fertőzése, — mint tudjuk —, a szomszédos csecsnyúlványban lejátszódó genyes csontgyulladás folyománya s egyszerű reáterjedés útján jön létre. Elősegitői az elölfekvő elhelyezkedés, a magas életkor, marasmus, a véráram csökkent sebessége, alimentaris intoxicatio, stb. A jobbaldali sinuscső fejlettebb a baloldalinál s nagyobb kiterjedése miatt valamivel gyakrabban is betegszik meg a baloldalinál.

A sinus megbetegedés legenyhébb alakjában kórbonctani elváltozással még alig találkozunk, mégis ezen esetk nagy részében is a magas sepsises lázak kényszerítik a szakorvost a sinus részleges vagy teljes kiiktatására ami legtöbbször kritikus és végleges lázmentességet eredményez. Valamivel súlyosabb foka a betegségnek a sinuscső kisebb-nagyobb alterátiója a tunica externa lobosodásával, megvastagodásával, fibrines felrakódásával, de a talált kórbonctani kép sokszor nincs őszhangban a klinikai tünetek látszólagos ártatlanságával. A harmadik fokozat a kifejlődött phlebitis, kezdődő falhozálló, obturáló és evesen széteső rögösödéssel (thrombosissal).

Az utóbbi csaknem kivétel nélkül septicus tünetekkel jár s gyakori szövődménye a genyes agyhártyagyulladás, agytályog, extradurális tályog stb. *Nielsen, Cyrill* és *Coukville* 43 sinusthrombosis 15 boncolt esetében septicus meningitist, 10 esetben más vénák: sin. longitudinális sup, sin. petrosus és cavernosus thrombosist, 5 esetben kisagytályogot, 2 extraduralis tályogot s 4 esetben subduralis vérzést mutattak ki. Mint a fenti statisztikából is kitünik a sinusplebitissel illetőleg thrombosissel kapcsolatos szövődmények száma igen nagy s veszélyes következményeik miatt a legerélyesebb sebészi beavatkozást igénylik. Ezek minden szakorvos előtt ismertek lévén ismétlésükbe nem bocsátkozom. Tudjuk, hogy a cél a fertőzött területen átvonuló érszakasznak a vérkeringésből teljes kiiktatása; ha ez sikerült, akkor a betegség egycsapásra localissá vált s a sepsis veszedelme elhárult.

Először azokra a sinusfertőzési esetekre óhajtók rámutatni, melyekben rögösödés nyomai még nem mutathatók ki, habár kétségtelen, hogy a vérmérgezéses tünetek a sinuscső közvetítése révén léptek fel. Ezekben az esetekben a jugularis interna egyszerű lekötésével a kiiktatás tökéletlen s többnyire nem is jár a lázleesésével. Ennek oka az, hogy a fertőzött sinuscsőben pangó s útjában dinamikusan feltartóztatott tekintélyes vértömeg a beteg érfalterületre még nagyobb nyomást gyakorol mint normális viszonyok között és a megváltozott keringési viszonyok következtében fordított irányú áramlási lehetőség is elképzelhető pl. a sinus petrosusban, emissarium mastoideumban s kisebb inconstans vénás összeköttetéseken keresztül s igy a fertőzési csiráknak a vérkeringésbe további bejutása lehetséges.

A tökéletes kiiktatás egyetlen módja a sin. sigmoideusnak, illetőleg transversusnak az épben történő kiegészitő leszoritása s a sinuscső bekövetkezett thrombotizálódása után annak felhasítása, kitakarítása, a laterális érfalrészletek bőséges kimetszése s esetleg, ha szükséges a vena jugularis interna felől retograd átöblítése.

Tapasztalataim szerint a sin. sigmoideus, illetőleg transversus környéki leszorítása csak ritkán jár azonnal érelzáródással. Ennek oka az, hogy az ujjnyi értörzs üzembeszüntetésére és a vérkeringés átalakítására idő kell. A véráram hatalmas „vis a tergo"-ját sok esetben csak oly erős leszorítással lehetne elérni, amelyet az adott anatomiai körülmények nem engednek meg. A leszorított sinus a puha agyállománnyal együtt kitér s a túlerős nyomás durasérülést okozhat. Akár gömtampont, akár csikot helyezünk a csont és a sinusfal közé — ennek teljes összenyomása céljából — sokszor azt tapasztaljuk, hogy a leszorítástól centralisan ejtett érnyiláson keresztül mégis vérzést kaptunk. Ennek oka egyrészt az, hogy a sinus lumenében, noha az az erélyes nyomás következtében a legnagyobb mértákben összeszűkült, mégis félholdalakú üregrész maradt szabadon; másrészt pedig azért, mert a leszorítástól centralisan eső sinusszakaszba akadálytalanul ürít tekintélyes vérmennyniséget a sinus petrosus superior, az emissarium mastoideum s esetleges incontans ágak. Látjuk, hogy a vérkeringésből igazi kiiktatás csakis a beteg sinusszakasz trombotizálódása és felhasítása utján képzelhető el. Itt hivatkozom arra a közismert megállapításra, hogy a thrombosis voltaképen nem más, mint a szervezet védekezése a betegség generalizálódása ellen s mint ilyen — hacsak a thrombus el nem genyed — a szervezetre előnyt jelent. Ezt egyébként megerősíti a szakirodalomnak a műtéti beavatkozás nélkül gyógyult sinusthrombosis-eset gyűjteménye.

Célunk tehát a teljes kiiktatás, jugularis interna lekötés, sinus leszorítás az épben, s a kiiktatott szakasz lehetőleg steril záró thrombosisának elősegítése.

Köztudomású, hogy az u. n. thrombosiskészség egyénenként igen változó. Függ a kortól, faitól, családi és egyéni körülményektől, táplálkozási viszonyoktól, (vitaminok) sőt időszakos kozmikus tényezőktől is. Általában megállapitható, hogy kisgyermekek thrombosisra kevésbbé hajlamosak, mint a felnőttek. Gyakran tapasztaljuk, hogy jugularis lekötés és sinus leszorítás dacára a „blokád alá helyezett" sinusrészletben a rögösödési folyamat minden igyekezetünk dacára elmarad, a sinus nem üríthető ki s igy természetesen a lázas állapot sem szünik. Ilyenkor válik actuálissá a sinusthrombosis mesterséges előidézésének szükség.

A sinus mesterséges thrombosisának elősegítésére vonatkozólag történtek már kisérletek. *Herrmann* intrasinuosusan adott anyatej injectiókat dicséri, de szóba jöhetnek a varixkezelésben használt injectiós készítmé-

nyek is, mint pl. 20—40%-os natr. salic. és natr. benzoic. aa; 40%-os natr. salic. és glycerin aa; 30%-os chinin-uretan; hypertoniás konyhasóoldat, (66%-os szőllőcukoroldat, Natrium morhuolicum (Varicoid), stb. Az ezekkel végzett sinus thrombotisáló kisérletekről azonban az irodalomban adatokat nem sikerült találnom. Az általában két esetben alkalmazott intrasinuosus „Phlebectasan" hypertoniás NaCl injectiók is eredménytelenek voltak. A várt rögösödés elmaradt. Fenti szerekkel további kisérleteket nem is folytattam.

Felkinálkozott az a gondolat, hogy oly kémiai anyag behatásának kellene a sinusfalat kitenni, amely a sinusthrombosis pathogenesisét utánozva peripheriásan, tehát — kivülről hatva — inditana meg gyulladásos reactiót, az érfal mindhárom rétegében és az ennek eredményeképpen keletkező intimasérülés hozná meg a mesterséges rögösödés előfeltételeit. E követelmények mellett fontos körülménynek látszott a választandó szernek lehetőleg erélyes fertőtlenitő és mélybeterjedő hatása anélkül azonban, hogy helyi szövetelhalást idézzen elő tekintettel a meninxek és az agyállomány érzékeny voltára.

E követelménynek — első meggondolásra — a jód látszott legmegfelelőbbnek. A jód közismert helybeli hatása azon alapszik, hogy jodhydrogensav és activ oxygen keletkezik, a szöveteket alkotó szerves vegyületeket és fehérjéket jódozza, sebfelületeken steril chemiai gyulladást idéz elő s a szövetek mélyebbrétegeibe is behatolva részben corrosiv és gyullasztó hatást vált ki, végül azonban jódalkali és szerves jódvegyületek alakjában felszívódik. A jódnak e steril gyulladást okozó hatását régi idők óta ismerik és alkalmazzák, mint adhaesiv gyulladást előidéző szert hydrokele és cysta zsákokba 1%-os lugol oldatos befecskendések alakjában. A bőrön és szöveteken át történő kitünő felszívódását a régebben alkalmazott jódos kenőkúrák igazolják lues esetében. A jódnak ezenkívül, mint általánosan ismeretes electiv hatása van az érrendszerre is. E gondolatmenet alapján vettem tervbe elsőízben a jódnak helyi alkalmazását sinusthrombosist előidéző célzattal.

A várt kisérleti esetet rövidesen egy motorbaleset szolgáltatta: A koponyalapi töréssel beszállított s több napig eszméletlenül fekvő betegen gennyes mastoiditis tünetei fejlődtek ki septikus láz kiséretében. Mütétkor kiderült, hogy a törvonal a csontos hallójáraton, a csecsnyúlványon keresztül a sinus transversus vonalában haladt vízszintes irányban a confluens sinuumtól kb. 5 cm. távolságig. A sejtszegény proc. mast. gennyel telt. Az előlfekvő sinus élettelen külsejű volt, vastag genyes, fibrines felrakódással; sinuspunctióval csak mélyebb beszúrásra kapunk vért (fali thrombus). Jugularis lekötés, sinus leszorítás mogyorónyi gömbtamponnal az épben. A másnap és harmadnap megkisérelt sinusfelhasításkor azonban még mindig kiadós vérzés jelentkezett s így az érszakasz kiiktatása tökéletlennek bizonyult, a most alkalmazott, kisebb mogyorónyi, keményre sodort jodoform gömbtampont 4—5 csepp közönséges jódtincturával itattam át s ezt vezettem a sinus felett készített csontvályún keresztül az ép sinusfal és a csont közé. Ugyanezt másnap megismételtem, harmadnapra az egész feltárt sinus szakasz tökéletesen berögösödött s a thrombus kitakarítása lehetővé vált. A beteg láza kritikusan leesett. A jódkezeléssel kapcsolatban semmiféle ártalmas hatást nem sikerült kimutatni.

Egy-két esetből végleges következtetést levonni nem lehet, mégis okom van, hogy felhívjam az érdekelt szakkörök figyelmét ezen egyszerű műfogásra, mert ha csak annyit érnénk is el vele, hogy betegünk lázas állapotát sikerül 1—2 nappal megrövidíteni, sokat segítettünk rajta. Véleményem szerint az eljárás értéke abban rejlik, hogy a keletkező thrombus steril, ú. n. „Blankthrombus" már pedig a folyó vérrel érintkező „kezdő", „vég", vagy „záró" thrombusnak sterilnek kell lennie, mert ellenkező esetben a láztalan állapot nem következhetnék be. Ami a thrombosis keletkezését illeti, kétségtelen, hogy azt az alig néhány tized mm vastag érfalon keresztül kifejtett gyulladásgerjesztő, esetleg enyhe corrosiv intima-hatás következtében áll elő. Az eljárás további eredményeiről a következőkben fogok bővebben beszámolni.

A Magánalkalmazottak Biztosító Intézete I. sz. nőgyógyászati rendelésének közleménye. (Főorvos: Toldy Lóránt.)

A női meddőség betegpénztári járó kezeléséről.

Irta: *Pásztor Mihály dr.*, rendelőintézeti nőorvos.

Több szerző felfogása szerint a meddőség csak jól felszerelt klinikai és kórházi osztályon orvosolható eredményesen. Hogy ez a tétel azonban nem kirázólagos érvényű, bizonyitják egyes gyakorló nőorvosok kitünő eredményei; de még az ú. n. tömegrendelésen is lehetséges az eredményes kezelés annak ellenére, hogy a ma fennálló betegpénztári rendszer a meddőség kezelésében is annyira kívánatos egyénités tekintetében nem kedvező. Azonban magasabb nemzeti szempontok és talán a magtalanságból fakadó egyéni tragikus sorsok átérzése is leküzdhetik az akadályokat.

A statistikai adatok azt mutatják, hogy hazánkban az 1930. évben megszámlált 1.879.526 férjes nő közül 320.964-nek (17.1%) nem volt gyermeke. (*Thiring*: M. Statisztikai Szemle 1936.) Ha ebből levonjuk azok számát, akik még szülni fognak (fiatal házasok) és azokét, akik szülni nem akarnak, azt mondhatjuk, hogy a magyar férjes asszonyoknak kb. 10%-a akaratán kívül nem tehet eleget anyai kötelességének. (Pontos adatok nincsenek.)

A betegbiztosítás nagymérvű kiterjesztése azt eredményezte, hogy az ország lakosságának — ennélfogva a gyermeket óhajtó meddő asszonyoknak is — nagy tömege tartozik a betegpénztárak kötelékébe. Ha tehát a pénztári orvos legyőzi az akadályokat, igen szép nemzeti munkát végezhet, különösen, ha meggondoljuk, hogy tervszerű vizsgálat és kezelés, esetleg ennek szükség szerinti irányitása mellett a meddőség egyes kategóriáiban még 60%-os eredmény is elérhető.

Mielőtt tárgyköröm érdemi részére rátérnék, célszerűnek látszik egy kérdést tisztázni és egy több oldalról hangsúlyozott tényt megállapitani.

a) Hány évi gyermektelen házasság után kell egy asszonyt meddőnek tekinteni? Mint sok más területen, úgy e tekintetben is eltérők a vélemények. Vannak, akik már 1 évi és vannak, akik csak 5 évi eredménytelen házasság után beszélnek meddőségről. A szerzők nagy többsége azonban azt vallja, hogy elsőleges meddőségről akkor lehet beszélni, ha 2 évi házasság után sem következik be a kívánt teherbejutás. *Schultze* statistikai adatokra hivatkozva azt a véleményét fejezi ki, hogy 2 évi meddőség után, kezelés nélkül az asszonyoknak csak 6%-a fogamzik. Nem sorolom fel az idevágó irodalmi adatokat, csak azt állapitom meg, hogy *a 2 éves időtartam felvétele jogosnak látszik.*

b) Mikor sterilitásról szólunk, mindig magtalan házasságot kell értenünk, azért a férj nemzőképességének vizsgálata elengedhetetlen feltétel főleg akkor, ha az asszonyon meddőségi okot nem lehet kimutatni.

A meddőségi okok sokféleségének, továbbá a bajmegállapító eljárások: a petevezetékátfúvás, hysterosalpingographia, hormonmeghatározás és az ezekhez igazodó különféle gyógymódok ismeretében ma már nem elégedhetünk meg azzal, hogy a meddő asszonynak csak sósfürdőt, vagy ovarium-tablettát rendelünk, bár ezek sokszor igen jó szolgálatot tesznek, csak alkalmazásukban nem szabad általánosítani, hanem az okot kell előbb kikutatni.

A leggyakrabban szereplő ok kétségkívül a függelékek gyulladása után létrejövő *kürtelzáródás.* Megállapítása pertubatio, vagy salpingographia útján történik. Előbbi a szükséges óvatossági szabályok megtartása (intermenstruumban, acut, vagy subacut gyulladás kizárása, az asepsis szemmel tartása, legfeljebb kb. 140 Hg. mm nyomás) mellett járóbetegrendelésen is elvégezhető. *(Sellheim, Halban).* Ha az elzáródás helyét illetőleg pontos felvilágosítást akarunk nyerni, a körülményesebb salpingographiát alkalmazzuk, ez eljárás különösen műtét előtt bír fontossággal. A hasműtétes kezelés azonban, amilyen a szájadékképzés, a kürt distalis ép részének, vagy magának a petefészeknek beültetése igen kevés, 4—10%-os eredményt igér. *Fels* műtéttel (tubaresectio, salpingostomia) kezelt 34 betege közül egy sem fogamzott. *Schultze* a kürtön végzett különböző műtétekkel 9%-os eredményt ért el. Ilyen gyenge kilátások mellett, kellő felvilágosítás után, csak kevés asszony hajlandó magát kitenni a hasműtét veszélyeinek. Kedvezőbbek még a kilátások, ha csak passagezavarok vannak a kürt lefutásában, vagy a hasüri szájadékon, melyek a lenövések oldásával megszüntethetők. Számosan megerősítik, hogy kisebb akadályok leküzdhetők átfúvás és salpingographia segítségével is, így ezek az eljárások nemcsak a bajmegállapítás, hanem a gyógyítás terén is nagyjelentőségűek. *Ottó* egyik közleményében a budapesti I. sz. női klinika anyagából több sikeres esetről számol be, melyeket pertubatióval, illetőleg salpingographiával ért el. Saját anyagunkból a következő példát említem:

1. R. V.-né 31 é. 1938. II. 19-én magtalanság miatt jelentkezik rendelésünkön. Partus: 0, ab.: 0. 3 év óta házas. Első hószám 16 éves korában jelentkezett, azóta 4 hetenként ismétlődik, 1—2 napig tart görcsökkel. 1937-ben vakbélműtét. Genitalis lelet: valamivel kisebb méh anteflexióban, j. paramentrium érzékeny. Wa.-r., go.: negativ. Tüszőhormonkezelés, mélyhő, sósfürdő. A kezelésben többhavi szünet után 1938. IX. 22.-én pertubatio 170 Hg mm nyomással, positiv eredménnyel. Utána még 2 hószám következik, a decemberben esedékes elmarad, 1939. I. 11-én leletünk: grav. m. II. Sima lefolyású terhesség és szülés, mely aug. 16-án következett be.

Bár ez esetben a pertubatio előtt a nemzőszervek fejlődését serkentő kezelés történt, az eredményt mégis az átfúvásnak tulajdoníthatjuk. — Az aránylag nagy nyomás ugyanis, ami a pertubatio eredményes megejtéséhez szükséges volt, arra enged következtetni, hogy a kürtökben akadályt kellett legyőzni, amely talán a kiállott féregnyulványgyulladás következménye volt.

A meddőségnek igen gyakori oka a nemzőszervek hypoplasiája, mely csökkent működésben, raro-, hypo- és amenorhoeában nyilvánul. A nemzőszervek fejletlensége sokszor mechanikus akadályokat is gördít a fogamzás útjába, ú. i. a fejletlen kürt nem ritkán átjárhatatlan. *Clauberg* egyik munkájában röntgenképekkel mutatja be, hogyan lehet petefészek elégtelenség alapján átjárhatatlan kürtöt tüszőhormonnal fejlődésre serkenteni és átjárhatóvá tenni. Hypoplasia esetén a méh többnyire hegyes szögben hyperanteflectált, keskeny nyakkal és beszűkült külső méhszájjal. A hosszú időközökben jelentkező hószám arra utal, hogy ritkábban következik be peteérés, miáltal a teherbejutás lehetőségei csökkennek; elégtelen hormonelválasztás esetén a petefészek gyakran nem is termel megtermékenyítésre alkalmas, érett petét. Ha pedig mégis bekövetkezik a pete impregnatiója, megtapadására kedvezőtlenek a viszonyok, mivel a méhnyálkahártya sorvadt. Ha a pete ennek ellenére is befészkeli magát, a pete korai leválása vagy a fejletlen méh időelőtti összehúzódásai következtében vetélés jöhet létre.

2. K. S.-né, 1938. I. 3-án kerül kezelésbe. Partus: 0, ab.: 0. Első hószám 12 éves korban, 4 hetenként ismétlődik, 1—2 napig tartó kevés vérzéssel. A kórelőzményben vesemedence- és féregnyulványlob, 11 é. korban appendektomia. Genitalis lelet: uterus pubescens hyperanteflexióban, a környezet szabad. 2½ év óta tartó sterilitás. Wa.-r., go.: negativ. Gyógyítás: előbb hypophysis-elülsőlebeny, majd tüszőhormoninjectio a hószámköz első két harmadában, összesen 30 mg, két szakaszra elosztva, az utolsó harmadban sárgatestkivonat bőr alá. A hormonadással egyidejűleg mélyhő, majd sósfürdő. 1938. júliusi hószám elmarad, szept. 3-án a terueség III. hónapjának megfelelő méhet találunk. A IX. hónap idején az asszony altestén viszketést érez; a vizeletben cukrot állapítunk meg; belkezelésre küldjük. Ettől kezdve zavartalan a terhessége. 1939. márc. 15-én sima lefolyású szülés, 3300 g súlyú, élő, érett fiumagzat.

Rövid cyklus esetén is gyakran van meddőség; oka pedig a corpus luteum-phasis megrövidülése. Knaus szerint ugyanis még 21 napos cyklus esetében is az ovulatio a 14. napon következik be. A megtermékenyített petének pedig az implantatiós érettség eléréséhez 10 napra van szüksége, így ha rövid cyklus áll fenn, csak olyan időben juthat el a méhnyálkahártyához, amikor az már kilökődésben van. A megtermékenyített pete ennélfogva a menstruatiós vérrel távozik. Hosszantartó, 10—12 napos vérzés esetén fennáll annak a lehetősége is, hogy a tüszőrepedés és így a fogamzás optimalis ideje a hószám alatt következik be. Hormonnal sikerül a rövid cyklust meghosszabbítani és egyben a meddőséget megszüntetni, amint alábbi két esetünkből is kitünik:

3. P. A.-né, 26 é. 5. éve házas. Partus: 0, ab.: 1 művi, 4½ év előtt, azóta steril. Havibaja 3 hetenként jelentkezik, 8—10 napig tart. Kórelőzményében csipőizületi gyulladás, féregnyulványgyulladás és műtét. Gyn. lelet: rendes nagyságú méh anteflexióban, a b. ovarium lenőtt, érzékeny. Gyógyítás: 2 naponként és összesen 10 ichthyol-tampon, forró hüvelyöblítés, a praemenstruumban 5 ízben, naponta sárgatestkivonat befecskendése. 4 hónap múla 26 napos cyklus. 1938. V. 2-án leletünk: grav. m. II. XII. 21-én élő, érett leánygyermeket szült.

4. Sz. E.-né 30 é., 8 éve házas. Partus: 0., ab.: 3, művi, legutóbb 5 év előtt, azóta nem fogamzott. 3 hetenként vérzik, 2—3 napig tartó kevés vérzéssel. A kezelést hypophysis elülsőlebeny befecskendezésével kezdjük, majd a havibaj közti idő első két harmadában magasértékű *glandubolin-*, a praemenstruumban corpus luteum injectiót adunk, mire a cyklus rendeződik és a havivérzés bővebb lesz. 1939. áprilisában a havibaj nem jelentkezik, május 2-án 6 hetes terhességet állapítunk meg, amely azonban a VI. hónapban önkéntes vetéléssel végződött.

Ezt a nem óhajtott körülményt talán megmagyarázza egyrészt az, hogy a teherbejutás bekövetkezett, mielőtt a három művi vetéléstől laesiót szenvedett méh a magzat kiviselésére alkalmassá lett volna. De még valószínűbb az a feltevés, hogy a vetélést az asszony régi szűkülettel szövődött bélhurutja okozta, mely még a terhesség alatt is ismételt műszeres vizsgálatot és kezelést tett szükségessé.

A ritkán jelentkező hószámmal szövődött meddőség eredményes orvoslásáról tanuskodik a következő eset:

5. K. J.-né 25 é., 8 é. házas. sosem volt teherben. 1939. márc.-ban magtalanság miatt jelentkezik. 6 hetenként vérzik. Leletünk: normalis nagyságú méh anteflexióban, szabad

környezet. A férjen megejtett spermavizsgálat: positiv. Magasértékű tüszőhormon, sárgatestinjectio, valamint 10 diathermiás kezelés után 1939. aug.-ban fogamzás, okt. 5-én grav. m. II. 1940. jan. 9-én fundus a köldök magasságában.

Egy esetünkben 13 éves házasság után *glandubolin*, mélyhő és sósfürdőre 1938 januárjában fogamzás. Tekintettel arra, hogy az asszony pajzsmirigy túltengésben szenved és ez vetélésre hajlamosít a terhesség közepiég 2 hónaponként corpus luteumot, az egész idő alatt pedig ferrum jodatumot adunk. Az asszony aug. 17-én élő, érett magzatot szült.

Nyakcsatornahurut is akadálya lehet a megtermékenyítésnek, részint azáltal, hogy a gyulladás termékei a spermatozoonok életképességére ártalmasan hatnak, másrészt a nyakcsatornát kitöltő, tapadó nyálka a spermium útjába mechanikus akadályt állít. A gyulladást gyógyító és az elválasztást csökkentő eljárások a meddőséget is megszüntethetik.

6. G. F.-né, 28 é. 1938. V. 5-én kerül kezelésünkbe, gyermeket szeretne Partus: 0, ab.: 0. Havibaja rendben. Genitalis lelet: rendes nagyságú méh anteflexióban, szabad környezet, a nyakcsatornából bő folyás, mely go.-ra negativ. Gyógyítása hosszabb időn át tartó portio-fürdő 5%-os arg. proteinicum oldattal, zinc. chlor. hüvelyöblítés. 1939. ápr. 5-én: grav. m. II. Zavartalan terhesség. 7 évi házasság után 1939 XI. 19-én 3500 g súlyú fiúgyermeket szül.

Szívósan tapadó, folyással járó nyakcsatorna-hurut eseteiben egyszerű sondázástól is láthatunk eredményt. Kedvező időpont röviddel az ovulatio előtt. Az eljárással részint a külső és belső méhszájat tágítjuk, részint a nyakcsatornából a nyálkát is eltávolítjuk. *Van Togeren* sondázással 47.5%-os eredményt ért el.

Errevonatkozó esetünk :

7. M. F.-né, 35 é., 6 éve házas. Partus: 0, ab.: 0. Havibaja 4 hetenként ismétlődik, 6—7 napig tart igen bő vérzéssel. Lelet: vaskos uterus anteflexióban, szabad környezet, nyakcsatornából viscosus, bő folyás. Go. neg. 1938. VII. 7.-én pertubatio positiv eredménnyel. 4 hónapon át a hószánkóz utolsó harmadában 2. naponként sárgatest-befecskendezés, tekintettel a hosszantartó, bő havivérzésre. 1939. I. 18-án, a cyklus közepén sondázás és a fogamzás optimalis idejére a figyelem felhívása. A következő hószám máris elmaradt, ennek idejétől számított 3 hét múlva azonban gyenge vérszivárgás indult meg, mely néhány nap alatt görcsök kíséretében fokozódott. Az egyik intézetben ab. incompl.. miatt méhkaparást végeztek. A szövettani vizsgálat igazolta, hogy valóban terhesség volt.

Végül egy figyelemre érdemes esetről számolhatok be, amelyben *méhkaparás után igen rövid idő múlva történt fogamzás :*

8. Z. M.-né 29 é., 3 éve házas, 1939. aug. 23-án jelentkezik rendelésünkön. Partus: 0, ab.: 2, művi. Első 1931-ben méhkaparással, második 1932-ben jódinjectióra, mely után fél évig beteg volt. Havibaja 4 hetenként ismétlődik, 5 napig tart kp. vérzéssel, görcsök nélkül. 2 év óta érzi, hogy pajzsmirigye megnagyobbodott, néha fullad. Rendes genitalis lelet, go. negativ. A vetélés céljából adott jódinjectio és az azóta tartó meddőség kürtelzáródásra enged következtetni, ezért 1939. IX. 9-én pertubatio, mely negativ eredménnyel jár. Az átfúvást egy hónap múlva ismét megkisérlem, az eredmény szintén negativ. Javaslatomra 1939. X. 14-én méhkaparás. X. 20—25, a rendes időben hószám. Novemberben, a havibaj idején 2 napig tartó véres folyás, mely egy hét múlva ismétlődik és még 5 napig tart, görcsök nélkül. Ekkor leletünk: duzzadt méh anteflexióban, kevés vérzés (ab. imminins?) Megfigyelés. Gyógyítás: kimélet, 2. naponként corpus lutemu befecskendés, pil. ferri jodati, a vérzés csakhamar megszünik. Dec. 23-án grav. m. II., vérzés nincs. A megkezdlett gyógyítást folytatjuk. 1940. I. 17-én grav. m. III. —

A bekövetkezett eredmény kétségkívül a méhkaparásnak tulajdonitható. A kifogástalan menstruatiós viszonyok, a folyás hiánya, valamint a méhkaparék minősége és mennyisége arra utalnak, hogy a meddőság okát nem a méhnyálkahártya működési zavarában kell keresnünk. *Sokkal valószínűbb az, hogy a 7 év előtt vetélés céljából adott jódinjectio következményeképen a kürtök uterinalis szájadéka elzáródott*, tehát mechanikus akadály állott fenn, mit a méhkaparás alkalmával a tubasarkoknak intentiónknak megfelelően végzett gondos kitakarítása szüntetett meg. Ezt a feltevést támogatja a műtét előtt két ízben végzett pertubatio negativ eredménye is. A fogamzást követő és néhány napig tartó kisfokú vérzés okát valószínűleg az asszony enyhe hyperthyreoidismusa magyarázza. A már korábban megejtett vizsgálat ugyanis 23%-os anyagcserefokozódást állapított meg. A fenyegető vetélés veszélyét az ajánlott kimélettel, valamint corpus luteum és ferrum jodatum adásával sikerült elhárítani.

Az elmondottakból megállapítható, hogy a női meddőség pénztári járóbetegrendelésen is kezelhető eredménnyel, pedig — amint már említettem — a ma fennáló rendszer nem mondható kedvezőnek a betegek egyéni kezelése szempontjából. *A betegbiztosítók a socialis vonatkozásokon belül és azokon felül nagy nemzeti célok megoldására hivatottak. Ezek közé volna talán sorolható egyebek közt a meddőség elleni küzdelem is, melyhez orvosi vonatkozásban az ügyszeretetен és türelmen kívül időre is van szükség;* ebből pedig a szűkreszabott rendelési idő mellett egy-egy betegre vajmi kevés jut. Ezért nemcsak az általános jobb betegellátás érvényesülése, hanem az ilyen, nagyobb gondosságot és hosszabb időt igénylő kezelések lehetővé válása miatt is üdvözöljük a Magánalkalmazottak Biztosító Intézete vezetőségének azt az újabb elhatározását, melylyel a szakrendelések idejét 1940. jan. 2-től kezdve az egész vonalon jelentékenyen meghosszabbította. *Bárcsak ez a bölcs intézkedés más intézetekben is követésre találna!*

A magtalanság kezelésével elért eredmények szám szerint is megjavíthatják azokat a szomorú adatokat, melyek azt mutatják, hogy hazánkban néhány évtized alatt az élveszületések száma 45-ről 18‰-re zuhant le. Emellett nem lebecsülendő a minőségbeli gyarapodás sem, ha meggondoljuk, hogy a várva-várt gyermek, kinek óhajtásában sokszor könnyet is hullatnak, áldozatra kész, gyermekszerető környezetben nő fel. Ez a szellem pedig a nemzet fennmaradásának egyik biztosítéka! Utoljára említem azt a jóleső érzést, mely az orvost eltölti, mikor türelmes munkája nyomán új élet sarjad a jövő számára.

Az O. H. kiadványait olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól hátrálékban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal bérmentve küldjük meg az alábbi igen hasznos könyveket :

Soós Aladár : Étrendi előírások IV. bővített kiadás	Sajtó alatt	5.— P
Horváth Boldizsár : A gyakorló orvos orthopaediája. 230 old., 110 ábra és 16. old. műmelléklettel		5.— „
Kunszt János : A mai Magyarország ásványvizei, fürdő- és üdülőhelyei, 215 oldal	6.50 P helyett	5.50 „
Vászonba kötve	8.— „ „	7.— „
Orsós Ferenc : Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal	2.50 „ „	2.— „
Krepuska István : A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana . .		4.— „
Benderek István és **Külley László :** Gyógymasszázs és mechanoterápia. 240 oldal, fűzve . . .		4.— „

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel történő rendeléskor a portóköltséget is felszámítjuk.

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

Cardiazol-mérgezés gyermeken.

Irta: *Varga Tibor dr.*

A gyermekkorban előforduló cardiazolmérgezésre irodalmi adatot nem találtunk, ezért tartjuk érdemesnek alábbi esetünk ismertetését.

1938. XII. 6-án este *M. E.* 10 éves gyermeket a mentők szállították a klinikára azzal, hogy délután hirtelen rosszul lett, görcsöket kapott, majd annak szünetével hányni kezdett, hányadéka csakhamar epés lett. Kb. 1 óra mulva a gyermek álmosságról panaszkodott, félrebeszélt, az ekkor kihivott orvos azonnali klinikai kezelést javasolt.

A gyermek öntudata zavart, összevissza beszél, időnkint a hozzáintézett kérdésekre felel ugyan, de a másik pillanatban megint teljesen tájékozatlan. Súlyos beteg benyomását kelti, arca sápadt, törzse hüvös, végtagjai hideg tapintatuak, kéz- és lábujjai szederjesek. Hőmérséklete: 36 C°. Izomzata rendkivül hypotoniás, alsó végtagjait fekve kinyujtja, egyiket a másikon keresztbe fekteti. Tarkója nem merev, a Kernig negativ, a hasreflex nem váltható ki. Patella-reflex bizonytalan, pupillája tág, fényre renyhén reagál, a fényhatás ideje alatt a beszűkülés után újra tágul. Szívtompulata rendes, szívhangjai tompák, de tiszták. Pulzusa alig tapintható, filiformis, könnyen elnyomható, percenkint 120. Vérnyomása 98/70. Rendkivül aluszékony. Vizsgálat közben pár pillanatra öntudatra tér, lassan, vontatottan nehány szót szól, nyugtalanabb lesz, de azután megint az alkoholrészegségre emlékeztető állapotba esik vissza. Légzése mély, sóhajtó, igen gyér. Felültetve összecsuklik, helyzetváltozáskor azonnal hány. Lumbalispunctio: fokozott nyomással ürülő viztiszta liquor, a gyulladásos reactiók negativak. A vázolt lelet alapján felmerült ugyan a mérgezés gyanuja, de jellemző tünetek hijján határozott diagnosisra jutni nem tudunk. Igy kezelésünk is csak tüneti lehetett: icoralt, érbe hypertoniás dextrosét adtunk, mire a súlyos állapot rövidesen javult, de az aluszékonyság megmaradt.

A kezelőorvostól időközben kapott értesítés tisztázta a különös betegség okát s körülményeit. Kiderült, hogy a gyermek a testvére részére rendelt cardiazol liquidumból ihatott, mert a 10 ccm ürtartalmú éppen megkezdett üvegből a gyógyszer nagyrésze rejtélyes módon eltünt. A közölt adatokból nagy valószinüséggel a megivott mennyiséget is meg tudtuk állapitani. A 10 ccm-ből u. i. betegünk testvére mindössze 15 cseppet vett be, az üveg alján pedig még 18 cseppet találtunk, igy a mérgező adag 157 csepp, vagyis 7.8 ccm lehetett, ami *0.78 g hatóanyagnak felel meg.*

XII. 7. egész nap alszik, nehezen lehet felrázni álmából, ilyenkor kérdéseinkre válaszol, de csak vontatottan, akadozva. Egyedül felülni nem tud, felültetve dülöngél, szédül. Napközben kétszer hány, hányadéka epés. Hőmérséke 36.5 C°. A patella és Achilles-inflex renyhe, a hasreflex nem váltható ki. A pupilla-reactio ugyanolyan, mint a felvétel alkalmával volt. A szemen szélső állásban nehány lassú nystagmusos rángás észlelhető.

XII. 8. Majdnem az egész napot átaluszsza. de már könnyebben felkelthető. Beszéde most is vontatott; ha felül szédül, izomzata még hypotoniás. Achilles- és patellareflex nehezen váltható ki, a hasreflex egyáltalán nem. Szívhangjai tompák, a pulmonalis II. ékelt, pulzus a 90—100 között, közepesen telt, feszes.

XII. 9. Nehány órát már ébren tölt, beszéde még vontatott, izomzat hypotoniás, a reflexek változatlanok, ülni már tud fogódzás nélkül, de állni még nem, mert mindjárt elszédül. Szívlelete változatlan.

XII. 10. A nap nagyrészét már ébren tölti, jól beszél, izomzata már nem oly hypotoniás.

XII. 11. Nappal nem aludt, jól kiváltható reflexek, élénk hasreflexek.

XII. 12. Teljesen egészséges, élénk, vidám, izomzata normotoniás, reflexek rendesek.

A mérgezés tehát 4 napig tartott.

A cardiazol pharmakologiailag a központi görcsokozó mérgek csoportjába tartozik. Mind a bőr alól, mind a bélből gyorsan felszivódik, a szervezetben valószinüleg nem bomlik el, méregtelenítése úgy látszik párosítással történik. Melegvérű állatokon főleg a központi idegrendszer subcorticalis részeit támadja meg. *Schoen* szerint minimalis mérgező adagja a központot izgatja, nagyobb dozis bénítja. *Schwartz* állaton 1—1½° hősülyedést észlelt nagy adag cardiazol után. *Koll* szerint a cardiazol közepes adagja a gerincvelő reflexiveinek vezető képességét fokozza.

A légzőközpont rendes körülmények között nem hat, ha azonban a légzőközpont működése csökkent, a légzésvolumen emelkedését hozza létre, állaton is, emberen is. Nagy adag itt is bénítólag hat. A vérkeringésre az érmozgató központ utján hat. Nagy adagra a bőrerek szükülnek. *Junkmann* és *Stross* vérnyomásemelkedést, *Cam* és *Watt* vérnyomássüllyedést észlelt.

Ha az irodalmi adatokat a mi megfigyelésünkkel összevetjük, azt látjuk, hogy a mérgezés betegünkön is két szakaszban zajlott le. Kezdetben, mint az anamnesisből láttuk, erős izgalmi tünetek (görcs, hányás), majd csakhamar bénulásos jelenségek jelentkeznek.

A reflexiv vezetőképességének csökkenése okozhatta úgy látszik a hypo-, illetve areflexiát, a kisagy vagy a gerincvelő centralis pályáira gyakorolt hatás a feltünő hypotoniás, a a hőközpont bénításának következménye lehetett betegünk erős lehülése, a légző- és vasomotor központra kifejtett hatásnak a légzésszám csökkenése, a bőrerek erős szükülése és igy a periferiás keringés gyengülése. Vérnyomáscsökkenést az egész idő alatt nem észleltünk.

Esser és *Kühn* egy felnőtt öngyilkos esetét irják le. 10 g cardiazol bevétele után már egy órával görcsök között következett be a halál. Hogy a most ismertetett mérgezés a viszonylag nagyobb adag ellenére is szerencsésebben végződött, úgy látszik az izgalmi szak elején fellépő bőséges hányásnak köszönhető, de talán annak is, hogy a gyermeki szervezet a görcsöket jobban birja s a szer méregtelenítésére is kedvezőbbek a feltételek.

Összefoglalás: 10 éves leányon *7.8 ccm (0.78 g hatóanyag) cardiazol liquid* súlyos mérgezést okozott. A mérgezés elején izgalmi tünetek (görcs, hányás) állottak előtérben, később bénulásos jelenségek (hypotonia, areflexia, öntudatzavar, lehülés, légzési és keringési zavar). Teljes gyógyulás 4 nap alatt.

Kétoldali teljesen záró külső hallójárati cholesteatoma.

Irta: *Kővári István dr.*, OTBA szakorvos.

Ha az irodalomban szó esik a külső hallójárat cholesteatomájáról, akkor az ember legtöbbször a külső hallójárat epidermis-dugaszára gondol. Erre nézve különösen a régebbi német irodalomban sokféle vélemény alakult ki. *Habermann* a dobhártya és a külső hallójárat gyulladására viszi vissza a keletkezést. *Politzer* helyi vagy diffus külső hallójárat-gyulladást hoz föl keletkezési okul *Urbantschitsch* és *Örtel*, de mások is a külső hallójárat epidermisének fejlődési zavarát szerepeltetik, *Witmack* pedig kereken kétségbevonja a külső hallójárat cholesteatomáját s amint mondja, ha az egyáltalán előfordul, csak nagyon ritka eset lehet. Ő ugyanis úgy gondolja, hogy a Srapnell-hártyán lévő nyíláson át burjánzik ki a külső hallójáratba. *Manasse* úgy képzeli, hogy a külső hallójárat dugasza chronikus ekzema következménye. Szerepeltetnek még luest, tuberculosist és szeri se száma a legkülönfélébb elmélkedéseknek, keletkezését illetőleg. Tekintve, hogy jellemző tünetei vannak, amilyen az egytömegben rendeződés, tömörülés, gyors fejlődés, a külső halójárat tágítása, a folyamat megismétlődése, amelyek teljesen megegyez-

nek a dobüri cholesteatoma jellegzetességeivel célszerű ahogy ezt *Krepuska I.* is ajánlotta, a német irodalmi elmélkedések és elnevezések helyett cholesteatomának nevezni. Természetesen a külső hallójárat gyöngydaganatánál feltesszük az ép, érintetlen dobhártyát. Ez is, mint a dobüri is pseudocholesteatoma.

1897-ben *Hetzler* beszámolt a külső hallójárat cholesteatomájának akkori állásáról. Ő különbséget tett elsősorban a külső hallójáratban keletkező, másodsorban a középfülből a külső hallójáratba áttörő gyöngydaganat között: az előbbit *primaer*, az utóbbit *secundaer* külső hallójárati cholesteatomának nevezte el. Minket most a külső hallójáratban keletkező cholesteatoma érdekel.

A külső hallójárat epidermis dugasza olyan, mintha cerumen lenne, de eltávolításakor azonnal észreveszi az ember a különbséget, mivel azt kifecskendezni lehetetlen, eltávolítani egyszerre képtelenség, kitisztítása sokszor napokig eltart, mert erősen hozzátapad a külső hallójárat falához, sőt a hámba is mélyen beburjánzik, nem rítkán idegen testecskét is zár magába. *(Habermann)* Csak hosszas kezelés után sikerül a külső hallójáratot masszájától megszabadítani, a cholesteatoma helyén néha ép hámterület, legtöbbször azonban öblös, sebes felület látszik, amely lápis-edzésre rövid idő alatt meggyógyul. Néha azonban kiújuló hajlammal is találkozunk. A külső hallójárati gyöngydaganat mögött a dobhártya egyes szerzők szerint erősen behuzódott és a promontoriumra fekszik. Esetünkben teljesen ép dobhártyát találtunk, a daganat eltávolítása után *(Gatscher* észleletei is ezt bizonyítják).

Ezek előrebocsátásával azzal a megjegyzéssel ismertetjük esetünket, hogy a külső hallójáratot csak egy oldalon de nem teljesen záró cholesteatomát már tátunk, azonban kétoldali teljesen zárót még nem.

N. B. egyetemi hallgató 1938 januárjában azzal a panasszal jelentkezik, hogy hallása fokozatosan romlik s pár nap óta csak közvetlen közelről hall.

A külső hallójáratban teljesen záró, gyöngyházfényű, concentrikusan rétegezett fehér massza látszik, a jobb és bal oldalon. Súgott beszédet mindkét oldalon közvetlenül a fülkagyló előtt hall. *Rinne* negativ mindkét oldalon. *Weber:* közép. *Schwabach:* relative meghosszabbodott. C.: kissé rövidült. Az obturáló tömeg fecskenéssel egyáltalán nem tudtuk eltávolítani. Lassú kezeléssel, több napon át csipeszszel, horoggal, a negyedik napon a massza közepén át feltárult az ép dobhártya mindkét oldalon. A hallás spontán 5 méterre javult, fülzugása megszünt, hangvilla-lelete rendessé lett. A többi gyöngydaganat részeket fokozatosan eltávolítva és a külső hallójárat kiöblösített hámját lápiszszással gyógyitottuk meg. Megemlitendő, hogy otthonra alkoholos fülcseppet adtunk.

A beteg kérdésünkre elmondotta, hogy hallása csak az utóbbi két hónapban romlott, fülfolyása azelőtt soha nem volt. Ezeket nemtekintve fülére sohasem panaszkodott, kivéve az időnkint jelentkező fülvizsketegséget. Azóta ellenőrzésre a beteget berendeltük: állapota kifogástalan, hallása jó, a külső hallójárat öblösödését nem számítva folyamata teljesen meggyógyult.

Emésztési kisérletek egy új polyvalens eznymkészitménnyel a *Lukulinnal* cimen számolt be *Tanyl Harald* egyet. magántanár igen érdekes kisérleteiről. Megállapitotta, hogy a Pankreatin dr. Wander-t és a hemicelluloset tartalmazó készitmény fermentativ képessége jóval felülmúlja componenseinek hasitóképességét. A klinikai kisérletek teljes mértékben beigazolták, hogy a *Lukullin* az első hazai hemicelluloset tartalmazó polyvalens fermentkészitmény a fokozott gázképződés következtében jelentkező panaszokban, az emésztési mirigyek secretiós insufficientiáján alapuló betegségekben eredményes gyógyulást biztosit. 60 *Lukullin* dragée ára: 3.— P.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Gömöri Pál* és *Binder László.*

Aorta insufficientia és bicuspidalis stenosis combinatiója egy hosszútávfutón. *E. Jokl, M. M. Suzman.* (Journ. Amer. Med. Assoc. 1940. 6. 114.) Egy marathoni futó pár száz méterrel a cél előtt összeesett. A részletes vizsgálat megállapította, hogy aorta insufficientiája és bicuspidalis stenosisa van. Annak ellenére, hogy a fokozott sportolás veszélyére figyelmeztették és hasonló collapsus már kétszer előfordult, életmódján nem változtatott. A beteg 7 éve áll orvosi megfigyelés alatt; ezalatt állandóan erős traininget tartott, gyakran versenyzett és jelenleg is a legteljesebb egészségnek örvend. A szerzők áttekintik az aorta insufficientia és a bicusp. sten. irodalmát a prognosis szempontjából. Ebből látjuk, hogy míg külön-külön mindkét vitium olyan nagy munkát ró a szívre, hogy az fokozott testi megerőltetés végzésére képtelenné válik, addig a kettő egymást compensálhatja és ezáltal nehezebb munka folytatására is alkalmassá teszi azt. Az ismertetett eset ezt a tapasztalat és elmélet alapján felállított tételt megerősíti. (B. 31.)

Horvátth Imre dr.

Meningitis cerebrospinalis epidemica kezelése. *W. Wokurek.* (Wien. Klin. Wschr. 1940. 9. 167.) Meningitis cerebrospinalis epidemicában szenvedő 17 gyermeken használta a sulfamid csoportba tartozó dolmina nevű gyógyszert. A liquorba bakteriologiailag ellenőrzött esetekben naponta 13 amp. dolmina injectiót ad és 3—6×½ tabletta dolminát adott per os. A láz és a meningealis tünetek 1—2 nap alatt meggyógyultak. 17 esete közül 2 meghalt, a többiek 5—10 nap alatt meggyógyultak. A dolmina-kezelés mellett 3—4-szer lumbalpunctiót is végzett a betegeken. (B. 30.)

Mayer György dr.

A capillaris resistentia hepatolienalis betegségekben és változása splenektomia után. *H. Franke.* (Ztschr. f. Klin. Med. 1939. 137.) Szerző vizsgálatait a *Borbély* által leírt szívóharang módszerrel végezte. Elzáródásos ikterusban a capillaris resistentia-csökkenés csak az ikterus egy heti fennállása után volt kimutatható. Ellenben ikterus simplex, hepatitis, subacut májsorvadás esetén igen kifejezett a capillaris sérülés. Haemolyticus ikterus két esetében és állatkisérletben igazolta, hogy a lépkiirtás után azonnal lényegesen emelkedik a capillaris resistentia, függetlenül a thrombocyta-szám, a vérzés és alvadási idő változásától. Valószínű, hogy a lép választ el valamilyen anyagot, ami hatással van a capillaris systemára. (G. 23.)

Horányi Mihály dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: *ifj. Verebélji Tibor* és *Fedeles (Findeisen)*

Rosszindulatú daganatok nyaki áttételeinek műtéti kezeléséről. *Schürch* és *Fehr.* (Dtschr. Ztschr. f. Chir. 251. 11—12.) A szerzők a szájüreg rosszindulatú daganatai esetében 113 esetben végezték a nyakmirigyek kiirtását. Eredményeiket a következőkben foglalták össze: A mirigyek kiirtása alatt az összes elérhetők kiirtását kell érteni, tehát a submentalis, a submaxillaris és a mély nyaki nyirokcsomókét is, valamint a vena jugularis externa és interna, valamint a sternokleidomastoideus kiirtását. A fent említett kiirtás és sugárkezelés jobb eredményeket ad, mint a kizárólagos sugaras kezelés. A mirigykiirtás jó eredményei csak addig várhatók, amig a tok áttörve nincs és a környező szövetek nincsenek infiltrálva; a már áttört nyirokcsomóból a daganat a laza kötőszövetben igen gyorsan terjed. Mindazon esetben, ahol az elsőleges daganat a középvonalon túl ér, mindkét oldali mirigyek kiirtása ajánlatos. (F. 28.)

Fedeles-Findeisen László dr.

A keresztcsont sipolyairól és elgenyedt dermoidokról. *Schaeffer.* (Dtsch. Ztschr. f. Chir. 251. 11—12. A szerző 53 esetről számol be, amelyek közül 75% nőkön fordult elő, az átlag-kor 22 év volt. Férfiakon a jelentkezés ideje néhány évvel későbbre tehető. Az okot szerinte is fejlődési rendellenességben kell keresnünk. Mivel a kórkép érettebb korban válik manifestté, belső secretiós folyamatokat vesz fel, mint kiváltó okot. Három csoportra osztja a dermoidokat. Az első csoportba tartoznak azok, ahol (inkább férfiakon) tölcsérszerű behúzódásokból széles járat vezet a mély-

be, rendesen panaszt csak akkor okoznak, hogy ha gyulladás jelentkezett. A második csoportba tartozik az esetek legnagyobb része, ahol t. i. környi infiltratum áll fenn és az idősült gyulladás jelei állandóan feltalálhatók, ennek megfelelően mindig nedveznek. A harmadik csoportba tartozókon a sipolyjárat cystosus dermoidba vezet, melynek az atheromához hasonló tartalma van. Gyógykezelése radicalis kiirtás és a sarjadzás előmozdítása, csukamájolajos kenőcs. (F. 29.)

Fedeles-Findeisen László dr.

TÁBORIEGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Lippay-Almássy Artur.*

A combcsont lövési töréseinek jelentősége a háborúban. *H. Heim.* (Dtsch. Militerärzt. 1940. 3.) A csonkitások és az elhalálozások száma függ nagymértékben a combcsonttörés szakszerű rögzitésétől a legelső vonalban. A sebesülteknek ez az első, ideiglenes ellátása ép oly fontos, mint a végleges sebészi ellátás. Az angol—amerikai Thomas-féle és a német Wachsmuth-féle sinek semmiféle rögzitéssel nem pótolhatók. Fontos, hogy ezeket a sineket a teljesen felöltözött lábra tegyük, hogy az amúgy is kivérzett sérült további lehülését megakadályozzuk. Hátrább is óvakodjunk harctéri viszonylatban a békebeli baleseti sebészetben annyira bevált párnázott gypskötéstől. Az elsőleges sebkimetszés békében egyértelmű elsőleges sebvarrattal. Ez háborúban főleg a comb lövési sérüléseiben felette ártalmas. Ilyen sérülések esetén a lelki shok leküzdése is fontos. Szállítás után jó 2—3 napig várni, míg a sérüléses és szállítási shok lecsillapodott. Ekkor határozzuk el magunkat újabb műtétre vagy csonkitásra. Az orvos hajlamos a sérült ellenállóképességét túlbecsülni. Leromlás, nagyfokú izzadás siettesse elhatározásunkat. (L. 4.)

Lippay-Almássy Artur dr.

Egy egészségügyi század tapasztalatai Lengyelországban. *W. Reichold.* (Dtsch. Militerärzt. 1940. 3.) A kb. egészségügyi oszlopunknak megfelelő alakulat, bár mindig valamely helységben települt, mégis kénytelen volt műtéti sátrában berendezkedni. Vizet csak kutakból meríthettek, ezt megszűrve, tea vagy kávé alakjában adhatták sebesültjeiknek. Az elméleti követelésnek hogy minden sérültet rögtön a sérülésnek megfelelő szakintézetbe irányítsanak, a sebesültek nagy tömege miatt csak ritkán tudtak megfelelni, csak arra szorítkoztak, hogy különválasszák a súlyosakat a könnyűektől. Műtéti világítás céljára egy árkász-fényszórófelszerelést vételeztek fel. Sátrakban a magukkal vitt acetylen lámpákat bűzük miatt alig tudták használni, mert az elsötétítés miatt bejáratot és ablaknyilást el kellett zárni. A műszereket helyben talált emaillábosokban az ugyancsak meglévő tűzhelyeken főzték ki és használatra a kiterített kötszerborítékokra helyezték. Helyi érzéstelenitést nem alkalmaztak, mert az oldatok elkészítése túlsok időt vett igénybe. Jól bevált a chloraethylbódulat, azután a chloroformaltatás, később aether-adagolással. (L. 5.)

Lippay-Almássy Artur dr.

Tapasztalatok tábori kórház bevetésével a lengyel háborúban. *P. Moritsch.* (Dtsch. Militärarzt. 1940. 3.) A lengyel háború rendkivül gyors előnyomulásai eredményezték, hogy a tábori kórház megosztva, — egyik része az előnyomuló csapatokat követte, — 4 órai időtartamtól legfeljebb 5 napig maradhatott csak helyben. Saját fehérnemű felhasználása megkivánta annak mosását is, ami a helyi viszonyok között a legnagyobb nehézségbe ütközött. A mindenkor felfőzött víz ellenére már egy hét múlva az egész személyzet súlyos bélhurutot kapott, amit állati szén és tannalbin ellenőrzött beadásával és toalett-papiros kényszerű használatával sikerült leküzdeni. A műtéti világításra beállított acetylenlámpa és accumulator nem felelt meg, ezért 4 PS erejű motoros dynamót szereltek be. A kötözőhelyen két deszkával fedett hordágyat kecskelábra állitottak s ez lett kötözőasztaluk. A ruhasterilisatort egy nagy befőzőedénnyel egészitették ki, a műszerfőzőt pedig egy zsákmányolt kis műszersterilisatorral a fecskendők kifőzésére. A szabványos borszeszégőt borszeszos gázégővel cserélték ki. Chloraethylbódulatot, aetheraltatás bevezetésére chloroformot használtak. 220 gyalogsági lövedék okozta sérültre 58 repeszdarab-sérülés jutott. A feszülő légmell egyik jellegzetes tünete az, hogy punctio alkalmával a fecskendő dugója magától kitolódik. 11 haslövésesből 7 meghalt! 2 haslövéses sérült magától gyógyult a sigmabél sipolyával. A gerincvelősérülteket célszerű állandó katheterrel mielőbb hátraszállitani, mert a szalmazsák egyenetlenségei és keménysége a felfekvéseket sietteti. A legtöbb sérült végtagján sebesült. Ezek közül sokan 12—24 órán belül került kórházba, de voltak olyanok is, akik már több napon át, minden orvosi ellátás nélkül a szabad ég alatt, vagy pajtákban feküdtek. Elsőleges sebelzárást elvileg nem végeztek. Nagyobb régi sebüreget Chlumsky-oldattal (ac. carb.-camph-spir. cc.) öblitettek ki. Többször észleltek végtaggangraenát párnázatlan, túlszoros kötés következtében. Töréses sérültek szállításakor olyan rögzitést kell követelni, amely még hosszú ideig tartó göröngyös úton történő szállításkor is jól tart. A tábori kórházban sebellátás után legjobb az altatásban elkészitett gypskötés, melyet az utóbbi időben a közhasználatból eltünt két Dittel-féle rúd nagyon megkönnyit. (L. 6.)

Lippay-Almássy Artur dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József* és *Benedek Andor.*

Az elektrolyttherapia befolyása a klimakterikus zavarokra. *J. Gigl,* Wien. (Wien. Klin. Wschr. 1940. 3.) Szerző ismerteti a sepdelen nevű készitményt, mely szerves és szervetlen savak Na sóinak keveréke, mely Cl-t nem tartalmaz. A climakterikus zavarok a vegetativ idegrendszer működésének megváltozásán alapulnak, annak vagotoniás áthangolását sepdelen elektrolyttel végzi. Ezzel a vérkeringés ingadozását csökkenti, a sejtek vérellátása, anyagcseréje, folyadékfelvétele és leadása fokozódik s igy a mérgező anyagok nem tudnak felhalmozódni. — Javalatok: climakteriumban jelentkező rheumás bántalmak, álmatlanság, izgalmi és depressiós állapotok, vérnyomásemelkedés és elhájasodás. Utóbbi esetben főleg a vízanyagcsere fokozása, előbbiekben az égési termékek lerakódásának meggátlása, ill. az érrendszer ingadozásainak csökkentése által hat. (O. 25.)

Herczeg József dr.

Klinikai adatok a histerosalpingographiához. *R. Bukowski.* Danzig. (Arch. f. Gyn. 168. 4.) A hs. igen nagy diagnostikai segédeszköz. Természetesen meg kell előznie alapos nőgyógyászati vizsgálatnak. A nemzőszervek betegsége és a terhesség ellenjavalják. Szerző először 4—6 ccm 20%-os jodipin oldatból álló árnyékanyagot fecskendez be a méhüregbe. Ha ez nem elég, újabb 2 ccm-t ad. Két felvételt készit és a harmadikat 24 óra múlva. 4 év fél év alatt 253 elvégzett hs.-ről számol be. Ezek közöl 70 esetben végzett hs.-t olyan betegeken, akik később műtétre kerültek, tehát a kórisme ellenőrizhető volt. A műtét előtti és műtét utáni diagnosis 88%-ban egyezett. 6 esetben végzett tubaátültetést, mely 5 esetben a hs. szerint sikerült és azt 2 esetben terhesség, majd szülés követte. Vizsgálatokat végzett a menstruatiós cyklus különböző szakában. A praemenstruumban gyakran kitöltetlen tubákat látott, olyan esetekben, amelyek a postmenstruumban normalis árnyékot és kitöltött tubákat mutattak. Hs. utáni genitalis betegség 7 esetben fordult elő. Meddőségi panaszokkal jelentkezőkön igen nagy százalékban kétoldali tubaelzáródást talált. A hs. jelentőségét főképen abban látja, hogy igen sok esetben talált olyan méh-, illetőleg méhkürti elzáródást, amelyeket csakis a hs. segitségével tudott megállapitani. (15.8%). A meddőség leküzdésére irányuló therapiás eredményekről más alkalommal fog beszámolni. (O. 24.)

Péteri László dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Ideghártyabetegségek kezelése ideghártyakivonattal. *Fazakas.* (Klin. Mon. Aug. 103.) A nehezen befolyásolható ideghártyabetegségeket szarvasmarha ideghártyájának fehérjementes kivonatával próbálta gyógyulásra birni. Degen. pigm. ret. senilis maculadegeneratio, chorioretinitis, atrophia n. optici és glaukoma került gyógyitásra. Feltünő volt a farkasvakság, látásélesség, színlátás javulása és a centr. scotoma megkisebbedése. (G. 31.)

Lugossy Gyula dr.

Réteges hályog és spasmophilia. *Gschcidel.* (Klin. Mon. Aug. 103. 194.) Hetven 1—17 éves gyermeket vizsgált réteges hályogra, akik kifogástalanul megállapitható manifest spasmophilia miatt részesültek gyermekklinikai ápolásban. 54 közülük könnyű, vagy középsúlyos rachitisen ment át. 140 lencse közül 77 tiszta volt. A többiből 11-ben vonalszerű, részben sugaras, 25-ben pontszerű, 7-ben haluszonyszerű, 3-ban horogszerű és 3-ban dúrvább, foltszerű kéreghomály volt; 1-szer a hátsó poluson volt homály, 3-szor elülső embryonalis hályogot, 7-szer finom pontszerű és 3-szor vonalszerű homályt talált a magban, de réteges hályog

soha sem volt. 29 gyermek közül a fognövekedés befejeztével 17-ben zománchypoplasiát észlelt. Mivel a szerző egy esetben sem talált réteges hályagot vagy ilyen homályosodást, úgy véli, hogy a réteges hályog (cat. zonularis) keletkezésében a spasmophylia nem játszik lényeges szerepet. (G. 35.)

Lugossy Gyula dr.

B-vitamin a szemorvosi gyógykezelésben. *Grósz I.* (Klin. Mon. Aug. 103. 118.) A látóideg betegségeinek kezelésében a B1-vitamint nagy adagokban (1 cg) kell alkalmazni, májkészítményekkel combináltan. Toxikus amblyopiák és sklerosis multiplex jönnek szóba, valamint szarú-herpes. Tabeses sorvadás esetében is érdemes próbát tenni. (G. 32.)

Lugossy Gyula dr.

Szivárvány- és sugártestkivonat hatása a szemfeszülésre. *Boros.* (Klin. Mon. Aug. 103. 121.) 4—5 ccm kivonat i. m. vagy i. v. befecskendezése ½—1 óra alatt 5—8 Hgmm feszülésemelkedést okoz, glaukoma simplex esetében még többet; a tensio a 2., vagy 3. órában éri el a kiindulási értéket. Mivel az ált. vérnyomás a 2. és 3. órában átlag 10 Hgmm-t süllyed és az 5. órában ismét eléri a kiindulási értéket, — a kivonatban vagusra ható anyag (acetylcholin?) jelenlétét tételezi fel. (G. 33.)

Lugossy Gyula dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Gonorrhoeás polyarthritis 8 hónapos fiún, mint a vérátömlesztés complicatiója. *Iancu, Oprisiu és Domincovici.* (Mschr. f. Khk. 1939. 80.) Egy gyermek és anyja kórtörténetét közlik. Nyolc hónapos gyermeken furunculosis miatt vérátömlesztést végeztek és e beavatkozás után a gyermeken különböző helyeken izületgyulladást észleltek, melyeknek punctiójakor bebizonyosodott, hogy gonorrhoeás eredetűek. A gyermek anyjától kapta a vért, kinek vaginalis váladéka go.-negativ volt, azonban anamnesis szerint az anya 9 év előtt valószínűleg gonorrhoeán ment keresztül, izületi gyulladásokkal, melynek maradványai jelenleg is észlelhetők. Közölt esetükkel kapcsolatban a gonorrhoeás izületgyulladással foglalkoznak és azok kimutathatóságát ismertetik. Ezeken kívül vérátömlesztés után jelentkező fertőzésátviteleket írnak le. (K. 45.)

Szolnoki György dr.

Gyermekkori sepsis kezelése és gyógyulásának lehetőségei. *Fykow.* (Mschr. f. Khk. 80. 1—2.) A gyógykezelés helyi és általános módjainak ismertetése után felsorolja kiindulási hely szerint az egyes sepsisfajtákat. Enteralis sepsist gastroenteritises újszülöttek kapnak könnyen. Okozója a streptococcus, staphylococcus, coli és pyocyaneus, a diagnosis és a prognosis is rossz mind ebben, mind az újszülöttek köldoksepsisében. Pár hetes csecsemőn fordult elő a nyálmirigyekből kiinduló sepsis, idősebb csecsemőn pedig az oralis sepsis, mely aphthás, vagy fekélyes stomatitisből indulhat ki, viszont kórjóslata elég jó, mint mindig, ha a góc sebészileg hozzáférhető. A beteg sorsára döntőnek mondja azt, hogy a gócot áttételek képződése előtt eltávolították-e? Meningococcus-sepsis esetén, amelyet a behatolási kapú szerint az oralis sepsishez sorol, attól függ a betegség kimenetele, hogy meningitis fellép-e vagy sem. Rendkívüli fontosságot tulajdonít az otogen sepsisnek. Keletkezésében szerepel a sinusthrombosis is, ami mastoiditisből fejlődhet ki, de még mindig elérhető műtéttel. Fontos a sinusvérből vett leoltás, aminek csak a positiv eredménye értékesíthető. A tonsillogen sepsis inkább csak a felnőttek betegsége, de prognosisa a gyermekkori esetekben rossz. Tünetei: későn jelentkező hidegrázás, nyaki venathrombosis, az állkapocsszöglet nyomásérzékenysége; radicalis műtét szükséges. Az osteomyelitis sokszor a klinikai tünetek megjelenése előtt már sepsist okoz, a röntgenkép a 6—7. napon mutat eltérést. A góc legtöbbször eltávolítható. A bőrből kiinduló sepsisre jellemző hogy leginkább kisgyermekeken fordul elő, multiplex metastasist okoz, különösen vesetályog. Leír egy endokarditis lentát, amely autovaccinára gyógyult és beszámol egy urosepsisről, amelyben coliserumot hólyagmosással együtt alkalmaztak sikerrel. Végül a kryptogenetikus sepsisről szólva közli, hogy az legtöbbször a bőrből vagy a mandulákból indul ki és amelynél a góc ismeretének hiányában az ismert általános kezelésmódokat ajánlja. (K. 32.)

Takáts István dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő*

Szájon át alkalmazott „146"-ra gyorsan gyógyult heveny kankó. *M. P. Cuilleret.* (Bull. Soc. Franç. Derm. 1939 7.) Tizennégy, még nem kezelt kankós férfinak (13 anterior, 1 totalis) szájon át 24 óra alatt alkalikus vízzel 10 g. „146 R. P." sulfamidot adott, mellyel a húgycső-kankó gyógyulását sikerült elérnie. Az óránként végzett górcsövi vizsgálat szerint a folyás egyidejű megszünésével a 9—20. órában 12 beteg húgycsövéből eltüntek a gonococcusok; ezek többheti észlelés alatt is gonococcusmentesek maradtak. 3 esetben fejfájást, egyszer vizelési nehézséget, egyszer pedig gastralgia fugax-ot észlelt. Sulfamidkristályokat a vizeletből sikerült kimutatni. (Sz. 36.)

Dósa András dr.

A kankó vegyi kezelése Dagenan-al (para-amino-phénil-sulfamido-pyridine.) *M. N. N. Dracoulidès.* (Bull. Soc. Franç. Dermat. 1939. 7.) 33 beteget (férfi, nő, gyermek) kezelt dagenan-al, kiknek 94%-a 8 nap alatt meggyógyult. Szervi baj, haemophylia, anaemia, asthenia eseteiben, valamint egyidejüleg nehéz fémsók adagolásakor ellenjavaltnak tartja a szert. Felnőtteknek testsúly kg-ra 0.05 g-ot adott naponta, 80 nap alatt 40, 0.5 g-os szemet csökkenő adagban (7, 6, 6, 5, 5, 4, 4, 3) Minden szem külön szedendő be ½ pohár 2 g natriumcarbonatot tartalmazó vízzel. Bevétel előtt enni kell valamit. Fűszeres étel, alkohol, dohány, tojás, nehéz munka kerülendő. A helyi kezelés nem gyorsítja a gyógyulást. Nőkben a társfertőzés miatt mindig helyi kezelést is alkalmazott. Férfiak folyása általában 48 óra alatt csökkent; a gonococcus 2—4 nap alatt tünt el. Nők gyógyulása lassubb. Betegek ¼ részén jelentkezett múló fejfájás, szédülés, fáradtság. (Sz. 37.)

Dósa András dr.

A lupus erythematodes aranyorvoslásához. *M. Grzybowski* és Mme. Jastrzebska. (Bull. Soc. Franç Dermat. 1939. 7.) A varsói bőrklinikán 12 éven át végzett aranyorvoslás (allochrysin) eredményéről számolnak be. A legjobb hatást a lupus erythematodes discoides, lupus e. hyperkeratotikus, lupus e. chronikus esetekben látták. Szerintük a félheveny és heveny alak nem alkalmas aranygyógyításra. Ezek, különösen a hyperaemiás alak, bismuthra jobban gyógyulnak. Az adag 2—10 cg volt. Nagy adagtól sem láttak jobb eredményt. 8—10 hétnél hosszabb orvoslás egyfolytában ellenjavalt. 6—8 heti szünet után megismételendő az ojtási sorozat. Már egy kúra után javulás mutatkozik. 55%-ban eltünt a kiütés. A másik 50%-ban meg kellett ujítani az eljárást, mert kiujulás mutatkozott. Ezek az esetek kevésbbé alkalmasak aranyorvoslásra. Csak egy esetben észleltek toxikodermát, 3 esetben pedig albuminuriát. 50 éven felül, valamint szervi-, heveny és fertőző bajok esetében ezen orvoslás ellenjavalt. (Sz. 38.)

Dósa András dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die Entwicklung der modernen Medizin in ihrem Zusammenhang mit dem sozialen Aufbau der Naturwissenschaften. *R. H. Shryock.* [Angolból fordította *P. Fohr.* (F. Enke kiadása, Stuttgart, 1940. 374. oldal. Ára: 18 RM.)] Nem orvos, hanem a philadelphiai egyetem történelemtanára írta e könyvet. A munka a socialis tényezőknek és a természettudomány haladásának befolyását kutatja az orvostudomány fejlődésére. *Diepgen* professor a berlini egyetem híres orvostörténésze ajánló előszavában hangsúlyozza, mily nagy hálára kötelezte a szerző az olvasót „a gazdag tanulságokért és sokoldalú irányításokért", melyekben ez a könyv bővelkedik, „ha nem is írja alá annak minden sorát."

Nekünk orvosoknak azért igen értékes ez a munka, mert egy sorainkon kívülálló, nemorvos, aki bámulatos szorgalommal és szakértelemmel gyűjtötte össze az orvostudomány fejlődésének kútforrásait, az elfogulatlan történelemtudós szemüvegén át vizsgálgatja ezeket a kölcsönhatásokat.

Történelmi vázlatát a XVII. századdal kezdi. Az olasz, francia és német irodalom gondos felhasználása mellett főleg az angol és amerikai kútforrások gazdag ismertetése az, ami különösen értékes azok számára, akik ezekhez eddig nem igen férhettek hozzá. A fejlődés értékelésére mindvégig az orvosi statistika adataira és azok bírálatára támaszkodik. A mi *Semmelweis*ünket is ebben a vonatkozásban idézi. A gyermekágyi lázról írva kiemeli: „Ezek a kimutatások statistikai adatokon alapulnak, amelyek előteremtésére *Holmes*

Bostonban buzdított első ízben és amelyeket később *Semmelweis*, tőle függetlenül Bécsben systematikusan összegyűjtött". „L. *Semmelweis* érdekfeszítő összeállítását „Die Aetiologie... des Kindbettfiebers. (Wien, 1861.)"

A munka legérdekesebb része annak három utolsó fejezete. (XVIII. Az orvosi gyakorlat az átalakulásban lévő világban. 1880—1930. XIX. Amerikai tapasztalatok és XX. A mai kor kérdései.) Az orvostudomány haladása és az erre felépített kórelőző közegészségtan áldásai nem is remélt eredményeket termeltek az Egyesült Államokban is. Ennek ellenére a statistika adatai komoly aggodalomra késztetik a gondolkodó demografust Amerika népének jövőjéről. A világháború sorozása a fiatalok egyharmadát katonai szolgálatra alkalmatlannak találta. Az elmebajosok és gyengeelméjűek száma egyre nő. Évenként átlagban 75.000 elmebeteg kerül zárt osztályokban felvételre. Ez annyit jelent, hogy az államokban 21 lélekre 1 elmebajos jut, hogy kb. 24 millió gyermekből 1 millióra az elmebaj éjjele vár. Amerikát sem kerülte el az 1929 óta az egész világon végighúzódó gazdasági krizis. Az orvosi gyakorlat leromlása és a szegénybetegellátás ott is felvetette a socialis betegbiztosítás kérdését. Az orvosok száma rendkívül megnövekedett. 1929-ben az orvosok száma a lakosság lélekszámához viszonyítva 1 : 691, míg ugyanakkor Németországban ez az arány 1 : 1940, Ausztriában 1 : 2129, Franciaországban 1 : 2334 volt. A munkanélküliség emelkedése és a szegények szaporodása ezek orvosi ellátásának kérdését égetővé tette. Rendkívül érdekes és tanulságos az az immár tíz év óta tartó küzdelem, amely a kérdés megoldására az orvosok képviselete és a sociologus politikusok között folyik. Mindenkinek, aki e kérdésekkel foglalkozik, melegen ajánlom e könyv tanulmányozását.

Manninger Vilmos prof.

Az orvostudomány története bölcsészeti szempontból nézve. *Szumowski Ulászló.* (Lengyelből fordította, magyar vonatkozású jegyzetekkel, időrendi táblával és ábrákkal ellátta *vitéz Herczeg Árpád.* Budapest, a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat kiadása, 1939. 649 oldal, 332 képpel. Ára: fűzve 30, kötve 32 P.) Az ismert nevű szerző, ki 20 év óta a krakói Jagello-egyetemen az orvostörténelemnek és az orvosi bölcsészetnek tanára, ebben a nagyszabású és érdekes munkában igyekezett megrajzolni azt a természettudományi, bölcsészeti és kulturális alapot, melyen az orvostudomány minden időkben felépült, mert (amint írja) „a világon semmi sem történik magától, hanem mindennek mindig megvannak a maga feltételei és a maga okai". Történelmi korokat nem lehet megérteni, ha az ember nem érti meg azoknak bölcsészeti alapjait. Ebből a meggyőződésből ered, hogy a könyv egész tartalmán bölcsészeti vezérfonál vonul végig, mit a munka címe előre is hangoztat. Az uralkodó bölcsészeti áramlatok mindig nagy és sokszor termékeny befolyással voltak a természettudományok és az orvostudomány fejlődésére. Különösen érdekesek azok a fejezetek, melyek *Hippokratesről*, *Galenosról* és koráról szólnak. Az előbbi volt az, aki különválasztotta az orvoslást a spekulativ filozófiától, s aki ki merte mondani, hogy az orvosnak első gondja az legyen, hogy ne ártson: *non nocere*.

Nagyon tanulságos és érdekes az is, amit egy hosszú fejezetben a középkori neurosisokról és psychosisokról olvashatunk. Az egész könyv jól áttekinthető, világos, mindenki által könnyen érthető, ítéleteiben elfogulatlan s érdekességét növeli az a sok rövidebb-hosszabb életrajzi adat, mely bele van szőve. Mindennek jó hasznát veszik az öt lengyel nyelvű egyetem hallgatói, (ezeken az egyetemeken a kötelező tárgyak között szerepel az orvostörténelem). A szép kiállítású és tanulságos könyv megjelenését irodalmunk nyereségének tekintem s köszönettel tartozunk *Nékám Lajos*nak és a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulatnak, hogy megjelenését (nem csekély áldozattal!) lehetővé tette s köszönet illeti a lelkes fordítót is, ki végig bejárta Budapest, Bécs, Lipcse, Berlin, Kopenhága, London és Páris gyűjteményeit, hogy a szép képanyagot összegyűjthesse. Ugyanő számos magyar vonatkozású jegyzetet is adott *Szumowsky* szövegéhez, melyekben, azt lehet mondani, bennük van az egész magyar orvostörténelem rövid foglalata. A kiváló lengyel tanár munkája valóban „elmemozdító" munka, mint minden, amiben megvan a filozófia termékenyítő magja. — *Herczeg Árpád* fordításának magyarsága kifogástalan; csak nagyon elvétve akad meg szemünk az úgy látszik örökéletű germanismuson: a *fellép*-en (auftreten), mely ellen már több, mint ötven év előtt hiába hadakozott jó nyelvérzékű és nagytudású szemészünk, *Csapodi István*. Már az ő idejében *feilépett* a láz. *fellépett* a fájdalom, *fellépett* az érzéstelenség, *fellépett* a tályog, sőt *fellépett* a hasmenés is! Pedig micsoda bőséggel és jó magyarsággal helyettesítette mindezeket már régesrégen a jó öreg *Páriz-Pápai* („eredetét veszi, elhatalmazik a baj, hasát elcsapja a sárga sár, beleesik a fene, himlő szökik a szemébe, vagy hályog ereszkedik reá, felveri a fájdalom, karját elhatja a fájdalom, forró hideglelése kezdődik, az hideg kezdi háborgatni, borzongatni, vesztegetni, megforrózott, törni kezdi a kórság, a pokolvarr kiüt a testén, kisebesedik, szédülés jött rá, álomba merüit", stb. *Herczeg* a külföldi tulajdonnevekben a keresztnevet magyarul adja. Egészen helyes és logikus dolog, csakhogy a logikának is megvannak a maga természetes határai és nem lehet mindig végigvinni az egész vonalon. *Claude Bernard*-nak, az életjelenségek nagy kutatójának a nevét már majdnem száz esztendő óta franciás formájában szoktuk használni és szertelenség benyomását kelti, ha valaki e név hátulját magyar nadrágba öltöztetve azt mondja, hogy az ő neve ezentúl *Bernard Kolos* legyen. De hát akkor miért maradt meg teljes francia alakjában *Esquirol* neve (*Esquirol Jean Etienne Dominique.*) Azért, mert ha itt is meg akarok maradni a logikus következetesség sérthetetlen elvén, akkor ilyen magyaros név származott volna belőle: Esquirol János István Domokos. Ez pedig egy kissé mulatságos.

Magyary-Kossa prof.

A szegedi doktor-avatások.

Két ünnepnapja volt a múlt héten a Ferenc József Tudományegyetemnek: szerdán, 17-én *Szabó Miklóst* „sub auspiciis gubernatoris" orvosdoktorrá, csütörtökön, 18-án *Hóman Bálint* kultuszminisztert „honoris causa" doktorrá avatták.

Szabó Miklós 1938-ban végezte tanulmányait az egyetemen, ahol atyja *Dr. Szabó József*, mint *Lechner Károly* utóda az elme- és idegkórtan tanára volt 1929-ben bekövetkezett váratlan elhunytáig. Édesanyja is orvosnő, az idegklinika tanársegéde volt, ki anyai odaadással atyja nyomdokain nevelte fel kitünő fiát. Az avatandó érdemeit s az orvosi kar javaslatát *Ditrói Gábor* e. i. dékán terjesztette elő, mire a doktorjelölt értekezésének előadása után *Baló József* rector megható avatóbeszéde kíséretében megtörtént az ünnepélyes avatás.

Hóman Bálint a kormányzó képviseletében jelenlévő kultuszminiszter a következő beszéd kíséretében adta át az avatottnak a kormányzó gyűrűjét:

Doktor Úr!

A társadalmi szervezet és az állami gépezet zavartalan működését, az eszményi célok és gyakorlati törekvések kifogástalan szolgálatát csak az összes nemzeti erők összefogásával és kihasználásával biztosíthatjuk. Ezért gondosgodnunk kell arról, hogy ki-ki a maga képességének és és hajlamának megfelelő helyen munkához jusson. A nemzeti élet minden fontos vezető állásába és minden őrhelyére — fent a csúcsokon és lent a széles térségeken is — odavaló, tudás és erkölcs tekintetében egyaránt alkalmas embereket kell állítanunk.

Mindezt csak céltudatos nemzetneveléssel és megfontolt kiválasztással érhetjük el. Ezért törekszünk az értelmi műveltség szinvonalának emelésére, egészséges közszellem kialakítására, a hivatástudat felébresztésére. Másfelől ezért törekszünk a nép minden rétegében feltalálható tehetségeket kiválasztani és felemelni, a többieket pedig tehetségük és jellemük szerint osztályozni és a nekik megfelelő hivatás felé terelni.

A megfontolt és céltudatos selectiónak ez a folyamata már az iskolában megkezdődik a hajlam és a tehetség kipuhatolásával, a művelődésre képtelen ifjak másfelé irányításával, az átlagosak készségeinek gondos kiművelésével, a kiválóak ösztönzésével és jutalmazásával. Ily iskolai kiválasztáson ment keresztül Ön is, míg eljutott tanulmányainak befejezéséhez. Tanitói és tanárai mindig érdemesnek találták s most végül Magyarország Főméltóságú Kormányzója is méltónak ítélte Önt a legnagyobb tanulmányi kitüntetésre: a kormányzói gyűrű viselésére. Ez a gyűrű jutalom és ösztönzés, emlék és jelkép. Jutalma szorgalmának és kötelességtudásának, jeles tehetségének és kivételes tudásának. Ösztönzés a nemzet javára szolgáló további buzgó munkálkodásra, képességeinek a köz érdekében leendő gyümölcsöztetésére. Emléke a mai napon Magyarország Kormányzójának legmagasabb pártolása alatt végbement doktorrá avatásának. Jelképe a nemzeti értékek kiválasztására és igazi érdemek jutalmazására irányuló kormányzati tö-

rekvésnek. Kiváltság ez a gyűrű. De ez a kiváltság nem biztosít jogokat hanem kötelességeket ró viselőjére. Önnek egy hosszú életen át kell majd kitartó munkával, minden törekvésével és cselekvésével, szellemének minden alkotásával folytonosan tanuságot tenni arról, hogy tanárai helyesen és igazságosan ítélték képességeit s valóban kitüntetésre méltó személyt ajánlottak Kormányzó Urunknak kivételes elismerésére. Átadom Doktor Úrnak az Ő pártfogását és legmagasabb elismerését kifejező gyűrűt. Viselje becsülettel és tisztességgel. Legyen mindig hűséges fia magyar nemzetének, kötelességtudó szolgája hivatásának, érdemes búvára tudományának, szorgalmas munkása a magyar életnek!"

Az avatást a Tisza-szállóban mintegy 40 terítékű díszebéd követte, melyen a Kormányzó éltetése után a Rector a miniszterre, a Miniszter a felavatottra és édesanyjára ürítette poharát, mit az új doktor dicséretes szerénységgel köszönt meg.

A díszdoktoravatási ünnepre megsokasodott a termet már az előző napon is megtöltő előkelőségek száma. *Glattfelder Gyula* megyéspüspök, a főispán, a vk. minisztérium államtitkárai, osztályvezetői, a testvéregyetemek rectorai, polgármester, hadtestparancsnok és a szegedi előkelőség színe-java zsúfolásig megtöltötték a nagy disztermet, hová pontban 12 órakor vonult be az Egyetemi Tanács teljes díszben. Az avatandó miniszter a tanács asztala előtt jobbra, vele szemben balra felesége és fia foglaltak helyet.

Miután *Ditrói Gábor* e. i. dékán előterjesztette az orvosi kar indokolását és kérelmét, *Baló József* rector a Tanács egyhangú határozatát terjesztette elő a következő avatóbeszéddel:

Tekintetes Egyetemi Tanács!

Dr. Hóman Bálint miniszter úr Őnagyméltósága először 1932. okt. 17-től 1938. máj. 13-ig töltötte be a vallás- és közoktatásügyi miniszteri széket, ezután a kormány tagja volt, mint tárcanélküli miniszter és 1939. febr. 16. óta ismét kultuszminiszter.

Alapvető és úttörő történetírói munkásságát jellemezni nem lehet feladatunk. *Hóman Bálint* minden munkájában az ezeréves Magyarország elhivatottságát és a Dunamedencében a magyarságra váró nagy feladatokat és kulturális fölényt juttatta kifejezésre. A történelmi alapon álló magyar világszemlélet kialakításában nagy szerepe volt és a magyar történet tanulmányozása alapján lelkében ébredt enthusiasmust át tudta ültetni a magyar nemzetbe.

Ilyen előzmények után mi sem természetesebb, minthogy a történettudós politikai szerepet vállalt. Igazi fenkölt kulturpolitikus nyilatkozik meg „Művelődéspolitikai célkitűzések című tanulmányában. Ebben síkraszáll a tudomány öncélúságáért. Állami múzeumaink, közgyűjteményeink érdekében tett intézkedéseit minden művelt ember megelégedéssel kisérte. Alsó, középfokú, és felsőfokú iskolákra egyaránt kiterjedt a figyelme és egyiket sem fejlesztette, vagy hanyagolta el a másik rovására. S a kényszerű takarékoskodás szakában minden törekvése az volt, hogy az intézményeket átmentse a jobb időkre. Azon fáradozott, hogy kulturnépekkel intenziv kapcsolatokat létesítsen, s törekvéseit mindig siker koronázta. — *Hóman Bálint* a magyar kultúra érdekében kifejtett és sikeres fáradozásaiért számtalan elismerésben részesült, mind hazai, mind külföldi viszonylatban.

Azáltal, hogy a m. kir. Ferenc József Tudományegyetem *Hóman Bálint* Őnagyméltóságának az orvostudományok tiszteletbeli doktori oklevelét ajánlja fel, ki akarja fejezni az ő tudós egyéniségével szemben érzett mélységes tiszteletét és azt, hogy kultúrpolitikai tevékenységét a magyar nemzet szempontjából olyan nagy jelentőségűnek és olyan általános vonatkozásúnak ítéli, hogy az minden tudományszak művelőinek osztatlan háláját érdemelte ki. Különösen kiemelendő, hogy Őnagyméltósága előrelátóan síkraszállt 1933-ban a m. kir. Ferenc József Tudományegyetem megcsonkítása ellen, mert bizott a szebb jövőben, ami politikáját teljes mértékben igazolta.

Fiatal orvosok szempontjából is nagyjelentőségűek voltak az Ő socialis intézkedései, melyekkel az állástalan diplomás ifjúságot ideiglenes elhelyezéshez jutatta és ily segéderőkkel az orvoskari intézetek és klinikák működését elősegítette.

A tiszteletbeli doktori oklevél felajánlásához azonban a m. kir. Ferenc József Tudományegyetemet még egy szempont vezette. Ennek az egyetemnek volt tanára 1872—1885-ig Kolozsváron Hóman Ottó, a miniszter Úr édesatyja. Az a magas tudományos szellem, az az enthusiasmus, az az igaz magyar érzés, ami a miniszter úr minden ténykedését áthatja, szellemi örökség egyetemünk egykori classika-filologia tanárától.

A Magyar Tudományos Akadémia 1922-ben pályadíjat tűzött ki a hún hagyomány és monda tanulmányozására. A pályadíjat *Hóman Bálint* nyerte meg. Ezt a munkáját édesatyja emlékének ajánlotta és jeligéül *Hóman Ottónak* 1877-ben írott szavait választotta, amelyek így hangzanak: „Amely nemzet nem emancipálja magát a tudományos irodalom tekintetében a külföld alól, az annak szellemi rabszolgálja". *Hóman Bálint* megfogadta édesatyja intelmeit és ennek köszönhetjük oly nagyjelentőségű tudományos és kultúrális tevékenységét, amit a magyar nemzet érdekében kifejtett.

Lebegjen *Hóman Ottó* és *Hóman Bálint* követendő példája örökre a magyar egyetemi tanár és az egyetemi tanárok fiai előtt!

Ezután a Tanács leszállt az emelvényről s az avatandó elé járulva őt „honoris causa" doktorrá fogadta.

Hóman Bálint miniszter a budapesti és pécsi egyetem s most már a szegedi egyetemnek is díszdoktora a következő, nagy figyelemmel hallgatott beszédben köszönte meg az őt ért nagy kitüntetést:

Nagyságos Rector Úr! Tekintetes Tanács!
Tiszteletreméltó Orvostudományi Kar!

Régi egyetemi szokás szerint az újonnan felavatott doktor s a tisztelet okából befogadott doktor is szaktudományának köréből írt értekezését mutatja be avatása alkalmával az Egyetemi Tanács előtt.

Ezt a szokást ma nem követhetem. Hiszen az engem doktorrá avató Orvostudományi Karon képviselt tudományágakban nemhogy szaktudós nem vagyok, de még csak műkedvelő jártasságom sincsen. Nem is tudományos érdemekért, a történetkutatás terén elért eredmények méltatásaképen tiszteltek meg a legdíszesebb egyetemi méltósággal.

Méltóztassék ezért megengedni, hogy az ember, a magyar élet egyik szerény munkása mondjon köszönetet a neki adott szeretetért és elismerésért.

Három évtizedet meghaladó hivatali működésem és tudományos munkásságom során igen sokszor volt részem elismerő méltatásban és magas kitüntetésben és ha igaz volna az a megállapítás, hogy „a hatalom hosszas birtoka mindenkit megszédít", nekem hétévi miniszterség s annyi elismerés után minden okom megvolna rá, hogy megszédüljek és messzemenő következtetést vonjak le személyem és munkám értékét illetőleg. De történetírói kritikám óvatosságra int. Szigorú önbírálattal veszem szemügyre, vajjon arányban áll-e az elismerés a végzett munkával?

Közéleti és hivatali működésem értékmérőjét és jutalmát nem címben, rangban és külső elismerésben keresem, hanem Kormányzó Urunk oly sokszor érdemen felül is kifejezett bizalmában. *Politikai pályámon* a legnagyobb örömöt a törvényhozásnak javaslataimmal szemben tanusított megértése és székesfehérvári választóimnak feltétlen bizalma szerezte nekem. *Hivatali pályám* legszebb emléke mindig az újjászületett Magyar Nemzeti Múzeum marad.

Tanári nevelőmunkám jutalmát kíváló tanítványaim ragaszkodó szeretetében s az én munkámat folytató tudományos munkásságban találom meg. *Tudományos munkám* jelentőségét sem dicsérettől áradozó méltatások, hanem a hibákat felismerő komoly bírálatok és az egyetemek, akadémiák, tudós társulatok kötelékében egyesült pályatársaim elismerése nyomán igyekszem mérlegelni. Ezek különösképen kedvesek nekem, s nem tudok ettől az érzelemtől ma sem szabadulni, mikor a magyar tudományos világ egyik legelőkelőbb testülete részesít megtiszteltetésben. Szóljon bár ez a kitüntetés a miniszternek és művelődéspolitikusnak, a Rector úr és Dékán úr szavai és a tanári kar határozata mögött a tudós szívét hallom megrezdülni, a pályatársak bizalmának hangját hallom megcsendülni. S ez igen jól esik.

Most hét esztendeje, miniszterségem első évében a kényszerű takarékossági intézkedések során az a kötelesség hárult rám, hogy az egyetemek költségvetését megszorítsam s a tanszékek csökkentését akár egy egyetem, vagy több egyetemi kar megszüntetése árán is végrehajtsam. Az egyetem tanárai és az egyetemi városok ideges nyugtalansággal fogadták e hírt s megindult a gyűlésezés, pártfogószerzés, küldöttségjárás, interpellációk bejegyeztetése, egész országrészek mozgósítása az egyetemek és karok megmentése érdekében.

A miniszternek az egyetemes nemzeti művelődés szempontjából valóban mérlegelnie kellett azt a lehetőséget is,

hogy a törvény értelmében megszünő 72 tanszék elvesztése ellenében a három vidéki egyetem egy-egy tudománykarának feláldozásával biztosítsa a többi karok létszámának teljességét, ami mellett igen sok érv szólt, s ezért az aggodalom indokolt volt. A professor-miniszter azonban ebben a kérdésben csak országos szempontokat tarthatott szem előtt és semmiképen sem károsíthatta meg az egyik egyetemet a másik rovására. Kezdettől fogva elhatározott szándékom volt, hogy vagy felfüggesztjük mindhárom egyetemen egy-egy kar működését és kiépítjük a többi karokat, vagy pedig a tanszékeket igazságosan osztjuk meg az összes egyetemek között olyképen, hogy legalább egy egyetem — s ez szükségképen csak a budapesti lehetett — megtarthassa a teljességhez feltétlenül szükséges tanszékeket. Az egyetemeknek mindkét esetben áldozniok kellett s a miniszter kötelessége volt, hogy ez az áldozat minél elviselhetőbb legyen.

A nyugtalanságot az egyetemi városokban tett látogatásaim alkalmával sikerült eloszlatnom, de valami keserűség mindenütt maradt a szívekben. Egy régi barátom — pécsi professor — igen kedves formában adott ennek hangot: „tudom —, mondotta — megölsz bennünket, de olyan kedvesen teszed, hogy még csak nem is haragudhatunk". Ebben a légkörben intézte hozzám az Erzsébet Tudományegyetem akkori rectora azt a beszédet, amely mindenkor kedves esmlékem lesz: „Nem kérünk, nem magyarázunk, nem vitatkozunk, de erős lélekkel bizunk a tudós-miniszterben; az ő döntése csak igazságos lehet".

A most átvett kitüntetés és az átadás nyomában járó meleg ovatio után úgy érzem, szabad azt hinnem, hogy a szegedi egyetem tanárai is osztják pécsi kartársuk véleményét. Elismerik, hogy a nehéz műtét végrehajtásában óvatosan kezeltem a kést s az igaz orvos szeretetével nyúltam a szenvedőkhöz. Ha ez így van, sokszorosan meg kell köszönnöm, hogy épen az Orvostudományi Kar fogadott doktorává, a magyar művelődés élő szervezetének jószándékú orvosát látva bennem.

De a jó orvos nemcsak vág, hanem gyógyít is. Erre törekedtem én is, de a kultuszminiszter építőmunkájának korlátokat szab az általános politikai helyzet. Mióta körülöttünk egy egész világ áll harcban, a nemzeti hadsereg igényei elől mindenkinek becsületesen visszavonulva kell a maga igényeit lefokoznia. Nehéz kötelességeket ró az államháztartásra a socialis célok megvalósítására irányuló törekvés is. A gazdasági tárcák igényei is szükségszerűen növekednek a háborus válság fokozódásával. És magának a közoktatásügyi tárcának körében is első helyre kell állítanunk az ifjúság s a fiatal tanító- és tanárnemzedék, az egyetemi és más gyakornokok socialis problemáit és a népoktatás kérdését. Az iskolák és egyetemek, tudományos és művészeti intézmények meg kell elégedjenek az életfenntartáshoz szükséges igények kissé bőkezűbb kielégítésével s az immár halaszthatatlan beruházások teljesítésével.

Ma nehéz jósolni, még nehezebb igéretet tenni. Körülöttünk folyik a háború. Mi pedig folytatjuk tovább békés munkánkat, bízva benne, hogy az eljövendő béke korszakában gyors ütemű és lendületes építőmunkával szolgálhatjuk majd az egyetemes nemzeti művelődés és annak tiszteletet érdemlő intézményeit. Ha ez a munka megérdemli az elismerést, elégedett lélekkel köszönhetem meg a Ferenc József Tudományegyetem díszdoktori oklevelét.

Az ünnepélyes pillanatban, mikor e megtiszteltetésért mélységes hálámat és köszönetemet fejezem ki az egyetem Tanácsának, szívem mélyéig elérzékenyülve gondolok vissza jóságos édesatyámra, aki — idestova hetven éve lesz — a kolozsvári Ferenc József Tudományegyetem egyik első tanára volt s mindig szeretettel gondolt vissza a classika-filologia kolozsvári tanszékén töltött 13 esztendőre. Úgy érzem az ő nevében is megköszönhetem, hogy fiát Önök maguk közé fogadták."

A díszdoktoravatást mintegy 100 terítékes ebéd követte, melyen a kormányzó éltetése után *Baló József* rector, *Búza László* prorector, *Pálfy József* polgármester, *Domanovszky Sándor*, a Pázmány-Egyetem rectora, majd *Hóman Bálint* és *Glattfelder Gyula* értékes és lendületes pohárköszöntői hangzottak el.

A kétnapos ünnep alkalmából a miniszter *Szily Kálmán*, *Fáy István* és *Stolpa József* kultuszállamtitkárok s a helybeli szakférfiak kíséretében több kulturális intézményt és egyetemi intézetet, klinikát megtekintett s a szerzett tapasztalatok alapján az egyetemi épitkezések folytatásának (elme és idegklinika, bonctani és kórbonctani intézet) szükségessége mellett foglalt állást.

Mindnyájan, kik e felemelő ünnepélyen jelen voltunk, azzal a jóleső érzéssel jöttünk el onnan, hogy az minden ízében a magyar kultúra ünnepe volt.

Vámossy.

LEGALKALMASABB JÓDKÚRA
CSIZ-i GYÓGYVIZ-zel
Vezérképviselet: Édeskúti, Bpest, Erzsébet-tér 8.
Fürdőidény: V. 1.—IX. 30.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift, 16. sz. *Höring F. O.:* Heveny fertőző betegségek typikus lázmenetének keletkezéséről. — *Schumann H.:* Sexualhormonok hatása a szív és csontváz izomzatának glykogen, phosphagen és adenylpyrophosphattartalmára. — *Decaneas D.* és *Uiberrack:* Cukorbetegek különböző insulinérzékenységéről. — *Unghváry L.* és *Obál F.:* A pitvar egy- és kétphasisú actiós áramairól. — *Fernbach I.* és *Szandányi Z.:* Elektrokardiogrammal kórismézett tetanoid epilepsia. — *Gohr H.:* Galaktose és laevulose titrimetrikus meghatározása a vizeletben. — *Rudolph W.:* A hústáplálék C-vitamin tartalmának értékelése. —

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 16. sz. *Conti:* Az ifjúság egészségápolása. — *Bickel:* Anyagcserekisérletek a német nép fehérjetáplálásáról az 1939—40-es téli háború alatt. — *Volhard:* Vérnyomás és vese. — *Jahn* és *Küster:* Hypertonia halmozódása vörhenybetegeken. — *Liebermeister:* Tömegkezelés vérhasjárvány esetében. — *Schneider:* Fájdalomcsillapítás oralis úton. — *Ferenczi:* A lépfene egy új kezelési módja. — *Koehler:* Diphtheriás betegek és bacillusgazdák surfen-kezelése. — *Schubert:* Sugárvédelem orvosi és technikai sugár-üzemekben. —

Münchener Medizinische Wochenschrift. 16. sz. *F. Jaeger:* Az agyvelő traumás feltárásának és prolapsusának ellátása és kezelése. — *Heilmann P.:* Relatiós vagy relativitásos pathologia? — *Lachmann H.:* Systolés szívzörejek klinikai jelentősége. — *Fürst Th.:* Faj és iparosodási problema. — *Kitzing E.:* Az ifjúság védelme élvezeti mérgekkel szemben. — *Baronigian A. S.:* Adat az atophankúrához. — *Spiegel N.:* Radiographikus vizsgálatok octinnal görcsös székrekedés esetében. — *Winckel Ch. W. F.:* Malariaplasmodium gazdák. —

Wiener Klinische Wochenschrift, 16. sz. *Wiedmann A.:* A lues chemo- és láztherapiája. — *Buinewitsch R.:* Komatosus állapotokról. — *Risel E.:* Hypophysisátültetés diabetes insipidus esetében. — *Rihl H.:* Tapasztalatok a tbc.-bacillusok kimutatásáról fluorescentia-mikroskoppal. —

La Presse Médicale, 33—34—35. sz. *Arloing, Berthret* és *Vialler:* Alacsony töménységű chlorgázmérgezés hatása a kisérleti tengerimalactuberculosisra. — *Cot* és *Genaud:* Folyékony oxygennel táplált oxygentherapiás berendezés. — *Mussio—Fournier* és *Fischer J. T.:* Pajzsmirigyeredésű angina pectoris. — *Bernon, Fruchand* és *Gautier:* Thorakoplastika után látszólag gyógyult egyoldali cavernás tbc. késői recidivái. — *Reiser Ch.* Újabb oxygentherapiás eljárás. — *Vignes H.:* Rendellenes súlyú magzatokról. — *Nobécourt P.:* Ismeretlen eredetű jóindulatú, heveny savós agyhártyalob 13 éves gyermeken. — *Lian C.:* Az erős physikai munkára alkalmasság egy ismertetőjele. — *Paschoud H.:* Fertőzött sebek ultraviolett besugárzása. — *Gézy, Fontaine* és *Blum:* Reflexiók 222 halálos tüdőembolia eset boncolása kapcsán. (Strasburg 1926—1936.) — *Lefévre de Arric:* Pneumonia kezelése α-paraamino-phenyl-sulfamido-pyridinnel. — *Déjerine:* Izmok és köztakaró peripheriás és gyöki beidegzése. —

The Journal of the American Medical Association, márc. 30. *A. Gregg:* Tennivalók a következő évtizedben. 1940—1950. — *R. L. Wilbur:* Az orvosi továbbképzés előmenetele. — *J. Abell:* Az orvosképzés célja. — *M. Fischeim:* Orvosképzés 1905-től 1940-ig. — *E. J. Godfrey* és *M. A. Pond:* Fertőzött jég okozta Flexner-féle dysenteria kórházi epidemiája. —

The Lancet, ápr. 13. *S. Taylor:* Elmebetegségek osztályozása normalitás szempontjából. — *V. G. Horan* és *S. Gay French:* A mastoiditis megelőzése; 621 sulphanilamiddal kezelt acut otitis media áttekintése. — *M. B. Ray:* Therapiás fürdők és fürdőberendezések hadisérültek részére. — *F. X. Aylward, B. R. S. Mainwaring* és *J. F. Wilkinson:* Néhány conserválószer hatása a raktározott vérre. — *E. Steinach* és *H. Kun:* Hyperaemia, mint a férfi sexualis hormon specifikus próbája. — *N. L. Eckhoff:* Acut subduralis haematoma. — *G. Maizels:* Chorionepithelioma valószínű diagnosisa 71 éves virgóban. — *H. A. E. Dishrek* és *L. B. W. Jougkees:* Új módszer a vérzési idő meghatározására. —

SKROPHULOSIS-nál otthoni ivókúra
CSIZ-i JÓDOS-KONYHASÓS GYÓGYVIZ-zel
Vezérképviselet: **Édeskuty,** Bpest, Erzsébet-tér 8.
Fürdőidény: V. 1.—IX. 30.

VEGYES HIREK

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága és vidéki helyi bizottságai f. év májusában a következő orvosi továbbképző tanfolyamokat rendezi Budapesten: május 2—9-ig a Magyarország Klinikáinak és Kórházainak Szövetségével karöltve egyhetes kórházüzemgazdasági továbbképző tanfolyam egészségügyi intézetek jelenlegi és leendő orvosvezetői részére. A tanfolyam vezetője: *Dávid Mihály dr.* min. tan, a belügyminisztérium betegellátási osztályának vezetője. — Május 6—13-ig a Honvéd Légierők Parancsnokságával karöltve egyhetes orvosi továbbképző tanfolyam a repülés élettanának tárgyköréből. A tanfolyam vezetője: *Scholtz Gusztáv dr.* m. kir. törzsorvos a Honvéd Légierők vezető-orvosa. Május 6—8-ig 6 napos orvosi továbbképző tanfolyam a gyermekgyógyászat tárgyköréből a Pázmány Péter Tudományegyetem gyermekklinikáján. A tanfolyam vezetője *Hainiss Elemér* prof. — Május 21., 22., 24., 25-én 4 napos orvosi továbbképző tanfolyam „A daganatos betegségek elháritásának, gyógyításának kisérleti és klinikai irányai" címmel. A tanfolyam vezetője *n. Balogh Ernő* prof. — Május 27—június 2-ig, hatnapos orvosi továbbképző tanfolyam „A gyomor és bélbetegségek röntgendiagnostikája az általános orvosi gyakorlatban" címmel. A tanfolyam vezetője: *Kelen Béla* prof. — Május 27—június 2-ig egyhetes orvosi továbbképző tanfolyam „A tájanatomiának a gyakorló orvos szempontjából fontosabb fejezetei" címmel. A tanfolyam vezetője: *Mihalik Péter* egyet. magántanár. — Május 14—25-ig kéthetes továbbképző tanfolyam a csecsemők táplálásáról csecsemővédelmi szempontból az Orsz. Stefánia Szövetség Központi Intézetében. — *Pécsett:* ápr. 27., máj. 4., 11., 18-án öszefoglaló orvosi továbbképző előadások a hevenyen jelentkező keringési zavarok tárgyköréből az Erzsébet Tudományegyetem belklinikáján. Ápr. 29—máj. 11-ig kéthetes továbbképző tanfolyam az anya- és csecsemővédelmi ismeretekről általában az egyetem gyermekklinikáján. — *Balatonfüreden:* máj. 6—9-ig négynapos orvosi továbbképző tanfolyam a Balatoni Intézőbizottsággal karöltve a klimatologia tárgyköréből. A tanfolyam vezetője *Belák Sándor* prof. — *Ungvárott:* máj. 14—25-ig az Orsz. Közegészségügyi Intézettel karöltve kéthetes orvosi továbbképző tanfolyam a malariáról. — Jelentkezni lehet az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottságánál (Bp., VIII., Eszterházy utca 9.), amely mindennemű felvilágosítással is szolgál.

A budapesti Pasteur Intézet fennállásának 50. évfordulóján f. hó 15-én este előkelő közönség jelenlétében meleg ünnepséget rendeztek. A megjelenteket *Ajtós E. Imre,* az intézet igazgatója üdvözölte, majd érdekes előadást tartott, melyben méltatta a kutatók érdemeit, vázolta az intézet történetét s rámutatott az elért eredményekre. (Erről 15.-i számunkban cikk keretében számoltunk be). A családias ünnepség közönsége hálás tapssal köszönte meg a rendkívül érdekes előadást.

A honvéd egészségügyi szolgálat szelleme. A honvédorvosok tudományos egyesületének közgyülésén *Frank Richard* vezértörzsorvos, a honvédorvosi tisztikar főnöke igen figyelemreméltó elnöki beszédet tartott. Ebben kifejti, hogy a honvédorvos hivatásának alapja a tudás és tapasztalat. A katona-orvosi munka elsősorban orvosi és azonfelül katonai munka is. Tehát kétszeres hivatás. A polgári orvosok a honvédorvosokkal egyúton haladnak. Háború esetén beolvadnak a honvédorvosi tisztikarba. A honvédség érdeke azt kívánja, hogy a honvédorvosok kiválóan képzett orvosok, a polgári orvosok pedig kiválóan képzett katonak legyenek. A honvédorvost a magángyakorlatban mértékletesség, szerénység, mások jogainak tiszteletbentartása jellemzik. Az orvosok férfiasan titoktartók legyenek. A honvédorvos kötelessége az állandó továbbképzés, hivatása nemcsak a gyógyítás, hanem az egészségügyi szolgálat vezetése is. De vezetni csak az a honvédorvos tud, aki jó gyógyító orvos és hygienikus is. — Nagyon örvendetes, hogy a honvédorvosi tisztikar főnöke a polgári orvosokkal a legbensőbb harmonikus együttműködésre törekszik.

Bársony János emlékvacsora. A Magyar Orvosok Nemzeti Egyesülete máj. 1-én, szerdán este 7 órakor tartja ezévi rendes közgyülését a Szent Gellért gyógyszálló I. emeleti zenetermében, majd a közgyülés után, 1/29 órakor a fürdőcsarnokban hagyományos *Bársony János emlékvacsoráját,* melyen a serlegbeszédet *Petres József dr.* a MONE és az OTI alelnöke tartja.

Az Orvostanhallgatók Symphonikus Zenekara fennállásának 20. évfordulója alkalmából április 28-án este 8 órakor a Zeneművészeti Főiskola nagytermében jubileumi hangversenyt rendez. *Műsor:* 1. Beethoven: III. Leonóra nyitány; 2. *Gounod:* Faust balettzene; 3. *D'Indy:* Hegyi symphonia zongorára és zenekarra három tételben. A zongoraszólót *Wehner Tibor* játsza; 4. *Saint—Seans:* Haláltánc. A hegedűszólót *Weidinger Ede* játsza; 5. *Dvorák:* Újvilág symphonia négy tételben. Vezényel: *Kolonits Barna dr.* és *Mihálkovics Szilárd dr.* — A hangverseny jövedelmét a szegénysorsú orvostanhallgatók segélyezésére fordítják.

Islandban az évi halálozási esetek között szintén a szív- és érbetegségek állanak az első helyen 208 esettel. Utána következik a magas kor 195, rosszindulatú daganatok 165, tuberculosis 155 esetben.

A pontini mocsarak lecsapolása következtében az ottani malariabetegségek görbéje a nullára szállott alá. Az idült és visszaeső betegek száma is nagyon kedvező 45.000 lakosra vonatkoztatva 0.07%.

A litzmannstadti (azelőtt Lodsch) Moscicki-kórház nevét August-Bier kórház névre változtatták.

Lapunk mai számához a Chinoin gyógyszervegyészeti gyár rt., Ujpest *Vitaplex*ről szóló ismertetését mellékeltük.

Dr. FARKAS vízgyógyintézet
V. BÁTHORY-UTCA 3 — TELEFON: 126—438
Szénsavas-, bélfürdők, ultrarövidhullámú kezelés

DOMOPON-CHINOIN
tisztított opium-összalkaloidakészítmény állandó (50%) morphintartalommal
SOLUTIO-TABLETTA-INJECTIO-PULVIS

DOMATRIN-CHINOIN
(DOMOPON-NOVATROPIN) erélyes görcsoldószer és fájdalomcsillapító.
INJECTIO-TABLETTA DOMATRIN mite Injectio

HETIREND

Budapesten:

Hétfőn, 29-én, 7 ó.: a Bp. Orvosi Kör ülése: *Huzella T.:* Az újabb biologiai kutatás kihatása a gyakorlati orvostudományra. —

Kedden, 30-án, 1/27 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület Orr- Gégegyógyászati Szakosztályának ülése. *Kolba V.:* Abberált fog a középső orrjáratban; — *Campián A.:* a) Nehézlégzést okozó gégecysta operált esete; b) Kétoldali postikus bénuiást okozó nagy art. anonyma aneurisma; — *v. Tátrallyay Wein Z.:* Az orrkagylóból kiinduló osteoma operált esete. —

Szerdán, 1-én, 1/27 ó.: az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága előadássorozata (Áll. Szemkórház.) *Horváth B.:* A szürkehályog és modern gyógyítása.

Pénteken, 3-án, 6 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. *Láng A.:* Ráktól elpusztult gége teljes reconstructiója radium után; daganatmentesség anatomiai vizsgálatok alapján. — *Mező B.:* A zsugorhólyag és a medencei fájdalmak gyógykezelése. — *Reök I.:* Test, lélek, szellem. —

Vidéken:

Vasárnap, 28-án, d. e. 11 ó.: a Komárommegyei Orvosok Továbbképző Egyesületének ülése: *Mezey J.:* Abortus kérdése, orvosi bizonyítvány; — *Szabóné, Simon S.:* A csecsemők elválasztása, hozzáetetése és a nyári dyspepsiák kezelése; — *Pék F.:* A trachoma modern kezelése. — *Hübner B.:* A bölcseségfogak eltávolításának indicatiói; — *Puskás Z.:* A szájüreg és fül acut gyulladásainak szakszerű ellátásáról; — *Rigó D.:* Cavernaperforatiós spontan pneumothorax; — *Rékay K.:* Az osteomyelitis acuta korai diagnostikája; — *Feszler Gy.:* A cystitisek kezelése. —

JUVENILIS PARENCHYMÁS-STRUMA-nál otthoni ivókúra
CSIZ-i JÓDOS GYÓGYVIZ-zel
Vezérképviselet: **Édeskuty,** Bpest, Erzsébet-tér 8.
Fürdőidény: V. 1.—IX. 30.

FAGIFOR „CITO"
Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos kreosot-syrup
Ideális enyhe expectorans
Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
lag. orig. P 2·30, pénzt. csom. P. —·96
CITO gyógyszervegyészeti gyár
Budapest, XIV. Lengyel-utca 33.

Frontátvonulások és kisérőjelenségeik ápr. 14—20. között. Ezen a héten felsiklási front nem érkezett, de a betörési frontok száma, kivált a hét első felében, jelentékeny volt. A hét utolsó napja frontmentes maradt. A frontok részletes adatai:

	Átvonulás ideje Budapesten			A front		Kisérő események*
	hó	nap	óra	fajtája	fejlettsége	
Április	14	4		Betörési	Mérsék.	Hirtelen szélrohamok 10 m/mp-ig
	14	10		Betörési	Mérsék.	Szélélénkülés 11 m/mp-ig
	14	23		Betörési	Gyenge	Szélnyugtalanság
	15	4		Betörési	Gyenge	Szélnyugtalanság
	15	22		Betörési	Mérsék.	Szélélénkülés 9 m/mp-ig
	16	14		Betörési	Erös	Szélvihar max. seb. 22 m/mp
	17	4		Betörési	Mérsék.	Uj szélélénkülés, erös légnyomásugrás
	17	22		Betörési	Gyenge	Szélnyugtalanság
	18	2		Betörési	Gyenge	Szélnyugtalanság
	18	10		Betörési	Mérsék.	Szélrohamok, max. seb. 14 m/mp
	18	24		Betörési	Mérsék.	Hirtelen éjjeli szélélénkülés 8 m/mp
	19	3		Betörési	Gyenge	Kis szélnyugtalanság
	19	7		Betörési	Erös	Hirtelen szélvihar 18 m/mp, légnyomásugrás

*) A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a m. kir. Meteorologiai Intézet öniró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd az 1940. évi 1. III. borítóoldalán.

FELELŐS KIADÓ: **VÁMOSSY ZOLTÁN.**

CALCIPHEDRIN
Egger
Ephedrin és calcium
FOKOZOTT HATÁSU
EPHEDRIN-KÉSZITMÉNY
Indicatiók: asthma bronchiale, pneumonia, bronchopneumonia, allergiás megbetegedések, vérkeringési zavarok, acut lázas *fertőző* megbetegedések. Forgalomban: 1 amp á 5 kcm., 5 amp. á 5 kcm és 1 phiola á 20 tabl.
Dr. Egger Leó és Egger I. Budapest VI.

I. évfolyam. 4. szám. Budapest, 1940 április 27.

ORVOSTUDOMÁNYI KÖZLEMÉNYEK

Megjelenik minden hónap utolsó szombatján.
Előfizetési díja az Orvosi Hetilappal együtt egész évre 26.— P.

Felelős szerkesztő és kiadó: VÁMOSSY ZOLTÁN, IX., Hőgyes Endre-u. 7. sz. Segédszerkesztő: FRITZ ERNŐ

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

Uj vertebra prominens-reflex.

Irta: *Benedek László dr.*, ny. r. tanár.

A modern neurologusnak világképét nem annyira az okiság elvének alkalmazása ,hanem sokkal inkább a biologiai értelemtalálás segít kiépíteni. Ennek megfelelően a haladó ideggyógyászati gondolkozás a causalitas szolgálatába állított divisibilis, mérhető és atomisált részekkel szemben — ha csak lehetséges — előnyben részesíti az összépítmények szerkezetét és organisatióját és annak állandó alapformáját. Ez a szemléleti mód, amely az ismerettani alkatelméletre foglal magában allusiót, még az egyszerű élettani vagy kóros reflexmozgásokban is keresi az életre fontos összetett működést vagy az azokból kicsendülő együtthangzást az ősi tömegmozgásoknak melodáival, amelyekben az ösztönös törekvések az onto-phylogenesisnek alacsonyabb lépcsőfokain teljesültek.

A bemutatandó új vertebra prominens-reflex kisagy-tumor, illetve conglomerat tuberculum esetében észlelt és filmezett reflexjelenséget mutat be, amely abban áll, hogy a 7-ik nyaki csigolya proc. spinosus-ára gyakorolt nyomásra a fej gépieses és igen gyorsan maximálisan hátrafelé vetődik. Az eset a következő:

S. B. 18 éves fiu. Felvétetett 1939. XII. 14-én.

Kórelőzmény: Egy esztendeje influenza utáni mellhártyagyulladás, majd tüdőcsúcshurut, amely 1939. szeptemberig tartott. 3 hónapja feje fáj. A fejfájás a tarkóra és a nyakizomzatra lokalizálódik; a fejfájással kapcsolatban hányinger és hányás. 2 hónapja járása bizonytalan, mindkét füle zúg, nyaka rohamszerűen megmered, fejét mereven hátrahajlítva kell tartania. Mindez 20—25 percig tart és naponta kb. háromszor jelentkezik. Eszméletét csak időnként veszti el.

Jelen állapot: Jól fejlett és táplált. Belszervek épek. B. o. 4, j. o. 3 D-nyi prominentia. Szélsőoldalra nézéskor finom rotatoros nystagmus. Kisfoku jobb arcfél-hypaesthesia, a cornealis reflex lecsökkentségével. Jelzett j. o. facialis paresis, VIII. agyideg működésében eltérés nincs, pupillák rendben. Mozgatókör: Fejét kissé balrahajtva tartja, járása a szokottnál szélesebb alapú, bizonytalan. Mindez behúnyt szemmel fokozódik. Járási vonalban kifejezett balratántorgás és dőlés. Rombergnél bizonytalan, inkább balra és hátradől. Csillagjárás, szék körül való járás értékesíthető eltérést nem mutat. Dysmetria, pronatiós tünet, divergentia, félremutatás nem észlelhető. A bal kézben kisfokú dysdiadochonkinesis. Testtartás normalis. Izomerő, tonus ép. Reflexkörben kóros eltérés nincs. Érzőkörben kóros eltérés nincs.

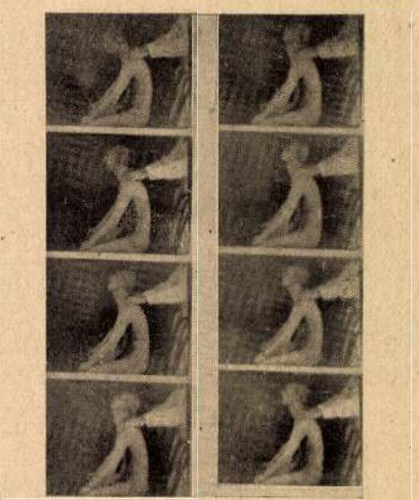
Kórlefolyás: A fej hátrahajlítására vizsgálat közben tonusvesztéses roham: hirtelen hátratántorodik, tonusa lecsökken, opistotonus lép fel, törzse ívszerűen meghajlik, fejét hátraszegve tartja. A vertebra prominenst megnyomva, ez fájdalmas, majd felső testével hátrahajlik és fejét hátrafelé hajtja. Ez a tonusos reflex a vertebra prominens nyomására törvényszerüen megismétlődik (1. ábra).

Diagnosis: Tumor cerebelli (Vermis-tumor?).

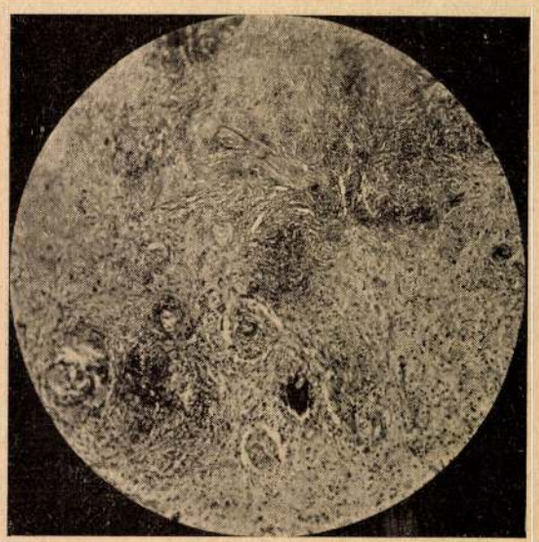
Műtét (Bakay klinika 1939. XII. 30): A nyakszirtcsont pikkelyének szokásos eltávolítása után a dura erősen feszül, ventriculus punctio után, mely az előző ventriculographia nyilásán zajlik le, a nyomás csökken. Durát felnyitva, a jobb kisagyállományban ülő sárgás, kemény, a kisagyszövetet is helyenként filtráló daganatot, majd a bal kisagyféltekében hasonló daganatot távolítanak el. Valószínű, hogy az infiltratio még a mélybe is terjed.

Szövettani lelet: A daganat-massa csupán széli zónájában structurált, a központi legnagyobb része teljesen necrotikus, magfestést nem mutat (2. ábra). A széli zóna sarjszövet jellegével bír, számos fibroblastot, collagen nyalábot lehet megfigyelni; az erek falzata túlteng, helyenként kifejezett intimaburjánzás. A sarjszövetben többhelyütt óriássejtek kerülnek elő (3. ábra), amelyeket az jellemez, hogy a számos mag a sejttest szélén koszorúalakban helyezkedik el. Kötőszövet-ezüstözések. Perdrau-készítményekben igen dús, egyenletesen elosztott, sűrűn összeszövődött fibrosus hálózatot mutatnak (4. ábra).

Szövettani diagnosis: Tuberculum.



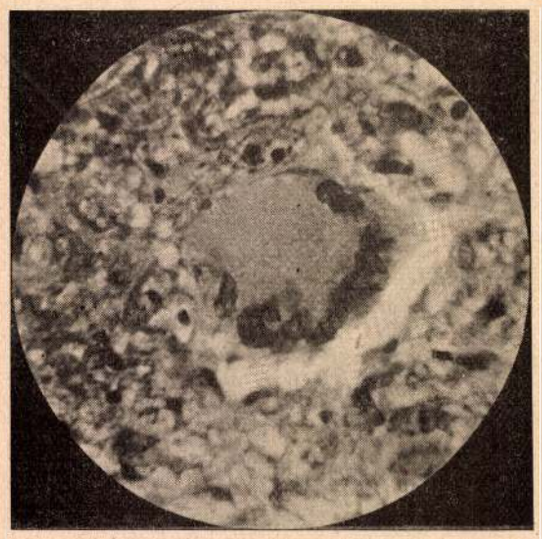
1. ábra. A vertebra prominens reflex lefolyása (filmfelvetel.)



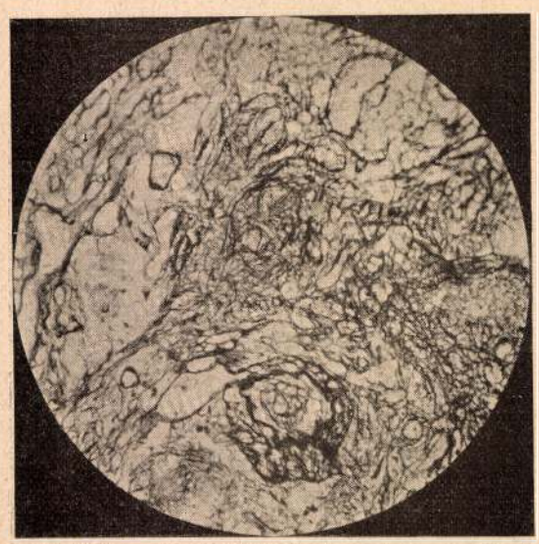
2. ábra. Műtéti anyag (tuberculum) szövettani átnézetes képe, epitheliod sarjszövet, necrosis, elszólt óriássejtek. V. Gieson festés, mikrophotogramm kb. 80-szoros nagyítás.

A test megtámasztásához szükséges nyugalmi tonus az izmok, inak, izületek, csonthártyák, stb. felöl származó mélyérzésekkel függő vizonyban vannak. Az élettani körülmények között a gerincoszlop és fejtartó izomzatra ható központi tonusszabályozás — a maga kiterjedt compensatiós lehetőségeivel — a fejnek, törzsnek biztos egyensúlyi állapotot kölcsönöz. A biologiai célszerűségek és analogiák után kutatva, a következő

magyarázat lelhető. Nagyagy- vagy kisagyvelejétől megfosztott, de néha ép, 4 lábon álló macskáknál és kutyáknál az alsó nyaki csigolyákra gyakorolt nyomásra a kezdetben erősödő végtagfeszítő tonus után a gerincoszlop domborulatának gyors kiegyenlítése mellett az állat a talajon egészen ellapul, vagyis a fej relativ gyors helyzetváltozása a gerincoszlophoz képest sorozatos reflexjelenségeknek utolsó szakaszában a dorsal felé való fejvetéssel egyértelmű. Midőn a macska fejét egy szekrény széle alá dugja és az előre és alafelé nyujtott fejtartás után hirtelen egész testével a talajon ellapulva a szekrény alá csuszik, akkor ő mint egy reflexgép tevékenykedett.



3. ábra. Langhans typusu óriássejt a tuberculumból. V. Gieson festés, mikrophotogramm, 585-szörös nagyítás.



4. ábra. A tuberculum kötőszövetes alapgerendázata Perdrau-féle ezüstimpraegnatióban. — Mikrophotogramm 130-szoros nagyítás.

Valószínű, hogy a gerincoszlop, nyakizomzatra nézve is az extensio a primitivebb, ősi mechanismust jelenti, már csak a mély belégzéssel, az ásítással járó és *Polimanti* által functionalis összefüggésükben méltatott nyujtó és abductiós végtagmozgások a mellkasnak mély inspiratiós mozgását megkönnyítik. Az utóbbi synkineticus végtagmozgásokkal együtt pedig a fejnek hátrafelé hajlása jár együtt. Volt alkalmunk *(Benedek* és *Angyal)* encephalitis chronica kapcsán előállott összetett dyskinesiseket leírni, amelyeknek rendjén iterativ oralis beállítódási automatismus a fejnek erőteljes hátravetődésével járt együtt. A P. *Marie, G. Lévy, Sicard* és *Paraf,* továbbá C. *Mayer, Ráth* által tanulmányozott, de általam idült járványos agyvelőgyulladásnál és Wilson-nál a saját és külföldi klinikai betegek egész soránál észlelt szakaszos ásítási görcsökkel majdnem kivétel nélkül a fejnek hátrahajlása járt együtt. A szopási mozgáshoz eredetileg is mint adversiv segítő együttmozgás, a fej hátrahajlása csatlakozott, amint azt a capitoliumi múzeumban őrzött Romulus és Remus szobor K. e. 500 évvel is bemutatja. Tehát úgy a mélylégzéssel, mint a szopással, mint ősi adversiv automatismus a fejnek hátrahajlása volt jelen. Nem kétséges tehát, hogy az utóbbi mozgás a philo-ontogenesis szemszögéből nézve célszerű ősi mozgásmechanismus.

A fejnek normalis biztosított egyensúlyi helyzetét az opticai helyreállítási reflexeken kivül — a Magnus de Kleyn-féle kisérletek szerint — a labyrinthhelyreállítási reflexek és az ú. n. testhelyreállítási reflexek a fejre („Körperstellreflexe auf den Kopf") eszközlik. Kétoldali labyrinth-exstirpatio után 3 hétre, az ezt követő kisagyexstirpatio után már 2 napra az acut schockjelenségek lezajlása után a fejhelyreállítáci reflexek ismét visszatérnek. Asymmetriás ingerek, amelyek egyszersmint a nyakat és fejet előrevonják, a fejre vonatkozó helyreállító reflexet activálják. — *Rademaker* kisagyexstirpatiók után a mágnes- és támaszreactiók élénkülése mellett a mozgásoknak általános féktelenedését figyelhette meg. A fejhelyreállítási reflex is tehát a nyaki csigolyáknak ventralfelé irányuló nyomása esetén zabolátlan reactióra vezethet.

Ingvar szerint az emlősállatoknál a lobus anterior a testegyensúly megtartására irányuló azon izomsynergiákra van hatással, amelyek az egyensúlyt előrefelé biztosítják, tehát a dorsalfelé mozgató ellenerőkre; ezzel szemben a „hátsó median lebeny" (uvula, nodulus, pyramis és a lobulus floccularis) az előrevonó erőket idegzi be; (a végtagok massalis beidegzését a lobulus ansoparamedianus eszközli.) A tumor által elpusztított lob. post. által az innerváló gyűrűnek egyensúlyregulatiója felbomlott és a lob. ant. vagyis a hátravonó erők dynamikus túlsúlya következett be; ezért is jelentkezik proprioceptiv ingerre a fejhátrahajlás.

Goldstein szerint a kisagy az összorganismusnak ingermegragadásában a nagyagykéregnek segítő szerve; mint ilyen az előbbi által activáltatik. Kisagybántalom esetén az isolált hozzáfordulási tendentia — a szervezet rendezett egységének elve ellen — tulzottan erős és az izgatott részeknek tulélénk inger felé való közeledésével, ezzel a behatásnak túlzott kihelyezésével jár együtt. A coordinatiós rendszer leépülésével, a dedifferentiálódással tehát a kórosan fokozott ingerkötöttség, ingermeghatározottság következik be.

Összefoglalás: Kisagytuberculum esetében a vertebra prominens megnyomva, mint törvényszerűen állandó tonusos reflex a törzs- és elsősorban a fej tonusos hátrahajlítása következik be. Kifejezett hasonlóság mutatkozik tehát a phylogenetikusan alacsonyabbértékű állatvilág körében fellelhető primitivebb, ősibb mechanismust jelentő biologiai célszerűségekkel szemben. Miután *Ingvar* szerint a lob. posterior cerebelli a testegyensúlyt biztosító synergismusok keretén belül az előrevonó, a lob. anterior pedig a dorsalfelé mozgató ellenerőkre van befolyással, a tumor pusztítása révén, — amely a lob. posterior sérülését eredményezte — az innerváló gyűrű egyensúlyregulatiója felbomlott és a hátravonó erők dynamikus fölénye proprioceptiv ingerekre fejhátrahajlítást eredményez.

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. belklinikájának közleménye. (Igazgató: Boros József ny. r. tanár.)

Blastomykosis két esete.

Irta: *Kanócz Dénes dr.* és *Kuchárik József dr.*

A sarjadzó gombák (blastomycéták) botanikailag részben a tömlős gombák (ascomycéták), részben a fonalas gombák (hyphomycéták) csoportjába tartoznak. Kerek vagy ovalis sarjadzással (blastospora) szaporodnak. Két alfajtájuk: az élesztő gomba (Saccharomyces), amely ascosporákat magában rejtő tömlőkből és sarjadzó sejtekből áll, továbbá az oidium albicans, mely fonalakból és ugyancsak sarjadzó sejtekből áll. Mindkettő közös tulajdonsága, hogy szaporodásuk a gomba oldalán kidomborodó bimbó fokozatos növekedésével, később leválásával történik. Ez a botanikai meghatározás még legkevésbbé sem végleges, mindazonáltal ezidőszerint a leginkább általános és használható. A csoportokon belül élettani és kórtani viselkedésük, illetve hatásuk szempontjából számos kisebb csoport, egyéni varians foglal helyet. Ez a körülmény magyarázza, hogy az utolsó évekig újabb és újabb rövid életű beosztások jelentek meg, ami a kérdéssel foglalkozók munkáját meglehetősen megnehezíti. A sarjadzó gomba ubiquitaer.

A blastomycosis klinikai fogalma *Buschke-tól* származik (1894); jelenti a sarjadzó gombák okozta fertőzést és a következményes betegséget. Már a klinikai fogalom megalkotója, *Buschke*, rámutatott arra és ez a megfigyelés azóta is igazolódott, hogy az ember megbetegedését többnyire az élesztő gomba okozza.

Sarjadzó gombáknak az embert megbetegítő hatását elsőizben 1894-ben két német szerző *Buschke*, a klinikai fogalom meghatározója és *Busse* észlelték. A felfedezett első esetek a bőr megbetegedései voltak. A két német kutató festéssel és tenyésztéssel identifikálta a kórokozót; a tenyészetekről a bőrbe visszaoltva, ezáltal az eredetivel azonos elváltozásokat okozva, továbbá a retroculturát is megvalósítva, bebizonyították kórnemző hatását. 1894 óta a köztakaró és később egyéb szervek blastomycosisát egyre többen észlelik. A leggyakoribb a betegség Amerikában, kevésbbé gyakori Ausztráliában és Előázsiában, ritka Európában. A belgyógyászati esetek ritkák, kórismézésük nehéz, mióta azonban a figyelem a sarjadzó gombára mint lehetséges kórokozóra ráterelődött, megszaporodtak az élőkben kórismézett esetek és a gyógyulások is.

A bőr blastomykosisa már több mint egy évtizede közismert volt, midőn egyéb, a köztakaró alatt elhelyezkedő szervek sarjadzó gombás betegségére terelődött a figyelem. 1905-ben *Hansemann* leírja az első boncasztalon kórismézett sarjadzó gomba okozta meningoencephalitist, 1907-ben *Türk* élőben észleli az első esetet, a megcsapolt gerincagyi folyadékból kifesti és kitenyészti a kórokozó gombát. Rajtuk kivül számos német szerző számol be a központi idegrendszer sarjadzó gomba betegségéről, valamint német szerző, *Riebeling* (1933) észleli az egyetlen gyógyult élesztő gombák okozta agyhártyalobot, mig minden más eddig észlelt ilyen betegség halálos végű. A németek kutatására felfigyelő amerikaiak csakhamar a tőlük megszokott nagyszámú esettel jelentkeznek. *Freeman* (1931) és *Levin* (1937) összes 60 meningoencephalitisben megnyilvuló blastomykosisról számolnak be. Amerikában a *Gilchristről* elnevezett bőr blastomykosis úgyancsak gyakori, kb. 30 éve sűrűn észlelik; azonban a bőr és központi idegrendszer gombás betegségei között összefüggést találni mindezideig nem sikerült. A sarjadzó gombáktól megbetegedett központi idegrendszer klinikai képét amerikai szerző, *Freeman* rajzolta meg legtalálóbban. A betegség lappangva kezdődik fejfájással (mely később fokozódik), tarkómerevség, hányás, bénulások, látászavar, esetleg vakság társulnak hozzá; stupor, coma és légzési bénulás közben alszik ki az élet. Néha aluszékonysággal, emlékezés-zavarral, a jellem megváltozásával indul meg a betegség. Idősebb betegek gyakran psychosisosak. A betegek gerincagyi folyadékában festéssel, tenyésztéssel, (állatoltással) minden esetben kimutatható a sarjadzó gomba, a megcsapolt folyadékra a heveny gyulladás általános ismérvei (fokozott sejtszám, fehérjetartalom, „meningitises colloidlabilítási görbe" stb.) jellemzőek. A letalis betegség tartama több hét, esetleg hónap, a vérkép, lázgörbe nem jellegzetesek.

A központi idegrendszer gombás betegségeinek kórisméje után ismét hosszú szünet következett, csaknem három évtized telt el, midőn a tudomány a megismerés újabb állomásához jutott el. Az orvosok felfigyeltek a légzőszervek élszető-gombás betegségére. 1930-ban *Mumme* és *Demme*, 1937-ben Reichel agyhártya- és agyvelőgyulladás eseteiben a gerincagyi folyadékban kimutatják az élesztő gomba kórokozót. Ugyanők keresik a fertőzés kapuját, a fertőzés útját és a tüdő röntgenképén „tumort" fedeznek fel, amely megjelenésében problematikus, még leginkább a valódi daganathoz és a gümős beszürődéshez áll közel, azonban egyikkel sem azonos. A boncolás a tüdőtumorban az élesztőgombák tömegét találja. Ugyancsak *Reichel* 1937-ben sui generis tüdőblastomycosis endemiáról számol be. Egy család régen-lakott, elhanyagolt kerti házba költözik, a feltünően erős „gombaszag" miatt nagytakarítást kell végezni. Néhány nap mulva mind a négy családtag lázas, köhög, mellkasi szuró fájdalomról panaszkodik. Az orvos tüdőgyulladást állapit meg. A megbetegedést követő ötödik napon az egyik 60 éves családtag meghal, a másik hármat felveszik a klinikára. A kórkép valóban súlyos pneumoniának felel meg. Kettő bőven köp gennyes nyálkát; belőle az élesztő gomba tömegeit festik meg és tenyésztik ki. A legidősebb, 68 éves beteg röntgenképén baloldalon az első bordaköz magasságában megjelenik a gyermektenyérnyi, kerek, jól körülhatárolt immár jellegzetes, „gombatumor". Ez a beteg a nyolcadik napon meghal. Boncolás, sajnos, nem történik. A fertőzés forrása az elhagyott, gombával ellepett, kerti lakás, a kórokozó belégzéssel került a tüdőbe. A megismerés három szakaszát jelentő három localisatio mellett leírtak (*Busse* és *Versé*) u. n. blastomycosis pyaemiákat, szétszórt tályogokat (csontrendszer. tüdő, máj, lép, vese, stb.), ezek az esetek elszigeteltek maradtak, visszhangra nem találtak.

Valamennyi szerző megegyezik benne és ebben a megfigyelésükben mi is osztozhatunk, hogy az ubiquitaer sarjadzó gomba olyan szervezetben fejti ki kórnemző hatását, melynek védőberendezése idült, fertőző vagy anyagcsere (a mi egyik esetünkben allergiás) betegség következtében megrokkant. Legtöbbször a gümőkór és a csúzos szívgyulladások készitik elő a talajt a gombás betegség számára. A gümőkórosok váladékában (széklet, vizelet, köpet) egyébként is gyakran találunk állatra (patkány) pathogen élesztő gombát, mely ugyan külön betegséget nem okoz, de sokan úgy vélik, hogy a phthisikusok marasmusának előidézésében bizonyos mértékig felelős.

A fertőzés kapuja nem törvényszerüen azonos a localisatióval, a kettőt gyakran a fertőzés útja köti össze. Csak kevés esetben állapítható meg a behatolás helye. A gomba legtöbbször a tüdőn át jut a szervezetbe, máskor a száj és garat nyálkahártyáján, a tonsillákon keresztül, néhányszor a gyomor-bélcsatorna és az epeutak felől indul meg a fertőzés, egy esetben a középfül nyitotta

meg az utat. Ha a sarjadzó gomba a behatolás helyén nem szaporodik el és nem fejti ki kórnemző hatását, akkor a nyirok- és vérpályán terjed tovább, hogy valahol gócot képezzen. A már megképződött gócból a további terjeszkedés per continuitatem és haematogen, illetve lymphogen úton egyaránt lehetséges. A kísérleti sarjadzó gomba betegségek bizonyítják, hogy több szerv részvétele mellett a nyirokérrendszer különösen kedvenc tartózkodási helye a gombának, ahol buján szaporodik és kiadósan fejti ki megbetegítő hatását. A vérhez éppen ellenkezőleg viszonylik. A kísérleti állatok vérébe fecskendezett sarjadzó gomba onnan csakhamar eltünik, vagy a vér pusztítja el, vagy gyorsan elmenekül belőle és a gócokban telepszik meg. A blastomykosis vérképe csak nagyon szerény elváltozást mutat és nem jellegzetes ,a vér alakelemei ,a fehér és vörösvérsejtek a gombát nem fogadják magukba. A sarjadzó gomba a nyirokerek felé vonzódik, főleg azokon keresztül terjed, bennük huzamosan tartózkodik és csak másodlagosan tör be a vérpályába, amelyből gyorsan és nyomok visszahagyása nélkül eltünik.

A köztakarón belül (bőrgyógyászati vonatkozásokról nem szólunk) fertőző sarjadzó gomba nyomán támadt visszahatásról a szerzők nagyon eltérően, nem minden ellenmondás nélkül számolnak be. A reactióknak két szélső megnyilvánulású typusa fordul elő. Az egyik, midőn a gomba bőven burjánzik és tömegével pusztítja a megtelepedési helyéül szolgáló szervet, úgy viselkednek, mint a daganat. Azontúl, hogy a működő ép szövet helyét elfoglalja, szöveti, serologiai, haematologiai visszahatást nem okoz, toxint nem termel és a klinikai kép is mindössze az anatomiai viszonyok megváltozásából következik. A másik tipus az egyéb fertőző csírák nyomán támadt betegségekhez áll közel; ide tartoznak a gombás agyhártyalobok és tüdőgyulladások. A szöveti reactio savós, lymphocytaer, plasmasejtes, óriássejtes, esetleg genyes gyulladás, a vérképet fehérvérsejtszaporodás, balratolódás jellemzik. a klinikai kép a lázas, fertőző betegségekre emlékeztet. A különböző gombatörzseket egymástól eltérő és meghatározott kórnemző képesség jellemzi, ami a szervezet ismertetett különböző reactióiban nyilvánul meg és ennek analogiája szerint az állatkísérletekben is kifejezésre jut. A két szélső megnyilatkozás között folyamatosan helyezkednek el az átmenetek.

A belső sarjadzó gombás betegségek serologiai vonatkozásait sokan igyekeztek feltárni, mindezideig használható eredmény nélkül. *A bőr* blastomycosis serologiájában úttörő munkát végzett *Neuber* Ede. Kidolgozta a complementkötési eljárást. Ugyancsak ő mutatott rá a i. c. vaccinatio kórisméző, a s. c. vaccinatio gyógyító jelentőségére. Ismertetendő eseteinkben mindkettőnek kitünő hasznát vettük. Hálás köszönetet nyilvánítunk Neuber Ede professor urnak, aki eseteink feldolgozásában értékes tanácsokkal látott el bennünket.

Még néhány szót kivánunk szólni a beteg ember váladékaiban előforduló sarjadzó gomba festési, tenyésztési viszonyairól és a vele végzett állatoltásról. A sarjadzó gomba methylenkékkel, carbolfuchsinnal, Gram és Ziel-Nielsen szerint egyaránt jól, szemléltetően festhető. A fehérvérsejt maglebenye nagyságú gombák kerek, ovalis alakuak, kettős konturjuk van sok köztük a vacuolás és sarjadzó alak. (Az oidium albicans sejtjeit fonalak hálózzák be.) Tenyésztésére folyékony (peptonmaltosebouillon) és szilárd (agar, gelatina, burgonya, glykose-maltoseagar) táptalaj egyaránt alkalmas, főleg ha cukortartalmú. A folyékony táptalaj alján fonalascafatos zavarosodást okoz. Szilárd talajon fehéres szürke, fénylő, kerek, fillérnyi, kevéssé a felszin fölé emelkedő telepeket képez.

A sarjadzó gombák állatpathogenitását számos kísérleti állattal szemben vizsgálták. Mindössze a patkány mutatkozott érzékenynek. Az oltás helyén tumor támad, az egyéb szöveti elváltozások hű másai a betegéinek, akiből a sarjadzó gomba oltatott.

Saját eseteinket közlésre érdemesnek tartjuk, mert a kórismézés előtt történt, mindkettő fajlagos kezeléssel meggyógyult, végül az egyik eset allergiás betegség formájában jelentkezett és mint ilyen, különleges helyet foglal el az eddig ismeretes blastomycosisok között.

Első esetünk: P. T. 37 éves magántisztviselő. 1938. november 15-én vettük fel a klinikára. Atyja vesebajban halt meg, anyja, öt testvére egészséges. Örökléses betegsége nincs, ilyen a családjában sem fordult elő. Gyermekkori betegségei: pertussis, morbilli, varicella, rubeola. Előző betegségek: 15 éves korában ikterus simplex, 32 éves kora óta lépnagyobbodás(?). Gyakori tályogos mandulagyulladás miatt 35 éves korában mandulakiirtás. 1938. október közepén betegedett meg. Panaszai: bágyadtság, puffadás, mellkasi szúrás, hőemelkedés. Betegsége első hetében két orvos is megvizsgálja, azonban semmi kórosat nem talál. Október 23-án a klinikán megröntgenezik: a jobb hilus körül 5 pengő nagyságú kerek, homogen, eléggé jól körülhatárolt homály. A kép számunkra problematikus volt, nem azonositható a tüdő elváltozásait érzékeltető közismert typusokkal. A következőkkel számoltunk: gümős beszűrődés, esetleg atypusos korai infiltrátum, gócos tüdőgyulladás, tágan értelmezett tumor. A sarjadzó gomba burjánzás nyomán támadt tüdőbeli röntgenelváltozás képe akkor még nem volt előttünk ismeretes, csupán a betegség későbbi folyamán meggyőző bakteriologiai leletből és a közben más szerzők által közlésre került esetek azonosságából retrospective kórisméztük. A nyolc nap mulva megismételt röntgenfelvételen a perihilaris homály a felismerhetőség határáig megkisebbedett s újabb 10 nap elteltével eredeti nagyságban és megjelenésében bukkant fel. 1939. november 10. körül a beteg állapota hirtelen rosszabbodott: 39.5 C° láz, erős oldalszúrás, köhögés, bő izzadás. November 15-én felvettük a klinikára. Atléta typusu, jó erőben lévő férfi. Bőre sápadt, a nyálkahártyák ép vérteltségűek. A nyelvhát bevont, a nyelvszél és csúcs tiszta. Az idegrendszer ép. Légzéskor a jobb mellkasfél elmarad, ugyanitt hátul a IX. oldalt a VII. bordától lefelé tompulat, légzési kitérés nélkül. A tompulat felett dörzsölés, a jobb lapocka csúcsa körül finom csengő szörcsölés. A szív ép. Pulsusa 100 körül. Vérnyomása 120/65 Hg/mm. Has: léptompulat felső határa a VIII. bordaköz, lefelé a lép alsó polusa $1^1/_2$ harántujjal meghaladja a bordaivet, tömött, sima, nem érzékeny. Egyéb vizsgálatok: Vizelet: fajsúly 1024, vh: savi, a. p. s.: ∅, ubg.: normalis, diazo: ∅ üledék: ∅ vérkép: vvs.: 4.180.000, fvs. 7.900, hgb. 75%, st.: 8%, sg.: 53%, eo.: 2%, ba: 1%, mo: 9%, ly: 27%. Vvs süllyedés: 1 óra alatt 26 mm. Wassermann-, cytochol-, Kahn-r.: negativ. Köpet: napi néhány ccm. genyes, nyákos, benne strepto- és staphylococcusok, Koch: ∅, egéroltás negativ. — Typhusra végzett vizsgálatok nemlegesek. Röntgen: a jobb hilusban az eddig megfigyelt helyen kb. 2 pengő nagyságú kerek, homogen, elég jól körvonalozott homály. A jobb rekesz magasabban áll, renyhén mozog, sinusában ujjnyi folyadék. A szív, aorta, mediastinum ép. A felvételt követő 10 napban a közérzet, panaszok változatlanok, a láz 37.5 és 40 C° között intermittál. A mellkasi folyadék növekszik. Próbacsapolás: sárga, kissé zavaros folyadék, Rivalta +++, összesfehérje 5.10%, az üledékben lymphocyták. Valószínűségi kórisménk gócos tüdőgyulladás, mellhártyagyulladás. A kezelés tüneti.

Felvételt követő 10. napon a beteg bőven kezd köpni, napi 40—50 ccm. nyákos, genyes köpetet. *A következetesen vizsgált köpetben következetesen és tömegesen megjelent az élesztő gomba. A már emlitett festékekkel készült praeparátumokat ellepték a kerek, ovalis, kettős konturu, részben sarjadzó, részben vacuolás élesztő sejtek. Oltás cukros agarra: néhány nap mulva gombostűfejnyi, lencsényi szürkés fehér, fénylő, kerek, felület fölé emelkedő gombatelepek tenyésztek.* A vérben és mellhártyaizzadmányban élesztő gombát ismételt vizsgálattal sem találtunk, viszont a vizeletből egyízben kifesthető volt, táptalajon azonban

nem fogant meg. Igyekeztünk serologiai eljárással is támogatni a fajlagosságot; a Neuber-féle complementkötési és az agglutinatiós próbák nemlegesek voltak. A köpetből tenyésztett élesztősejtekből vaccinát készítettünk (1 ccm-ben 100×10^6 csira) és ebből $^1/_{10}$ ccm-t oltottunk bőr közé. 46 óra alatt egy-pengőnyi, kerek, haragospiros, a felszin fölé emelkedő beszürődés támadt, mely 8 napon túl lelohadt és eltünt. A physiologiás NaCl-dal végzett és a vaccinával egészségeseken megejtett bőrpróbák nemlegesek voltak. A beteg további sorsa következőleg alakult: az élesztősejtek megjelenése után négy nehéz hét következett. Az intermittáló lázgörbe emelkedett, tünetei: az oldalszögezés, köhögés, rossz közérzet fokozódtak, a keringés megromlott, az izzadmány megszaporodott annyira, hogy kétizben csapolást kellett megejteni, 1—1½ liter folyadék lebocsátásával. A vérsüllyedés 44, illetve 49 mm-es értékeket ért-el. A köpet mennyisége, minősége nem változott, az élesztő sejteket tömegével ürítette. Nagymennyiségű jódot (10% NaJ; napi 5 x egy evőkanál + 10 cmm. i. v.) adtunk és röntgennel kétszer (a: 300 r) megsugároztuk. Mindez eredménytelen maradt. December 20-án autovaccina kezelésre határoztuk el magunkat. 1 ccm-ben 100×10^6 csirát tartalmazó (köpetből készült) vaccinából másodnaponként oltottunk bőr alá; $^1/_{10}$ ccm-rel kezdtük és esetenként $^1/_{10}$ ccm-rel emelkedtünk. A vaccinatióval párhuzamosan a beteg állapota fokozatosan javult. Mellhártya izzadmánya, láza, pulsus száma, köhögése, köpetmennyisége egyre csökkent, vérképében eosinophil sejtek jelentek meg, az élesztőgombák köpetéből mindinkább fogytak, végre eltüntek. A tizedik vaccinatio után tünetmentes volt. Azóta egy esztendő telt el, egészséges és munkaképes. Gyógyulása óta többizben ellenőriztük, mellkasi röntgenfelvételéről a jobb oldal peripheriás homálya eltünt, a mellhártya izzadmány helyét mindössze mérsékelt összenövés mutatja. Betegünknél a szervezet ellenálló erejét gyengítő, a gombás fertőzést előkészítő tényezőt (amint azt más esetekben is leírták) a gyakran visszatérő, tályogos mandulagyulladásban véljük felfedezni. A fertőzés belégzés útján történt. A problemás röntgenkép egyike, a mindezideig még pontosan meg nem határozott és csupán rectospective kórismézett „blastomykosis tumoroknak". *Ugy véljük, hogy a köpetből következetesen kifesthető és tenyészthető élesztő sejtek, a megfogant bőrközi oltás, az eredményes autovaccinatio, végül a már közölt esetekkel fennálló analogia feljogosit a tüdőblastomykosis kórismézésére.*

Másik esetünk: T. G. 54 éves szerkesztő, apja hörgi asthmában szenvedett. Gyermekkori betegségei: szamárköhögés, bárányhimlő, egy hónapig tartó sárgaság. 40 éves korán túl évekig makacs csalánkiütés kinozta, közben asthmás rohamai és Quinke-oedémái voltak. Betegsége, amiért 1939. október 23-án a klinikát felkereste, ugyanez év szeptember elején kezdődött: 8—12 napos időközökben ismétlődő, a gyomor és a májtájon jelentkező heves, néhány órás, 38°-ig terjedő láztól kisért görcsös fájdalom, ezt követő 18—24 óra mulva egy-másfél napig tartó enyhe sárgaság, sötét vizelet, világos széklet. Mindez 48 órán túl a teljes egészségnek és munkaképességnek adja át helyét, hogy 8—12 nap múlva stereotyp módon megismétlődjék.

Vizsgálatunk a következően alakult: Jó erőben lévő férfi, bőre, nyálkahártyája közepesen vértelt, sárgasága nincs. Idegrendszere ,tüdője ép. Keringési szervei: tompább szivhangok, a kéthegyü billentyü felett megnyult, systolés hang, pulsusa percenként 90, vérnyomása: 135/80 Hg/mm. ekg.: sinus rhythmus, intraventricularis vezetési zavar, Tawara szár-block (Roberts—Wilson-typus). Hasa zsiros falú, kissé lelógó, májának jobb lebenye mély belégzéskor tapintható, sima felszinű, nem fájdalmas. Lépe a IX—XI. bordaközben, nem tapintható. Vizelete: fs. 1610, vh: savi, a. p. s.: ∅ ugb., bilirubin: ∅ üledék: ∅, vérkép: vvs.: 4.380.000, fvs.: 16.800, st.: 2%, sg.: 33%, eo.: 32%(!), ba.: 1%, ly.: 31%, mo.: 1%. Vérsüllyedés 20 mm 1 óra alatt. Serum bilirubin 0.75 mg% (indirekt). Takata: negativ. Vércholesterin: 130 mgr%. Vércukor: 120 mgr%, Fractionalt alkoholos pr. r. normacid, nem nyákos. Mellkas, gyomorbél-röntgen: ép viszonyok. Cholecystographia: epehólyag halványan telődik, kőárnyék nem látható. Tekintettel az eosinophliára, echinococcus complement kötési reactio és bőrpóra: ismételten negativ. Széklet petevizsgálat: nemleges eredmény.

Duodenum szondázás: A epe: bilirubin 2 mgr%, B epe: bilirubin 10 mgr%. *Az epeüledékben kerek, ovalis, kettős kontúrú, vacuolás, sarjadzó élesztősejtek, melyek agaron tenyésztése megfogant, gombostüfej-lencsényi, kerek, fehéres szürke, kissé a felület fölé emelkedő telepek keletkeztek, belőlük typusos élesztősejtek voltak kifesthetők.*

Az epeüledék élesztősejtes leletét szennyeződésnek véltük és elhanyagoltuk. A beteg csaknem egy hetet töltött a klinikán, tünetmentes volt, „olyan jól érezte magát, mint már régen". 1939. október 28-án elbocsátottuk azzal, hogy ha rohama ismétlődnék, jelentkezzen. Két nap telt el, október 30-án: bizonytalan nyomásérzés a gyomor és májtájon, mely néhány óra mulva heves görcsös fájdalomba váltott át, 37.9 C° hőemelkedés, kezdődő sárgaság. Október 31-én másodizben kereste fel a klinikát. Előző állapotától eltérés mutatkozott: bőre, szemefehérje, nyálkahártyája sárgás árnyalatú, hőmérséke: 38 C°. A spontan görcsösen fájdalmas gyomortáj és a jobb bordaiv alja nyomásra rendkivül érzékeny. Vizeletében: ubg: +++, bilirubin nyomokban. Széklete nem acholiás. Se.: bilirubin 2.5 mg% (indirect). Vvs.: resistentia: 0.44—0.32. (Klinikai standard érték: 0.46—0.30.) Vérkép: vvs.: 4.200.000 fvs.: 10.000 st. 7%, sg.: 60%, eo.: 16%(!) ba.: 1%, ly.: 15%, mo.: 1%. Második nap sárgasága fokozódik, vizelet ugb.: ∅, bilirubin +++, széklet: sublimat pr. negativ. Eosinophilián kivül az allergiás állapot egyéb ismérveit is magán viselte: vércholesterin 233 mgr%, vércukor 80 mg%, vizavidítás fokozódott (0.10 ccm phys. NaCl old. i. c., 10' mulva felszivódott). Comlement titer: 0.06. Duodenum sondázás három órás próbálgatás után sem sikerült, epe nem ürült; 24 óra múlva az elzáródás oldódott, duodenum sondázással haragos zöld szinü epét nyertünk. Ezzel párhuzamosan a közérzet javult, a fájdalom, láz megszünt, az ikterus csökkent.

A haragos zöld szinü epe, valamint a későbbi már sárgás barna epe üledékében következetesen megjelent az élesztő gomba és táptalajra oltva kitenyészett. Az ellenőrző sondázásokat a legszigorúbb körültekintéssel végeztük, a reflex kiváltásához szükséges $MgSO_4$-ot kifőztük és a klinikán egyidőben sondázással nyert más epeüledékeket élesztő gombára megvizsgáltuk; az eredmény nem változott. *Betegünk epeüledékében következetesen tömegével fordult elő az élesztősejt, egyéb betegekében viszont nem volt fellelhető.*

Az élesztőgomba telepekből vaccina készült (1 ccm-ben 140×10^6 csira). A vaccina 0.10 ccm-vel töményen és 10^6-szoros higitásig i. c. végzett valamennyi bőrpróba megfogant: 48 órán belül pengőnyi, kerek, vörös, felület fölé emelkedő beszűrődés. A betegen phys. NaCl oldattal és az egészségeseken vaccinával megejtett ellenőrző oltások nemlegesek voltak. Gyógyító célból vaccinatióra határoztuk el magunkat. A s. c. oltást 0.10 ccm-rel kezdtük és harmadnaponként 0.10 ccm-rel emelkedtünk. 0.5 ccm vaccina hatására következetesen helyi, általános és gócreactio következett be, ezért az adagot 0.5 ccm fölé nem emeltük. A 0.5 ccm oltását követő 24 órán belül az oltás helyén halvány piros beszürődés támadt, a hőmérséklet 0.5—0.8 C°-kal növekedett, a májtájon görcsös fájdalom jelentkezett; mindezt húzó tagfájás, bágyadtság és étvágytalanság kísérte. A tünetek 24—36 óra alatt lezajlottak. A beteg (1939. november 15-én hagyta el a klinikát) 1939 december közepéig 12 autovaccinaoltásban részesült. Már a kezelés közben sem jelentkeztek peri-

odikus rohamai, a kezelés befejezése óta pedig teljesen tünetmenetes és munkabíró.

1940. III. 28-án ellenőrző klinikai vizsgálat: epeüledékben blastomyceta festéssel és tenyésztéssel nem mutatható ki. Vérkép: fvs.: 9.800, st.: 2%, sg.: 64%, eo.: 9%, ba.: 0%. ly.: 23%, mo.: 2%. A vaccinatio befejezése óta egészségesnek érzi magát és munkabíró.

Második betegünk élete utolsó 14 esztendejében az öröklött, allergiás alkat részben egyszerre jelentkező, részben egymást váltó allergiás betegségekben (asthma, urticaria, Quinche oedema) jutott kifejezésre. Megítélésünk szerint ez az elhuzódó sokirányú tulérzékenység rontotta meg szervezetének védőberendezését és készítette elő a talajt a mindenütt jelenlévő, közönségesen nem betegség okozó élesztő gomba kórnemző hatásának kifejtésére. Általunk kórismézett betegsége (cholangitis) ugyancsak allergiás jellegű volt. Ezt bizonyítják a periodikus, rohamszerű lefolyás, a rohamok közé iktatott tünettelen szakaszok, továbbá az allergiás állapot hiánytalanul megállapított ismérve: eosinophilia, roham alatt megszaporodott vércholesterin, alacsony vércukor, a megkisebbedett complement titer és a fokozott vizavidítás. *Az élesztő gomba kórokozó antigenitását ugyancsak bizonyítottnak fogadjuk el. Az epe üledékében a legszigorúbb óvatossági rendszabályok mellett is következetesen előfordult, egyéb kórokozó csirák jelenléte nélkül, onnan következetesen kitenyészett, a vele készített vaccinával végzett i. c. oltás typusos reactiót eredményezett, a gyógyító vaccinatio teljes sikert hozott.* Tudomásunk szerint esetünk eddig az egyetlen élesztő gomba okozta olyan betegség, mely allergiás formát öltött.

Blastomykosis eseteinket érdemesnek véltük közölni, mivel *véleményünk szerint jóval több sarjadzó gombás betegség fordul elő, mint amennyire a gyanú ráterelődik.* A klinikai és bakteriologiai szempontból bizonytalan és nem meggyőző esetekben számoljunk a sarjadzó gombás betegség lehetőségével.

Összefoglalás: Két belgyógyászi vonatkozású blastomykosis esetet, tüdő és epeút-blastomykosist észleltünk. Az utóbbi allergiás formában jelentkezett, ezáltal megkülönböztetett helyet foglal el, mint egyetlen észlelés, a nem nagyszámú ismertetett blastomykosisok között. Kórisménket igazolta a betegek váladékában (köpet, epe) következetesen és tömegesen előforduló, festéssel és tenyésztéssel érzékeltethető élesztő gomba, a belőle készült vaccinával megejtett i. c. oltás *csak* a betegeken megfogamzása a therapiás nagyobb adagra bekövetkező reactio és *ex juvantibus* az autovaccinatio gyógyító hatása.

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. női klinikájának közleménye. (Igazgató: Frigyesi József ny. r. tanár.)

Első terhesség és szülés lefolyása 40 éves, illetve idősebb korban.

Irta: *Ottó József dr.*, klinikai tanársegéd.

Régi megfigyelés, hogy idős előszörszülőknél a szüléssel kapcsolatos szövődmények legnagyobb része gyakrabban fordul elő, mint fiatal primiparáknál.

Csupán kevesen vannak más véleményen. Ezek közül elsősorban *Freyt, Maedert* és *Mangiagallit* kell megemlíteni. Szerintük súlyosabb prognosist idősebb korban csak olyan esetekben észlelni, amikor szűkmedencével is állunk szemben. A szűkmedence pedig egyes szakemberek megfigyelése szerint gyakrabban fordul elő idős, mint fiatal előszörszülőknél. *Mangiagalli* ezt az álláspontot azzal indokolja, hogy a rosszalkatú nő nem sexualis objectum.

Ugyancsak a gyakoribb szűkmedencével indokolják az idős először szülőnők szüléseinek több szövődményét *Meyenberger* és *Meurer jr.* Utóbbi szerint csupán a magzat nagyobb veszélyezettségével kell számolnunk.

Mras idős primiparák szülésének kórjóslatát csak szervi betegségben — főleg szívbajban — szenvedőknél tartja rossznak. *Khreninger — Guggenberger* és *Leutenmayer* ugyancsak szívbajjal és szűkmedencével magyarázzák az idős előszörszülőnőknél tapasztalt több szövődményt.

Számos szakember az életkor mellett a constitutiónak és infantilismusnak tulajdonít fontos szerepet a szülés könnyű, illetve nehéz voltát illetőleg. L. *Mayer* a szülőnőket két csoportba osztja. 1. kiknek csak idősebb korban adatott meg a teherbe jutás lehetősége — ezek megfigyelése szerint könnyen szülnek —, 2. Kik a conceptio lehetősége ellenére éveken át meddők maradtak, (első menstruatio késői jelentkezése, infantilismus), szerinte nehezen szülnek.

Scherbah főleg olyan idős előszörszülőnőknél látott nehéz szülést, kiknek nagy vaskos portiója és szük, pont-szerű méhszája volt. Ezek megfigyelése szerint gyakrabban infantilis, gracilis lények, ritkábban magas, férfias termetű nők voltak.

Miller, Stern a nemző szervek, főleg a méh daganatos elváltozásaival, különösen az állítólag idős előszörszülőnőknél gyakrabban előforduló különböző nagyságú és elhelyezkedésű myomákkal magyarázzák a több rendellenességet.

Viszont *Redenz* és *Salacz* a most említettekkel szemben azon a véleményen van, hogy az idős előszörszülőnők műtéti gyakorisága az első menstruatiótól független, de nem lehet a szülés kórjóslatára következtetést vonni a házasságkötés és szülés között eltelt időből sem.

A legtöbben a lágyrészek merevebb voltának tulajdonítanak nagy jelentőséget. Ezt a véleményt támasztják alá *Beneke, Aschner, Brugsch* vizsgálatai. Eszerint a rugalmas rostok megkevesebbednek a szövetekben és ezek helyébe kötőszöveti szaporodás lép. A contractilis elemeknek ez a megváltozása a nemzőszervekben már a 25—30. életévtől észlelhető. M. *Mayer* a méhizomzat hibás fejlődésében keresi az okot. A következmények fájásgyengeség, a tágulás elhuzódása, a szülés stagnálása, a magzat asphyxiája ,a lepény leválásával kapcsolatos zavarok, stb. Ebből következik, hogy mind az anya, mind a magzat gyakrabban kerül veszélybe, úgy szintén, hogy emiatt sokkal gyakrabban vagyunk kénytelenek a szülést műtéttel befejezni, mint fiatal előszörszülőnőknél.

Bizonyos viszont, hogy a szövődmények egy részét (pl. az albuminuriák, toxicosisok nagyobb számát) ezekkel a feltevésekkel sem tudjuk megmagyarázni.

Kétségtelen azonban, hogy a legtöbb szakember idős korban az első terhességet és szülést súlyosabb kórjóslatúnak tartja.

Ennek igazolására egy-két adatot említek meg az idevonatkozó munkákból.

Guggisberg szerint idős előszörszülőnőknél 5-ször, egész időseknél 10-szer annyi fogót kell végezni, mint fiatal előszörszülőnőknél.

Heyrovsky észlelése szerint a szövődmények száma az életkorral egyenes arányban nő. Nevezetesen míg 31—34 év közötti szülőnőknél 10.8%-ban volt műtétre szükség, addig 41—45 év közötti előszörszülőnőknél 80%-ban kellett a szülést műtéttel befejezni.

Khreninger, Guggenberger és *Leutenmayer* minden 6-ik asszonynál koraszülést észleltek, minden 3-ik asszony műtéttel szült, minden 6-ik asszonynál fogóval

kellett a szülést befejezni és minden 5-ik gyerek elpusztult.

Mikulicz-Radecki azt észlelte, hogy 5 idős először szülőnő közül csak 3 számíthat spontán szülésre, minden 5-nél fogóműtétet kellett végezni és minden 8. gyermek elveszett. Az anyai halálozás tízszer akkora volt anyagában (2.2%), mint fiatal először-szülő-anyák halálozása (0.2%).

Miller a 40 éven felüli először-szülőnőknél csak 40%-ban látott spontán szülést 38%-ban fogóval, 10%-ban pedig császármetszéssel fejezte be a szülést. A magzatok 26%-a halva született.

Nixon anyagában a magzati halálozás fiatal szülőnőknél 1.9%, 40 éven felüli primiparáknál 17%.

Salacz statistikájában császármetszést 19.48%-ban (átlagos körülmények között 0.9%-ban) kellett végezni.

Vevinny pedig a 40 éven felüli először szülőnőknél 5-ször olyan nagy anyai és magzati halálozást észlelt, mint fiatal korban.

Kérdés már most, hogy kiket tartsunk tulajdonképen idős először-szülőnőknek? Kb. 2 évtizeddel ezelőtt a 28. életévüket betöltötteket már azoknak tartották. Ma a vélemények sokkal eltérőbbek. A sport és a modern hygiene lényegesen megváltoztatta korunk embertypusait. Az öregedési határidő erősen kitolódott. Ez a szülőnőkre is vonatkozik. Ma —a nehéz gazdasági helyzet folytán — a szülőnők nagyrésze olyan korban mehet csak férjhez, jut teherbe és szül, — amit nemrégen még idős primiparának tartottak. De szerepet játszanak az etnographiai és geographiai szempontok is.

E közleményben a budapesti egyetemi I. sz. szülészeti klinika 16 éves anyaga alapján a 40 éves és ennél idősebb először-szülőnők sorsával foglalkozom. Kétségtelen ugyanis, hogy ha idősebb korban teherbe jutó nők szülésénél több szövődményt látunk, akkor ezeknél a 40 éves, ahogy egyesek mondják „legidősebb először-szülőnőknél" — kell a legtöbb complicatióval találkoznunk. De indokolja a velük való behatóbb foglalkozást az a körülmény is, hogy a magzatnak ebben a korban a szülés alatt való elvesztése, sokkal nehezebben pótolható, sőt sokszor pótolhatatlan veszteséget jelent. A mondottakon kivül actualissá teszi a velük foglalkozást az a tény is, hogy az idős először-szülőnők száma a háború utáni idők socialis és gazdasági helyzete folytán állandóan növekedő tendentiát mutat.

A budapesti egyetemi I. sz. szülészeti klinikán 1923-tól 1938-ig bezárólag, 30.351 szülőnő közül 150 volt 40 éves, illetve idősebb, ami 0.5%-nak felel meg. Ebben a számban a vetélés miatt felvett nők nem foglaltatnak bent.

1. táblázat.

Eseteink évek szerinti megoszlása:

1923	1880	6
1924	1893	5
1925	1890	7
1926	1904	7
1927	1762	8
1928	1721	12
1929	1716	8
1930	1706	7
1931	1928	12
1932	2085	11
1933	2043	9
1934	1859	8
1935	2176	9
1936	2024	14
1937	1911	13
1938	1853	14
16 év.	*30.351*	*150 = 0.5%*

Anyagunk alapján is igazolva látjuk azt a megfigyelést, hogy az idős először-szülőnők száma megnőkedett. Nevezetesen, míg a szülések száma a klinikán ezalatt a 16 esztendő alatt lényegileg kb. egyforma maradt, addig a 40 éves, ill. idősebb először-szülőnők száma az utolsó években kb. a kétszeresére emelkedett.

A 150 asszony életkora bemondásaik alapján a következő volt:

2. táblázat.

40 éves	55 asszony
41 „	35 „
42 „	32 „
43 „	16 „
44 „	7 „
45 „	3 „
46 „	2 „

A 40 éves, illetve idősebb először-szülőnők terhességével kapcsolatban két dolog tünt fel: 1. A koraszülések aránylag nagy száma. Nevezetesen a rendes körülmények között a klinika anyagában 4—6%-al szemben, a 150 asszony közül 20-nál (13.24%) következett be koraszülés. (Egy esetben trauma gázolás, váltotta azt ki.) Ez a megfigyelésünk egyezik *Eckhardt, Guggenberger, Kashdan, Szénássy* és mások észleléseivel és eltér *Kuncz* és *Felletár* megfigyelésétől.

2. A második körülmény a terhességi toxicosisoknak a rendesnél lényegesen gyakoribb előfordulása. Nevezetesen a 150 asszony közül 3-nál eklampsiát (2%) (közülük 2 halállal végződő, roham nélküli eklampsia volt) 4-nél praeeklampsiát, 8-nál nephropathiát, 17-nél végtag oedemát és albuminiuriát, 14 esetben albuminuriát, 19 esetben odemát észleltünk. Hogy milyen nagymérvű volt a toxicosisok megszaporodása azt mutatja, hogy a klinika rendes anyagában pl. eklampia 0.63%-ban, eklampsia + praeeklampsia pedig 0.96-ban fordult elő *(Gyulai).*

Ugyanerre a megfigyelésre jutottak *Isbruch, Kashdan, Kleinwächter, Meurer jun., Miller, Mixon, Stern, Puppel.*

Viszont nem észleltek veseváltozást gyakrabban, eklampsiát pedig egyáltalán nem láttak ilyen korú szülőnőknél *Guggenberger, Khreninger, Leutenmeyer,* stb.

Áttérve anyagunkban a szülés lefolyására, azt látjuk, hogy a szülés időtartama nagy ingadozásokat mutatott. Nevezetesen 1 óra 25 perc és 98 óra 30 perc közötti időig tartott, átlagban 20 óra 45 percet tett ki. Ez az időtartam, ha kétségtelenül hosszabb is a fiatal először-szülőnők átlagos időtartamánál, a hasonló korú először-szülőnők irodalmi adatait tekintve — amit az alábbi táblázat mutat — igen kedvezőnek mondható.

A 40 éves, illetve idősebb először-szülőnők átlagos szülési időtartama:

3. táblázat.

Salacz anyagában	22 óra 40 perc
Nixon és *Jaroschka* anyagában . . .	25 „ 30 „
Heyrowsky	
Brochier anyagában	27 „ — „
Voron	
Hollósy „	30 „ 21 „
Essen-Möller „	30 „ 30 „
Nevinny „	32 „ 20 „
I. szülészeti klinika *(Ottó)*	20 „ 45 „

Az egyetemi I. sz. szülészeti klinika aránylag kedvező rövid időtartamának magyarázata, a mai női typus kisportoltabb edzettebb egyéni voltán kivül, hogy különösen az utólsó években gyakrabban végeztük a szülés egyes szakaszainak gyógyszeres kezeléssel való megrövidítését.

Hogy ez a fáradságunk nem volt eredménytelen azt mutatja, hogy sikerült az átlagos szülési időtartamot, ezeknél a 40 éves, ill. idősebb először-szülőknél az utolsó években 18, sőt 11 óra átlagos évi időtartamra lecsökkenteni.

4. táblázat.

Év:	Átlagos szülési idő órákban:
1923	34 óra 46 perc
1924	25 „ 27 „
1925	41 „ 26 „
1926	23 „ 03 „
1927	19 „ 44 „
1928	19 „ 26 „
1929	31 „ 02 „
1930	15 „ 38 „
1931	18 „ 21 „
1932	12 „ 20 „
1933	15 „ — „
1934	15 „ 56 „
1935	19 „ 06 „
1936	17 „ 21 „
1937	13 „ 28 „
1938	10 „ 37 „
A 16 év átlaga:	20 óra 45 perc

Említettem, hogy az idős előszörszülőnők hosszabb ideig tartó szülésének okát keresve a szakemberek nagy része a lágyrészek merevebb voltával indokolt (elsőleges és másodlagos) fájásgyengeségnek tulajdonít nagy jelentőséget. Ezzel részben összefüggőnek vélik az idő előtti és korai burokrepedések feltünő magas számát is pl. *Salacz* szerint korai ill. időelőtti burokrepedés esetén a szülés 5—6 órával, *Daichmann* szerint kb. 7 órával tovább tart.

Ujabban azonban *Burger, Mikulicz—Radecki* vizsgálatai nem erősítik meg azt a feltevést. Kétségtelen azonban, hogy a több időelőtti és korai burokrepedés — ha nem is oly mértékben, mint régebben hitték a fertőzés lehetőségének könnyebb volta miatt, magyarázhatja a szülés alatt, még inkább a gyermekágyban fellépő hőemelkedéseket és lázakat. *Harris* pl. burokrepedés után 6 órával a méhnyakban fertőző csirokat mutatott ki. *Sztehlo* szerint pedig fiatal előszörszülőnőnél (30 év talatt) 1.3%-ban, idős I. paránál (30 év felett) 3.8%-ban jelentkezett láz a szülés alatt. Befolyással lehet a régen elfolyt magzatvíz, esetleg már jelentkezett hőemelkedés, még inkább a fájásgyengeség, műtéti javalatok felállítására, a végzett műtét gyógyulási hajlamára és súlyosan eshet latba a sokszor szintén fájásgyengeséggel magyarázható lepény-leválás zavarainál.

Anyagunkban 41 esetben észleltünk elsődleges, és másodlagos fájásgyengeséget (27.3%). Küzülük 30 esetben a fájás gyengeség műtéti indicatio volt, vagy legalább is azok között szerepelt.

Az irodalmi adatokat nézve az alábbi %-ban észleltek az egyes szakemberek fájásgyengeséget 40 éves ill. idősebb először szülőnőknél:

5. táblázat.

Mras	27%-ban	
Felletár	34% „	
Nevinny az esetek több, mint	1/3-á „	
Salacz	41.6% „	
Ahlfeld	48% „	
Heyrowsky	58% „	
Jaroschka	60% „	*) I. Parákon csak 8%-ban látott fájásgyengeséget.
*Jaroschka**)	60% „	
I. női klinik *Ottó*	27.3% „	

Viszont a korai, ill. időelőtti burokrepedésre vonatkozóan a következő arányszámokat olvashatjuk:

6. táblázat.

Guggenberger	
Khreninger	27.9%-ban
Leutenmayer	
Kuncz	37.5% „
Puppel	50.0% „
Salacz	53.2% „
Nevinny	65.8% „
Mras	66.0% „
I. női klinika *Ottó*	48.6% „

Eseteink tehát megerősítik azokat a megfigyeléseket, hogy az időelőtti, ill. korai burokrepedés (anyagunkban 73 eset) nem mindig jár együtt fájásgyengeséggel (anyagunkban 41 eset). Kétségtelen az is, hogy a fájásgyengeség több esetben fájáserősítő gyógyszerekkel befolyásolható volt.

A magzat beigazodási ill. fekvési rendellenességeire térve át, *Jaroschka* szerint csak medencevégű fekvés fordul elő valamivel nagyobb számban, a többi nem. Ezzel szemben *Aschenborn* 4.45%-ban *Kashdan* 7.8%-ban, *Kohnstein*, 7.8%-ban *Nixon* 3-szor olyan gyakran észlelet rendellenes fekvést mint fiatal I. paráknál.

A legtöbb szakember a szerintük gyakoribb medencevégű fekvést említi meg dolgozatában. Igy *Kashdan* 4.6%-ban, *Ahlfeld* 5%-ban, *Heyrowsky* 5.3%-ban (rendes anyagában 4.67%) *Mikulicz—Radecki* 7.1%-ban (ugyan ő fiatal szülőnőknél 5.4%-ban), *Kalinowszky* 8.4%-ban, *Reissmann* 8.33%-ban (rendes anyagában 3.11%-ban és *Felletár* kétszer olyan gyakran, láttak medencevégű fekvést 40 éves előszörszülőnőknél, mint az első alkalommal rendes szülőknél.

A mi 150 esetünkben 19 fekvési rendellenességet észleltünk, (12.6%), melyek a következőkép oszlottak meg:

7. táblázat.

Fejtető tartás	Mély hátrantállás	Hátsó kop. tartás	Homlok-tartás	Magas egyenes állás	Medencevégű fekvés	Labtartás
2	1	3	1	2	9	1

Ezen szülések lefolyásáról és a velük kapcsolatos tapasztalatokról a kórjóslatot tárgyaló részben fogok foglalkozni.

A 150 asszony közül 1 szült csak ikreket. Azzal a kérdéssel kapcsolatban tehát, hogy ikerszülés gyakrabban fordul-e elő ebben a korban, állást nem foglalhatunk. Ismerve az ikerszülés okait, ez nem is valószínű. Esetünkben a két magzat farfekvésben helyezkedett el és jött a világra.

Anyagunkban 62 asszony szülését (41.33% műtéttel kellett befejezni, mig 88-nál (58.66%) spontán folyt az le.

Ez az eredmény a műtéti frequentiára vonatkozó irodalmi adatoknak, mint alább látható, a legkisebbjei közé tartozik, hasonlóan az egyet. II. sz. szülészeti klinika *(Salacz)* adataihoz. Ez jellemző bizonyítéka a magyar szülészet conservativ irányának.

8. táblázat.

	spontán szült:	műtéttel:
Jaroschka anyagában	62.5%	37.5%
Salacz „	59.8 „	40.2 „
Meyenberger „	54.8 „	45.2 „
Miller „	40.0 „	60.0 „
Felletár „	42.5 „	57.2 „
Kuncz „	31.2 „	68.8 „
Daichmann „	25.1 „	74.9 „
Heyrowsky „	20.0 „	80.0 „
I. női klinika „	58.66%	41.33%

Nagyobbnak fogjuk találni ezeket az adatokat, ha tudjuk, hogy pl. *Zweifel* fiatal először szülőknél 8.6%, *Jaroschka* 17 éves kor alatt 4%, 17—27 év között 23% és 39 év felett 37.5% műtéti frequentiáról számol be. Még szembetünőbbek *Heyrowsky* adatai. Nevezetesen *Lipmann* prof. intézetében 31—34 év között 10.8%-ban, 35—40 év között 37%-ban és 41—45 év között 80%-ban műtéttel fejezték be a szülést.

Eseteinknél a szülés befejezése végett végzett műtétek a következőkép oszlottak meg:

9. táblázat.

Császármetszés	Fogó - műtét: Bemeneti	Fogó - műtét: Üregi-	Fogó - műtét: Kimeneti-	Perforatio:	Extractio farlekvés miatt:
8	2	23	15	8	6

Császármetszést tehát 8 esetben = 5.33%-ban végeztünk, szemben a válogatás nélküli anyagunk császármetszéses arányszámával = 2—2.5%.

A császármetszés végzésére vonatkozólag a vélemények eltérők: Az egyik csoportba tortozók a magzat érdekében, különösen medencevégű fekvés, szükebb medence és a szülés megindulásakor még mozgó előlfekvő rész esetén — kiterjesztendőnek vélik a császármetszést. Természetes, hogy ezek anyagában a császármetszések nagy arányszámmal szerepelnek. Ebbe a csoportba tartoznak: *Felletár*, ki ebben a korban 6.3%-ban végzett császármetszást, mig különben csak 0.9%-ban, *Meyenberger*, ki eseteinek 37.8%-át császármetszéssel oldotta meg, *Salacz*, ki 19.48% császármetszésről számol be, a rendes körülmények között végzett 0.9%-al szemben. *Heyrowsky, Kuncz, Isbruch, Mayer, Mikulicz—Radecki, Miller, Redenz, Reismann, Kriss.*

A második csoportba tartozók ellene vannak a sectio caesarea kiterjesztésének, mivel megfigyeléseik szerint ennek a műtétnek ebben a korban, főleg az érrendszerrel kapcsolatos szövődmények miatt, rosszak az eredményei. Ezt az álláspontot vallják: *Khreninger, Guggenberger, Leutenmayer*, kinek 5 anyai halálozása között 4 császármetszés után következett be, továbbá *Nevinny*, ugyszintén *Weinbruch*, ki szerint ennek a műtétnek ebben a korban 50% halálozása van.

A mi 8 esetünket a következő javalatok alapján végeztük: 2 esetben szük-medence (1-szer tulhordással kombinálva), 1 tökéletlenül kettőzött lábtartás és tulhordás, 1 positio occipitalis pubica, 1 eklampsia, 1 stenosis ostii venosi sinistri és fájásgyengeség, 1 szülési akadályt képező cervicalis myom-góc (ebben az esetben a méhnek Chrobak szerint való supravaginalis amputatiojával együtt végeztük a császármetszést), végül 1 tulhordás, fájásgyengeség, téraránytalanság, tbc.- miatt.

Közülük egy anyát vesztettünk el (részletesen lásd az anyai halálozásnál), valamennyi magzat élve került a világra és hagyta el a klinikát.

A fájásgyengeség gyakoribb volta, az anyai szervezet könnyebb és gyorsabb kifáradása, a lágyszülő-utak merevebb volta, rosszabb tágulékonysága magyarázza mind az anya, mind a magzat érdekében végzett fogóműtétek magas frequentiáját. *Frey*-től eltekintve, ki egyedül számol be mindössze 1.6% fogóműtétről, idős előszörszülőnők esetében, többek között a következő adatokat találjuk az irodalomban 40 éves szülőnőkkel kapcsolatban.

Fogóműtétek gyakorisága:

10. táblázat.

Szerző:	40 éves ill. idősebb elszőr-szülőnők	fiatalabb szülőnők	%
Salacz)*	16.88		21.4
Felletár)*	21.2		2.21
Will	25.0	30—39 év	18.66
Lossel	33.5		—.—
Heyrowsky	33.8	31—34 év	4.0
Essen-Möller	34.4		—.—
Miller	38.0		—.—
Kuncz	43.7		—.—
*Ottó**)*	26.6		—.—

*) II. szülészeti klinika.
**) I. szülészeti klinika.

A fogóműtétek javallatai eseteinkben a következők voltak:

11. táblázat.

Fájásgyengeség (1-szer nephropathiával comb.)	10 eset
Szívhang-zavar (1-szer hátsó koponyatartással)	9 „
Elhúzódó kitolás + szívhangzavar (2-szer hátsó koponyatartás)	7 „
Elhúzódó kitolás (1-szer fejtető tartással)	7 „
Fájásgyengeség + elhúzódó kitolás (1-szer mély harántállás, 1-szer fejtető tartással, 1-szer magas egyenes állással	6 „
Praeeklampsia	2 „

Mint látjuk tehát a fogó javallatai közt a fájásgyengeség és ennek következményekép fellépő elhuzodó szülés, magzati asphyxia jelei, beigazodási rendellenesség voltak a leggyakoribb okok, de az anyai szervezet fokozottabb támadottságára mutat a 2 praeklampsiás és 1 nephropathiás indicatio is.

A perforatiót minden esetben halott magzatnál végeztük, az egyik közülük hydrokephalus volt.

Nem volna teljes a műtétekről szóló beszámolóm, ha nem emlékeznék meg a lágyrész-sérülésekről. A lágyrészek merevebb volta, rosszabb tágulékonysága, ebben a korban közismert. Eseteink is ezt mutatják. Nevezetesen 9 esetben méhszáj tágításra volt szükség, amit 5 esetben ballonnal, 4 esetben méhszáj-bemetszéssel oldottunk meg. Két további esetben pedig eliátást igénylő cervix-repedés történt. Episiotomiát 83 asszonynál végeztünk és további 38-nál következett még be olyan hüvely-gát-clitoris-, ill. szeméremsérülés, amit varrással kellett egyesíteni. Összesen tehát 121 asszonynál volt a külső genitaliák, illetve hüvely varrására szükség, ami azt jelenti, hogy (leszámítva a 8 császármetszéssel szült nőt) 21 asszonynál nem történt lágyrész sérülés.

Rátérve a placentaris szak tapasztalataira, meg kell említenem, hogy a szakemberek egyrésze szerint a szülés III. időszaka is elhuzódik a vérveszteség nagyobb, és többször van beavatkozásra szükség. *(Lackner, Mikulcz—Radecki, Nixon, Puppel, Sztehlo* stb.) Viszont nem észleltek eltérést a placentaris szak lefolyásával kapcsolatban *Heyrovsky, Reissmann, Salacz.* Ha a mi eseteinket nézzük azt látjuk, hogy a placentaris szak átlagideje 22½ perc volt, az átlag vérveszteség pedig 221 gr-ra tehető. Első hallásra tehát azt mondhatnók, hogy mind az idő, mind a vérveszteség valamivel nagyobb a fiatal előszörszülőnők hasonló átlagértékeinél. Ha azonban tekintetbe vesszük, hogy a császármetszéseknél még ma sem, a többi műtétes szülésnél pedig a régebbi években a vérveszteséget nem mértük, úgy természetes, hogy a fenti — vérveszteségre vonatkozó érték, — magasabbra tehető. Megemlítem továbbá, hogy 8 esetben volt a lemérhető vérveszteség 600 gr-nál több és 10-szer a placenta leválasztására, ill. cotyledo retentio miatt, méhüreg letapintásra került a sor. Mindezeket figyelembe véve, azt kell mondanom, hogy azok a szövődmények, melyek már a terhesség alatt kisebb mértékben a tágulás, ill. kitólás alatt pedig gyakrabban voltak észlelhetők, mint fiatal előszörszülőnőknél, a placentaris szakban is több komplikatióra vezettek.

Mindaz amit idáig elmondottam, (fájásgyengeség, elhuzodó-szülés, a gyakori időelőtti, burokrepedés, gyakoribb hibás beigazodás, az ezek által indokolt több belső vizsgálat és műtét, úgyszintén a placentaris szak zavarai is) érthetővé teszik, hogy a gyermekágyban nagyobb az anyai morbiditás, mint a fiatal előszörszülőnőknél. Ezt a megfigyelést szürték le tapasztalataik alapján többek között *Guggisberg*, ki szerint a gyermekágyi morbiditás a korral nő, *Heyrowsky, Hollóssy, Jaroschka* (3-szor annyi morbiditást látott, mint fiatal előszörszülőnőknél) *Kashdan, Maxwell Amos, Mikulicz*

—*Radecki*, utóbbi csak 44%-ban látott láztalan gyermekágyat, *Salacz*, sőt *Frey* is, ki különben mint ismeretes, azt az álláspontot képviseli, hogy idős I. parák szülése csak szüdmedence esetén jár több szövődménynyel. A többséggel ellentében *Zalokár*, a gyermekágyban nem észlelt több szövődményt, mint fiatalkorú elöszörszülőnőknél.

A mi eseteinken az átlagos idő, amit a 40 éves, ill. idősebb elöszörszülőnők, mint gyermekágyasok a klinikán töltöttek 12.5 nap volt. 71 asszonyon normálisan folyt le a gyermekágy, azaz 10 napon belül távoztak. 40-nél hosszabb ápolásra volt szükség, 27 gyermekágyas 3-nál kevesebbszer, 8 asszony 3-nál többször volt lázas. (Két anyánál a láznak extragenitalis oka volt.) Két asszonyt a gyermekágyban elvesztettünk. (Részletesen lásd az anyai halálozásnál.) Feltünő sokszor észleltünk a gyermekágyban, mintegy a szülés alatti fájásgyengeség folytatásaképen subinvolutiót. Thrombosis, embolia nem fordult elő anyagunkban. Varratszétválást 25 esetben (16.6%) észleltünk.

Anyagunkban 79 fiúra 72 leány ujszülött esett, ami 109:100 felel meg. Ez az észlelésünk tehát nem támasztja alá *Hofacher, Sadler* theoriáját, mely szerint sokkal több fiú születik, mint leány, hanem kb. fedi a normalis értéket (106 fiúra 100 leány). A magzatok átlag súlyát illetőleg eltérést nem láttunk.

Anyai halálozásunk 4 eset (2.67%) volt. Az irodalomban a hasonló korú szülőnők halálozására vonatkozóan a következő adatok olvashatók:

12. táblázat.

Nevinny	(39 eset)	2.56%
Salacz	(77 „)	2.6 „
Reismann		3.04 „
Khreninger		
Guggenberger	(151 „)	3.3 „
Leutenmayer		
Nixon	(100 „)	4.0 „

Eseteink közül 2 a szülés alatt, 2 pedig a gyermekágy V. ill. VI. napján halt meg.

A 4 eset rövid leírása a következő:

1. *Cs. P.*-né, 42 éves, 5 éve férjnél. Felvételkor ca. 2 hetes tulhordás, megindult szülés, jól fejlett magzat, II. kt-ben. Alszárak kissé oedemásak, vizeletben fehérje nyomokban. Medence normalis. I.—II. fájásgyengeség. 2½ napi vajudás után az aszonyt kirázta a hideg, H.: 38.7, É: 120. 5 órával később hirtelen cyanotikus, majd eszméletlen lett, a magzat szívhangjai kimaradtak. Cardiotonikumokat adunk, bv.-t végzünk: 3 ujjnyi méhszáj, álló burok, fej a bemenetre nyomva, kimozdítható, nyilvarrat a harántban, kiskutacs jobbra. A halott magzatot azonnal perforáljuk és extraháljuk. Majd az asszony állapota miatt (alig tapintható pulzus, felületes dispnoes légzés), a placentát is rögtön leválasztjuk. Közben az asszony exitált. A magzat súlya: 3850 gr, neme fiú. Sectio: roham nélküli eklampsiát mutatott.

2. *K. E.*-né, 42 éves, 6 éve férjnél. Kórelőzményben tbc. pulmonum, felvétel *előtt 1 héttel influenza*. — Kb. 2 hetes tulhordás miatt fájás nélkül vesszük fel. Külső vizsgálat: nagy magzat I. kt.-ben, fej bemenet felett mozog. Részint a kórelőzmény miatt, részint, mert dispnoës, belgyógyásszal konsultáljuk: kétoldali tüdőfolyamat, a dispnoët a régi ezzel kapcsolatos összenövéseknek és a rekesz magas állásának tulajdonítja, aktivitásra utaló tünet nincs. Elektrocardiographia: jobbra fordult elektromos tengely, normalis átvezetési idő, ép myokardium. Felvétel után 4 nappal spontán burokrepedés. 6 órával később, — részint mivel teljes fájásgyengeség áll fenn, téraránytalanság van, a magzat külső vizsgálattal igen nagynak imponál, továbbá tekintetbe véve az asszony korát, ugyszintén, hogy a belgyógyász a szülés minél gyorsabb befejezését ajánlja, — mind az anya, mind a magzat érdekében sectio caesareát végzünk. H: 37.7, É: 92, hüvelyváladék: negativ. 4400 gr-os, 56 cm hosszú élő érett fiúmagzatot nyertünk. Tekintettel a korai burokrepedésre és műtét előtti hőemelkedésre, ventil-draint helyeztünk a hasba. Az asszony műtét után állandóan lázas, Emiatt 3. nap Douglas-punctiót és kétoldali oncotomiát végzünk. IV. nap kétoldali hasphlegmone V. nap exitus. Sectiós lelet: sepsis, peritonitis, endocarditis verucosa recens és jobboldali tüdő felső és középső lebenyének chronikus és disseminalt tbc.-jét mutatta.

3. *G. M.*-né, 40 éves. Kb. 10 napos tulhordás miatt veszszük fel. Anamnesisben egy 3 és egy 2 hónapos spontán abortus. Külső vizsgálat: hydramnion, I. kt.-ben elhelyezkedő nagy magzat, fej a medence-bemenetre nyomott. Az asszonynál kétizben Stein-szerint próbáltuk a szülést megindítani, eredménytelenül. A harmadik Stein-kúra colpeurintherrel kombinálva történt. Az eredmény burokrepedés, bőséges meconiumos magzatviz elfolyása volt, fájásgyengeség mellett. 9 óra mulva borzongás, H: 39.1, É: 114. nyugtalan, félrebeszél. Mivel a magzati szívhangokat az anyaiaktól biztosan megkülönböztetni nem lehetett, a sec. caesarea gondolatától elállunk és fájások keltése végett kétizben metreurinthert alkalmazunk 8—8 órára, újabb injectio sorozattal combinálva. 49 óra 30 perccel a burokrepedés után a halott magzatott perforáljuk és extraháljuk. (4100 g-os leánymagzat.) Kb. 5 perc múlva intravenás glanduitrinra nem szünő erős vérzés miatt (kb. 6—800 gr) a lepényt leválasztjuk. Transfusio, infusio. Szülés után az aszszony állandóan lázas. Szokásos gyógyszerek, sepsissavó. V. nap, mivel a sepsis mellett lassan kifejlődő peritonitist is látunk, kétoldali oncotomiát végzünk. VI. nap exitus. Sectio: Endometritis putrida, necrosis gangr. mymotriiet parietis vaginae et urethrae, sepsis.

4. *V. I.*-né, 42 éves, 6 éve férjnél. Felvétel megindult fájások miatt terminus előtt kb. 1 héttel. Alszárak kisfokban oedemásak, fehérje: ++, vérnyomás 110/60 hgmm. Magzat I. kt-ben, fej rögzült. 10 órai vajudás után eltünt méhszáj mellett, váltakozó magzati szívhangok miatt üregi fogóműtét 2600 gr-os leánymagzat születik livid asphyiában, mely a szokásos kezelésre hamar rendbejön. A placenta 1 óra 20 perc után Gabastou-feltöltés és intravénás orastin-re születik meg. Ezután a cervix-hüvely-repedést látjuk el. A műtét előtt a vérnyomás 145 Hg mm-re emelkedett. A vérvesztés 150 g-ra volt tehető. Közben shokszerű állapot jelentkezik, eszméletlenség, dispnoë, számlálhatatlan pulsus. Biztonság kedvéért méhüri letapintást végzünk. Transfusiót eszközlünk, valamint cardiotonikumokat adagolunk. Az aszszony nem tér magához. Meghal. Boncolási lelet: anaemia, eklampsia, agyoedema.

A 4, halállal végződő esetünk közül kettőben, eklampsia szerepel mint halálok. Ez megerősíti azokat a megfigyeléseket, hogy ebben a korban terhességi toxicosisok — főleg nephropathia — gyakrabban fordul elő.

Feltünik továbbá, hogy 3-nál tulhordás volt. A tulhordás jelentőségéről a kórjóslat tárgyalásánál fogok szólni.

Külön is meg kell emlékezni a második esetünkről, hol minden valószinüség szerint az előzőleg lefolyt influenza okozta az anya halálát előidéző sepsist. Ezzel kapcsolatban nyomatékosan hangsúlyozni kell, hogy mindennemü activ ténykedést (szülés-megindítás, császármetszés, stb.) ha csak rendkivüli körülmények annak ellenkezőjére nem kényszerítenek — csak az influenza lefolyása után bizonyos idővel végezzünk, amikor feltételezhetjük, hogy az illető fertőzés-mentes. Ennek az eldöntésére jó eredménnyel használhatjuk fel a garat többizben való bakteriologiai vizsgálatát, amit *Frigyesi* ajánlott.

Magzati mortalitásunk, a következőkép alakult: Elvesztettünk 15 magzatot = 9.93%. Ezek közül 2 koratorzmagzat volt (egyiknél hydrokephalus és rachischisis volt, a másiknál kétoldali nyulajk és farkastorok), 4 pedig már a felvétel előtt elhalt, (közülük 3 koramagzat). Ezeket leszámítva, a magzati veszteség 9 = 6%. Más szerzők hasonló korú szülőnőinél a magzati halálozás a következő volt:

Mérlegelve a 40 éves elöszörszülőnők prognosisát, azt mondhatjuk, hogy az első menstruatio jelentkezési idejéből, a korai és időelőtti burokrepedésből megfigyeléseink szerint a szülés prognosisára következtetést vonni nem lehet.

13. táblázat.

Salacz)*	(77 eset)	5.2 %
Zalokár	(74 „)	3.1 „
Mras		
Nevinny	(40 „)	13.5 „
Nixon	(100 „)	17.0 „
Khreninger		
Guggenberger	(151 „)	18.3 „
Leutenmayer		
Kuncz	(16 „)	18.7 „
Felletár)*	(47 „)	21.2 „
Reissmann		22.6% „
*Ottó**)*	(150 „)	6.0 „

*) II. szülészeti klinika.
**) I. szülészeti klinika.

Ami *Frey, Maeder* és *Mangiagalli* feltevését illeti, hogy ebben a korban 3—4-szer annyi a szükmedence, mint fiatal elsőszülőnőknél és a több szövődmény a szűkmedencék nagyobb számával függ össze, annak nincs alapja és így nem is valószinű. Anyagunkban sem nyert beigazolást. Bár szükmedencét mi is többször észleltünk (6-szor = 4%) ebben a korban, mint válogatás nélküli anyagunkban (kb. 2.5—3%), de korán sem oly gyakran, mint fenti szerzők azt leírták. Az aránytalanul több szövődményt tehát nem lehet a kismértékben megszaporodott szük-medencék rovására írni. Ezt igazolja az is, hogy a 6 szük-medencés szülőnő közül 3 spontán szülte meg gyermekét.

A szűkmedencét tehát olyan tényezőnek tekinthetjük, mely hozzájárul ebben a korban — még inkább, mint fiataloknál — a szövődmények számának növeléséhez, de egyedül az ilyen szülőnőknél észlelhető több complicatiót semmiképp sem magyarázza.

Lényegileg ugyanezt mondhatjuk az ebben a korban gyakrabban észlelhető myomás méhekkel kapcsolatban is. Aránylag sokszor, (11-szer = 7.3%) észleltünk a méhen myomás elváltozást. Azonban csak egy volt olyan, mely elhelyezkedésénél és nagyságánál fogva császármetszés végzését tette szükségessé. Viszont 6-nál fájásgyengeség, ill. a placenta leválásával kapcsolatos zavarok voltak. Csak 4-nél volt a szülés zavartalan. Ilyen esetekben tehát főleg a placentaris szak kezelését fokozott gonddal kell eszgözölnünk.

Hufnagel szerint csökken az életkor jelentősége idős elsőszülőnőnél, ha előzőleg már egy vagy több vetélés folyt le. Különbséget von IV. hónapnál fiatalabb és idősebb abortusok között. Nevezetesen az első esetben a fájásgyengeség ritkább és a méhszáj merevsége az előző vetélések miatt azonban gyakoribb. A második csoportba tartozó szülőnők szülése az életkortól független, hasonló az ismételten szülőkéhez.

Első megállapítását a mi megfigyeléseink is igazolták. Nevezetesen 23 asszony közül, kiknél 1—5-izben 2—3 hónapos abortusok mentek előre, fájásgyengeséget ritkábban 4 esetben = 17.4% észleltünk. (Anyagunkban különben 27.3%.) Többször van feljegyezve a méhszáj merev volta is. Viszont 4 esetben placenta leválasztásra volt szükség és 6 további esetben a lepény csak hosszabb placentaris szak és nagyobb vérveszteség után (legtöbbször csak feltöltésre, expressóra, ill. intravenás glanduitrin adagolására) született meg.

Amit a második csoportra vonatkozólag mond, plausibilisnak látszik. A 3 szülőnőnél azonban, akiknek kimutatásunkban IV.—V.—VI. hónapos vetélése volt, nem nyer alátámasztást. Nevezetesen a szülés mindaháromnál az azévi átlagos időnél hosszabb ideig tartott. Természetes azonban, hogy 3 eset alapján megbizható módon állást foglalni nem lehet.

Ugyancsak megerősiteni látszanak megfigyeléseink *L. Mayer* véleményét. Nevezetesen mi is úgy észleltük, hogy kiknek csak idősebb korban volt megadva a teherbe jutás lehetősége és mindjárt teherbe estek, azok legtöbbször könnyen szültek, szemben azokkal, kik a conceptio lehetősége ellenére éveken át meddők maradtak.

Kétségtelen, hogy magasabb életkorban a szövődmények száma nő. Ebben a szükebb medencék, rendesnél valamivel nagyobb százaléka, ugyszintén a méh gyakoribb myomás elváltozásai csak kisebb szerepet játszanak. A főtényező az életkor, az izmok ezzel járó csökkent rugalmassága, a lágyrészek merevebb volta, a szervezet gyorsabb fáradékonysága. Kétségtelen továbbá, hogy idősebb korban megviseltebb a szervezet, pl. több az előrement fertőző-megbetegedések száma. (pl. tonsillitis), mely következményeinél fogva a toxicosisok gyakoribb fellépésében, feltétlen fontos szerepet játszik. Viszont a toxicosisok nagyobb száma valószinüleg befolyással van a koraszülések gyakori voltára is. (Anyagunk 20 koraszülése közül 11 esetben volt terhességi toxikosisra utaló tünet.) Itt említeném meg a nephropathiás szülőnők szülésének fokozott gonddal való észlelését. Ennek fontosságát mi sem mutatja jobban, mint az, hogy eseteink között két roham nélküli eklampsia okozta halálozás van, ahol a halál okát — az eklampsiát — csak a sectio derítette ki. Ezért minden olyan esetben, hol a felvételkor csak kisfokú oedema is van, és a vizeletben a fehérjének, akár csak nyomai is észlelhetők, a vérnyomás ismételt ellenőrzése ajánlatos. Ezt azért hangsúlyozom, mert bár köztudomású, hogy primiparák vajudása alatt a vérnyomás normalis körülmények között is emelkedik valamit (10, 15, 20 hgmm) eseteinkben azonban a vérnyomás nagyobb, fokozatos lassú emelkedése (110-ről 145 hgmm-re) volt az asszony nyugtalanságán kivül az a támpont, mely utolag áttanulmányozva a két asszony fejlapját — utbaigazitásul szolgálhatott volna. Ennek a megfigyelésünknek az alapján tehát úgy véljük, hogy 30 hgmm és ennél magasabb vérnyomás-emelkedés esetében az asszony észlelése fokozott gondot igényel.

Hozzájárul ebben a korban a több szövődményhez a beigazodási rendellenességek gyakoribb előfordulása is. Ha pontosan vizsgálat tárgyává tesszük ezeket, úgy kitünik, hogy mindegyik esetben műtéttel kellett a szülést befejezni. Nyilvánvaló ebből, hogy mig pl. fejtetőtartás, hátsókoponya-tartás, stb. esetén fiatal korban jó fájások mellett nem egyszer látunk spontán szülést, 40 éves korban ezek a rendellenességek olyan munkatöbbletet rónak az anyai szervezetre, melynek az eseteinkben saját erejéből megfelelni nem tudott.

Korai ill. időelőtti burokrepedés esetén a fertőzés lehetőségének csökkentése céljából belső vizsgálatot csak szükség esetén és különös gonddal végezzünk, hogy annak megismétlését lehetőleg elkerüljük. Ez különösen a fájásgyengeséggel szövődött esetekre vonatkozik. Fontos ez azért, is mert mint látni fogjuk, ebben a korban hamarább döntünk császármetszés mellett (pl. kisebb fokú med. szükület, élő gyermek utáni vágy, stb.)

A kórjóslat mérlegelésénél foglalkozni kell a tulhordással is melynek jelentőségére *Frigyesi* professor hivta fel a figyelmet. Ez annál inkább fontos, mert az idős elsőszülőnőkkel foglalkozó dolgozatokban a legtöbb szakember ezt a kérdést figyelmen kivül hagyja. *Jaroschka* és *Sztehló* közleményében találunk csak a tulhordásra utalást. Ismeretes, hogy a tulhordásnak sokféle oka és többféle következménye lehet. Nincs pl. kizárva többek közt — erre főleg az ebben a korban gyakoribb túlhordás miatt kell gondolnunk —, hogy a méh renyhébb, nehezebben sensibilizálható. A következményekkel kapcsolatban viszont *Frigyesi* megállapításai óta tudjuk, hogy azok nemcsak biologiaiak, de me-

chanikaiak — tulfejlődést, téraránytalanságot — okozók is lehetnek. Ilyen esetekben a szülés elhuzódása, stagnálása fokozottan érthetővé válik. Mi 12 esetben, (8%) láttunk tulhordást. Közülük 10-nél műtéttel kellett a szülést befejezni. A tulhordással kapcsolatban az elmondottak alapján 2 megfigyelésről számolhatunk be. Az egyik, hogy ebben a korban a túlhordás beigazodási rendellenességekhez hasonlóan olyan feladat többletet jelent az anyára, mellyel ritkábban tud megbirkozni, mint a fiatal nő szervezete. A második, pedig hogy mind a 10 esetben 4000 gr körüli súlyú magzatokat hoztak a világra. Valószinünek látszik tehát a feltevés, hogy olyan esetekben, mikor minden körölmény (kórelőzmény, külső-vizsgálat, stb.) kezdődő tulhordás mellett szól, a szülés megindulásával a magas műtéti frequentia csökkenthető lenne. Kifejezett tulhordás esetén viszont — a mondottak miatt — activebbek leszünk és amennyiben a szülés-megindítás nem járt eredménnyel könnyebben döntünk — kellő javallatok esetén — császármetszés mellett.

Külön kell foglalkozni a farfekvéses és harántfekvéses szülésekkel, mivel ezek még normalis medencéjű fiatal elöszörszülőnőknél is a magzat szempontjából nagyobb veszélyt jelentenek. A szakemberek nagyrésze 40 éves korban, medencevégű fekvés esetén látta a magzat szempontjából a legrosszabb eredményeket. (*Felletár* szerint az érett magzatok ⅓-a elpusztul.) Ezért hangsúlyozzák ilyenkorú szülőnőknél, ahol próbaszülésről beszélni nem igen lehet és ahol a magzat élete különösen értékes, többek közt *Waldstein, Heyrovsky, Isbruch, Meyenberger, Redenz* a császármetszés kiterjesztésének jogosultságát.

Mi 9 medencevégű fekvést észleltünk. Közülük 3 koramagzat a felvételkor már halott volt. Ezek később macerált állapotban (1 torz is) születtek meg. A többi 6 asszony közül egynél, hol tulhordás, igen nagy magzat és lábfekvés volt, császármetszést végeztünk. 5 asszony 6 magzatánál (1. t. i. iker) pedig extractiót eszközöltünk. Az extractiós újszülöttek közül egy műtét alatt meghalt. A többi 4 asszony 5 magzatából 3 az átlagnál kisebb súlyú volt. (A két ikermagzat 2.100, ill. 2750 g és egy további magzat 2.500 g.) Látjuk tehát, hogy a három 3.000 g-on felüli extractiós magzat közül egy meghelt és csak kettő maradt életben. A mi megfigyeléseink szerint is kétségtelen tehát, hogy ebben a korban a kihordott 3.000 g-nál nagyobb farfekvésű magzatok extractio esetén fokozott veszélyben forognak és ezért a császármetszés javallata adott esetekben u. n. összetett indicatio alapján, hamarabb jöhet szóba.

Most még röviden a császármetszés eredményeivel foglalkoznék. Kétségtelen, hogy ebben a korban aránylag többször kell kisebb-nagyobb szervi bántalomban szenvedő asszonynál ezt a műtétet elvégezni, mint fiatal szülőnőnél. Megfigyeléseink alapján — bár 8 esetből következtetést levonni nem lehet, nem is akarunk, — mégis úgy látjuk, hogy pontos belgyógyászati vizsgálat, az esetleg észlelt elváltozásokhoz való alkalmazkodás, a műtétnek *Frigyesi* által ajánlott paralumbál III. és hasfali érzéstelenítésben való kivitele esetén, a császármetszés eredményei ebben a korban nem kevésbbé jók, mint fiatal elöszörszülőnőknél. Az az egy asszony, akit 8 császármetszéses esetünk közül elvesztettünk, több súlyos megbetegedésben (tbc., endocarditis) szenvedvén, feltétlenül megviselt szervezet volt. A halált a súlyos belgyógyászati elváltozások és kifejezett dispnoe ellenére, nem a műtéti trauma okozta. Azt a beteg jól állotta ki. Hanem, ahogy a boncolás is megállapitotta, sepsis és peritonitis a gyermekágy V. napján, mely valószinüleg a szülés előtt rövid idővel lefolyt influenzával függött össze. Emellett szól, hogy a vajudás kezdetén, a műtét előtt 37.7 C° hőmérséklete volt az asszonynak (belső vizsgálat nemtörtént nála). A halált ebben az esetben tehát nem a magasabb korban végzett császármetszés, hanem a szerencsétlen körülmények találkozásának rovására kell írni.

Tapasztalatainkat a következőkben összegezhetjük. A 40 éves, illetve idősebb asszonyok első terhessége és szülése lényegesen több szövődménnyel, műtéti beavatkozással és veszéllyel jár, mint a fiatal. elöszörszülőnőké. Ennek ellenére ma már nem tartjuk olyan feltétlenül súlyos jelenségnek, mint régebben hitték. Ebben a korban az első izben másállapotos asszonyok terhességi ellenőrző vizsgálata fokozott gonddal végzendő, főleg a terhességi toxicosisok, szükmedencék, úgyszintén hibás magzati fekvés idejekorán való felismerése és esetleges tulhordás szempontjából. Rendellenesség esetén az intézetbe való felvétel hamarabb jön szóba.

Normalis viszonyok, rögzült fej, jó fájás esetén spontán szülésre számíthatunk. Azonban már kisebb fokú rendellenesség esetén (nem ideális beigazodás, tulhordás, fájásgyengeség, stb.) hamarabb mérlegeljük valamely könnyebb befejező műtét gondolatát.

Medencevégű fekvés esetén, ha normalis a medence, nem túl nagy a magzat, rögzült a far s jók a fájások, a szülést normalis uton igyekszünk levezetni. Abban az esetben azonban, ha a medencevégű fekvéshez más rendellenesség is csatlakozik, (szükebb medence, túlhordott, túlfejlett magzat, fájásgyengeség, merev, alig vagy rosszul táguló méhszáj, fájásokra sem rögzulő far, stb.) — különösen ha az anya is élő magzatot óhajt — hamarabb döntünk császármetszés mellett. Lényegében ugyanezek az elvek vonatkoznak, harántfekvésre és myomás terhes méh esetére is. Ezt annál inkább mondhatjuk, mert tapasztalásaink szerint a helyiérzéstelenítésben végzett császármetszés 40 éves,nőkön nem jár nagyobb veszéllyel, mint fiatalokon. Fontos azonban, hogy a műtétet nem fertőző viszonyok között és még nem megviselt magzat esetében végezzük.

A Pázmány Péter Tudományegyetem urologiai klinikájának közleménye. (Igazgató: Illyés Géza ny. r. tanár.)

Az uraemiás acidosis és kezelése.

Irta: *Vondra Nándor dr.* és *Rudinai Molnár Jenő dr.*

A szervezet anyagcseréjének, táplálkozásának lebonyolítása az érrendszeren belül, a vér és nyirok útján történik. A salakanyagok, vagyis a vizelet oldott alkatrészeinek képzésében az egész szervezet résztvesz. A vesék által kiválasztott oldott anyagok és viz egyensúlyát részint physikai erők: a kolloidok és krystalloidok mennyiségi állapota, diffusio és osmosis, részint chemiai átalakulások befolyásolják. Tehát a vér chemiai és physikai változások útján végzi a sejtek táplálását és a szervezet salaktalanítását. A húgyvérüség szempontjából kétségtelenül legfontosabb a fehérjeanyagok és ezek bomlástermékeinek viselkedése. Nevezetesen a serumfehérjéken kívül albumosek, hugyany, húgysav, aminosavak és kismennyiségű ammoniák van a plasmában normalis körülmények között is. A véralkáliból legtöbb a natrium, kevesebb a kalium, calcium és magnesium. A nátrium leginkább konyhasó formájában fordul elő, továbbá bicarbonatok és hydrophosphat gyökhöz kötve. Ezeknek chemiai változásai a szervezet sav-basis egyensúlyát biztosítják.

A szervezet salakanyagainak kiválasztását a vese végzi, melynek elégtelen működése esetén a bomlás-ter-

mékek felhalmozódnak a vérben és a húgymérgezés kórképe alakul ki. Hosszas kutatások tisztázták némileg az uraemia kérdését. Legelőször a valódi húgyvérűséget különítették el *(Korányi, Volhard)*, mikor az elégtelen vesemüködés következtében a fehérje-bomlástermékek felszaporodnak a vérben. Még ma sem tisztázott az a körülmény, hogy melyek azok a fehérjeszármazékok, amelyek a mérgezési tünetek előidézésében dominálnak. Legszembetűnőbb a mN megszaporodása, mely a valódi uraemiákban rendszerint megtalálható; azonban a kórkép súlyosságával nem halad mindig párhuzamosan.

Az uraemiás kórkép rögzitéséhez a másik vizsgálati módszer a vér fagyáspontcsökkenésének vagyis a molekularis concentrationak meghatározása. Ez haladhat párhuzamosan a mN megszaporodásával, de nem okvetlenül következik be. A vérdelta süllyedését előidézhetik: fehérjeanyagretentio, továbbá, ha a vér szénsavval telítődött —, tehát elégtelen légzés következtében. Több szerző azon a véleményen van, hogy a vér hugyanytartalmának megnövekedése az a tényező, amely domináns szerepet játszik a húgymérgezésben; azonban a kisérletek ezt nem igazolták. *Achard* és *Paisseau* egészséges embereken 100 g hugyany beadása után kisfokú fáradságot, fejfájást észlelt; a mN 100 mg%-ra emelkedett, de néhány óra múlva ismét csökkent. Az említett tünetek a mN 70 mg%-ra emelkedésekor jelentkeztek. Az urologiai klinikán 100 g 20% hugyanyt tartalmazó oldatot fecskendeztek a hólyagba, 1 óra múlva 3—6 g szívodott fel a szervezetbe, azonban az ugyanakkor levett vérben mN-emelkedést alig észleltek, (2—7 mg% ép vesék mellett.) (*Steller* és *Vondra.*)

A mN megszaporodását extrarenalis tényezők is előidézhetik. Igy a bélbomlástermékek is emelhetik a mN-t. Valódi uraemiában az aromás anyagok is felszaporodnak a vérben és kisérletileg igazolható, hogy ha uraemiás betegekbe rectalisan aminosavakat juttatunk be, a húgyvérűség tünetei súlyosbbodnak, míg, mint fentebb említettük, a húgyannyal végzett terhelési kisérlet csak kisfokú rosszabbodást hozhat létre. A bélbomlástermékek, aromás anyagok megszaporodását kimutató eljárás a Becher-féle xanthoprotein reactio; a klinikán többizben észleltük, hogy az igy nyert normalisnál magasabb érték mellett a vérdelta is magas, ugyanakkor a mN csak kevéssé volt emelkedett.

Nagyfokú fagyáspontcsökkenés és magas mN mellett gyakran volt alkalmunk megfigyelni, hogy a vér konyhasó értéke csökkent. Vannak olyan, főleg praeuraemiás esetek, ahol nagyfokú chlorcsökkenés következett be, — nevezetesen műtét utáni nagyobb folyadékveszteségek alkalmával. Ezzel főként francia szerzők foglalkoztak *(Rudolf, Chabanier, Lobo—Onell Chevassu, Lévy,* stb.). Kétféle chlort különböztetnek meg: úgy mint a plasma- és a sejtchlort. Ha a sejtchlor állandó marad és a plasmachlor fogy, akkor csak tüneti chlorcsökkenést tételeznek fel; a chlor a szövetek felé vándorolt, vagyis a hypochloraemia a chloregyensúly eltolódásából származott. A valódi chloropenia akkor lép fel, ha mindakettő párhuzamosan megfogy, azaz ha a sejtchlor: plasmachlor hányados értéke kisebb lesz. Klinikánkon *Babics* és *Török* foglalkoztak kisérletileg ezzel a kérdéssel és arra a megállapításra jutottak, hogy a sebészi betegségekben a hypochloraemia csak a hányás és hasmenés következtében beállott chlorveszteség következménye, de kiváltója lehet lappangó uraemiának, vagy meglévő húgymérgezést súlyosbbíthat. Praeuraemiás esetekben konyhasós hypodermoklisissel és i. v. 10%-os NaCl adagolásával gyógyulást, valódi húgyvérüségben a tünetek enyhülését észlelték. *Gömöri* és *Podhradszky — Kerpel-Fronius* kisérletei alapján — natrium hiányára vezeti vissza az azotaemia kifejlődését. Ez utóbbit látszik igazolni egyik esetünk, midőn alacsony reservealkali miatt (igen alacsony chlor-érték mellett) Nathiosulfatot adtunk i. v.-an; a hányás és azotaemia két nap alatt megszünt és a chlor normalis értékre tért vissza.

A szervezet sav-bázis egyensúlyát a vér és a szövetek alkalitartalmának és a szabad hydrogen-ión concentratiónak viszonya szabja meg. Az alkali legnagyobb részét a natrium alkotja, míg kisebb mennyiségben van K., Ca., és Mg. A vérsavó sóinak legnagyobb, mintegy háromnegyed része, NaCl kötésben szerepel, mig a többi alkali bicarbonathoz. és hydrophosphathoz van kapcsolódva, de itt is a nátrium-kötés a domináns. A kationok egymáshoz viszonyított mennyisége is szabályozott, melyet Ringer kisérletileg is igazolt. A physiológiás konyhasóval átáramoltatott békaszív hamar beszünteti működését. A NaCl-oldathoz meghatározott mennyiségben hozzáadott $CaCl_2$ újból működésbe hozza a szívet, azonban a diastoléja tökéletlen. Ha kis mennyiségű KCl-ot adunk az előbbi oldathoz a diastole is tökéletessé válik. Tehát a kationok egymáshoz való mennyiségi viszonya is meg van határozva működés szempontjából.

Valódi uraemiában a felszaporodott fehérje-bomlástermékek a vér kémhatását a savi irányba tólják el. Ezt a szervezet a reservalkali felhasználásával igyekszik kiegyensúlyozni. Rossz vesefunctio mellett a felhalmozódott húgyanyagok mindinkább felszaporodva alkali veszteséget okoznak és az acidosis fokozódik. Az acidosist növeli még a bicarbonatok felbomlása révén szabaddá vált szénsav is. A szénsav a vérben háromféle alakban szerepel; egy része physikailag van oldva, a másik alkalihoz kötve bicarbonat alakjában, míg a harmadik része könnyen dissociáló, laza chemiai kötésben fehérjéhez kapcsolódik. Ha a CO_2 partialis nyomása fokozódik, akkor az alkali albuminatokat elbontja és az alkalival hydrocarbonat formájában egyesül. Ha viszont a partiális nyomás csökkent, akkor az alkali visszaalakul a szorosabb kötésű fehérjevegyületté. *Sraub* és *Schleyer* azt találták, hogy uraemiában a vér CO_2 partiális nyomása csökken, tehát az acidosis ezáltal is fokozódik. A savi irányba való eltolódást emelik még a vérben visszatartott bélrothadástermékek, az aromás phenolszármazékok, melyek a valódi uraemiában ugyancsak megszaporodnak, mint azt *Becher* és mások vizsgálatai bizonyítják. A phenolok bomlása következtében oxalsav keletkezik, mely a Ca-tükör csökkenését vonja maga után. *Becher* arra is gondol, hogy az oxalsavon kivül még a kénsav az, mely a Ca megfogyásában szerepet játszik. Ha a Ca mennyisége alacsony, úgy motoros izgalmak lépnek fel, melyek fokozott reflexekben, fibrilláris rángásokban nyilvánulnak. A Ca-mal szemben a K mennyisége megszaporodhat és minél jobban emelkedik ilyenkor a K : Ca hányados, annál súlyosabb a veseelégtelenség.

A vér és szövetek alkali mennyisége nagy és az egészséges, ki nem használt szervezet — elég tág határok közt — képes nagyobb mennyiségben felhalmozódott savi vegyhatású termék közömbösítésére maradandó elváltozások nélkül. Kóros állapotokban a tartalék alkali mindinkább fogy és a le nem kötött fehérjebomlástermékek szaporodnak, vagyis a toxikus és acidotikus tünetek lépnek előtérbe. A vérben lecsökkent a nátrium mennyisége, a vizeletben viszont megszaporodik. A hydrocarbonatok felbomlásával a vér CO_2 megkötő képessége kisebb lesz. A plasmachlor megfogy, a chlor a szövetek felé vándorol, vagyis a sejtchlor növekszik. Uraemiások vizelete rendszerint erősen savi vegyhatású, aminek az okát a szervezet alkali takarékosságában ta-

lálhatjuk; t. i. a Na_2HPO_4-ok NaH_2PO_4 alakjában ürülnek ki. *Korányi* és mások felteszik azt, hogy az alkali egy része a kiválasztásra nem alkalmas, nem illó savakhoz kapcsolódik. Ezzel magyarázható az a tény, hogy sokszor igen magas mN és súlyos állapot mellett a tartalék alkali mennyisége alig vagy egyáltalán nem kevesbbedett meg. Természetes ilyenkor a reservealkali mérése nem adja pontos mértékét az acidosisnak. *Torday* szerint a szervezet saját fehérjéjét is felhasználja a savi anyagok közömbösítésére.

Klinikai tapasztalataink azt bizonyítják — urológiai vonatkozású betegségekkel kapcsolatban — hogy az acidosis foka és a szervezet védekező ereje függ: a betegség helyétől, extra-, vagy intrarenalis-e, ha a vese beteg, ezen elváltozásnak súlyosságától és a betegség tartamának idejétől. Legenyhébb az acidosis és legjobb a prognosis akkor, ha a mN szaporodást és az acidosist valamely extrarenalis ok idézi elő. Ilyenek *Babics* és *Török* által leírt hypochloraemiás-uraemiás esetek, melyeknél a kórképet nagyfokú folyadékveszteség (hányás, hasmenés) váltotta ki. Valamennyi általuk leírt esetben rövid napok alatt teljes gyógyulás következett be. Hasonló eseteket írtak le *Chabanier, Lévy, Lobo—Onell, Bouchard* és mások is. Ugyanez történt egyik legutóbbi esetünkben: 39 é. orvosnál jobb o. nephrectomiát végeztünk malignus, cystosus vesedaganat miatt. A bal vese kifogástalanul működött és a műtét utáni második napig elegendő mennyiségű, magas fajsúlyú vizeletet választott el. Műtét utáni második napon fellépett gyomoratonia miatt igen nagyfokú hányás jelentkezett, többszöri gyomormosást kellett végezni. Óriási folyadékvesztesége volt — bár napi 3000 g phys. NaCl hypodermoklisist kapott. A gyomor-bél passage 48 óra multán állott helyre, utána két napig teljes anuria, majd a vizelet mennyiség lassan emelkedett. Az anuria szakában a mN 240 mgr% volt, mely a tizedik napon visszatért normális értékére, valamint a vér Cl is.

A vesebetegség súlyossága a prognosis szempontjából lényeges; mert, míg a fenti esetekben elég tartalék erővel rendelkező szervezet a folyadék pótlásával eliminálni tudta a mérgező bomlás termékeket, addig súlyos veselaesiónál azok kiválasztása nagyfokban gátolt. Ezt illustrálja következő esetünk. Egy 48 éves betegnél solitaer gümős vesénél lépett fel uraemia. A második vesét 6 év előtt ugyancsak tuberculosis miatt távolították el. Teljes anuria állt be, deréktájon nagy feszüléssel, görcsök kíséretében, magas lázzal. 72 órás anuriával szállították be a klinikára; ureterkatheter felvezetésre bőségesen ürült vizelet. Akadály nem volt, követ nem mutatott a röntgenfelvétel. Vérdelta: 0.64, mN = 140 mg% a tartalék alkali 41 vol%. Bő vizeletelválasztás indult meg és 3 nap alatt a delta 0.60-ra, a mN 63 mg%-ra csökkent. Két nappal későbbi a vizelet megfogyott, a beteg aluszékony lett, hyperpnoé lépett fel. Delta 0.63, mN = 114 mg%, reserv alkali 24.7 vol%. Nyolcadik napon exitus. Sectio a kiterjedt gümős elváltozás mellett egy acut pyelonephritist mutatott. Már itt megemlítjük, hogy 30 vol% alatti reserv alkalinál egy kivételével valamennyi betegünk meghalt.

Jelen esetünket a betegség időtartamára vonatkozólag is példának hozhatjuk fel. T. i. az exitus bekövetzése előtt már egy év óta voltak veseelégtelenségre való tünetek.

Miután láttuk, hogy húgymérgezésben az acidosis milyen fontos szerepet játszik, egyéb tünetek mellett, a következő vizsgálatokat arravonatkozólag végeztük, hogy mikép viselkedik és hogyan befolyásolható az acidosis a sebészi megbetegedések kapcsán fellépő uraemiákban.

24 esetben végeztünk sorozatos tartalék alkali meghatározást az utóbbi fél év alatt Van Slyke eljárása szerint. Minden alkalommal meghatároztuk egyidejüleg a vér fagyáspont csökkenést, a mN-t, a xanthoprotein- és a vér Cl értékét. — Alábbi beszámolónkban külön tárgyaljuk 1. a reserv alkali változásait, a többi értékekkel való összefüggését és a levonható prognosztikus következtetéseket, 2. a Na thiosulfattal elért therapiás eredményeinket.

Ad. 1. a kapott eredmények alapján a következő beosztást végeztük:

a) 50 vol% felett normalis érték,

b) 40—50 vol% között latens acidosis,

c) 30—40 vol% között középsúlyos és

d) 30 vol% alatt súlyos acidosist különböztetünk meg.

a) négy esetben találtunk normalis reserv alkali értéket. Ezek közül egy oldali vese tbc. műtétekkel kapcsolatban történt két vizsgálat, egy esetben ureterkő, egy esetben pedig fejlődési rendellenesség. Közülük kettőnél csak összehasonlító értékek miatt vizsgáltunk teljesen ép vesefunctio és normális vérértékek mellett. Az ureterköves betegnél a vérdelta 0.59, mN 30 mg%, a reserv alkali 61.9 vol% volt, ezen értékek mellett teljes panaszmentesség. A 4.-nél gümős nephrektomia előtt normalis vérértékek mellett 88 vol% az alkali. Műtét után makacs hányingerek léptek fel, akkor a reserv alkali 40.9 vol% volt. Itt normalis vérértékek mellett feltünt az igen alacsony chlor. Ezt az alacsony reserv alkali értéket valószinüleg a folyadékhiány következtében fellépett csökkent chlor mennyiség magyarázza.

b) öt beteg közül négynél prostata hypertrophiát találtunk, egynél hólyag-tumor jó vesefunctióval, magas lázakkal. 3 prostatásnál alacsony residuum volt súlyos cystitissel, ezeknél a vér delta 0.58—0.59 két esetben, a harmadiknál 0.62, a vér chlor 372 mg%. A negyedik prostatásnál nagy residuum mellett 54 mg% volt a mN, míg a többinél a normalis felső határán mozgott. A hólyag tumoros esetben csupán a xanthoprotein érték volt fokozott: 49. A többinél normalis.

c) Nyolc eset közül 6-nál volt vesekő és két prostata hypertrophia; a hat vesekő közül öt kétoldali és egy baloldali. Két vesekövesnél 52, illetőleg 65 mg% mN-t találtunk, 68-as xantho érték és normális Cl. mellett. Mindkettő thiosulfatra gyógyult és a vérértékek — reserv alkali is — normális értékre változtak. A többi kövesnél valamennyi érték párhuzamosan emelkedett. Kettő közülük meghalt. Ezeknél a mN 150—200 mg% között ingadozott és a halál előtt a reserv alkali 30 vol% alá süllyedt. A másik kettő chronikus uraemia, 100—180 mg% között váltakozik a mN és a reserv alkali is parallel halad vele, de az utóbbi fél évben 40 vol% fölé nem emelkedett. Egyik köves betegünk paralytikus ileusban halt meg. — Itt csak a halál előtt emelkedett az mN 187 mg%-ra — a vér Cl ugyanakkor 172 mg%, míg a tartalék alkali 32 vol% —, tehát nem arányos. Az egyik prostatásnál, szomjazás és totális retentio volt, reserv alkali 32.5 vol%, mN: 40 mg%. Állandó katheterre panaszai megszüntek, azonban a reserv alkali 40 fölé nem emelkedett. A másodiknál prostatektomia után magas delta és 100 fölötti mN mellett 281 mg% volt a Cl. és mint már előbb említettük csupán Na-thiosulfatra valamennyi érték pár nap alatt normálissá vált.

d) 30 vol% alatti acidosist hét betegünknél észleltünk. Kettő nephritises eredetű uraemia volt arányosan magas értékkel azonban egyiknél sem süllyedt a reserv alkali 20 vol% alá.

Egyik a belklinikára való átszállítás után néhány napra meghalt, mig a másik sorsáról nem tudunk. Két köves beteg hónapok óta fennálló chronikus uraemiában szenvedett. A reserv alkali arányos többi érték mellett a klinikai észlelés idején már 30—20 vol% között ingadozott, viszonylagosan jó közérzettel és konditióval. Hányás, bágyadtság, fejfájások kínozták őket, azonban erőbeli állapotuk kielégítő volt. Hirtelen fellépő rosszabbodás mellett hyperpnoésak lettek, majd öntudatzavar és exitus következett be. Reserve alkali a halál előtt 13.5, illetve 17 vol% volt. Másik két betegnél solitaer gümős megbetegedés váltotta ki az uraemiát és acidosist (az egyik 48 éves beteg, kiről fentebb részletesebben beszámoltunk).

Az alábbi táblázatban az acidosis fokára való tekintettel foglaltuk össze betegeinket és a tartalék alkali és a többi vérértékek egymáshoz való viszonyát szeretnők érzékeltetni:

	Tart. alkali vol. % 0°-ra és 760 mm-re reduc.	Esetek száma	Vérdelta	Mar. nitr. mgr %	Xanthoprot.	Vér Cl mgr %
a	normalis 50 felett	4	0.56—0.59	20— 35	30— 45	norm. [1]
b	latens 40—50	5	0.57—0.62	20— 54	36— 49	345—372
c	középsúlyos 30—40	8	0.58—0.69	44—180	64—140	320—362[2]
d	súlyos 30 alatt	7	0.61—0.69	114—175	86—160	298—360

[1]) Egy esetben a tart. alkali: 40.9
[2]) Egy esetben halál előtt (ileus) Cl : 172; mN : 187.

A latens acidosisnál a reserv alkali és a többi vérérték között nem látszik kórjelző összefüggés. Hiszen a savbázis egyensúly bonyolult rendszerében kisfokú csökkenése, vagy emelkedése egyes factoroknak nem lehet döntő jelentőségű, söt esetleg még a normalis kilengéshez is számítható. Mindenesetre, ha veselacsióra gyanú van, nem szabad figyelmen kívül hagynunk a reserv alkali csökkent voltát.

A közép súlyos acidosisban már bizonyos fordított parallelizmus található, a reserv alkali és a többi értékek, főként a mN között, vagyis az azotaemia fokozódásával a tartalék alkali csökken és viszont. *Blum* szerint ahol nincs meg az arányos változás közöttük, ott valódi hypochloraemia idézi elő az azotaemiát. *Moga* és *Gavrila* nephritises betegeken a miénkhez hasonló eredményeket tapasztaltak.

A súlyos acidosisoknál a 20—30 vol% közötti érték már irreversibilis uraemiának mondható és a 20 alatti értékeknél a halál napok alatt bekövetkezik. Tehát megkülönböztethetünk 30 feletti reversibilis és 30 alatti irreversibilis uraemiát. *Torday* az acidosis súlyossági fokának pontos megállapítására nem tartja elegendőnek a reserv alkali meghatározását. Ajánlja segédeszköznek szódabicarbonát *per os* szedését a vizelet alkaliássá válásáig; ez 0.20 g egészséges embereknél, pro kg. Mi egy ízben nagy oedémákban szenvedő uraemiás betegünknél a csuklás és hányás csillapítására per os szedettünk $NaHCO_3$-t napi 3 g-t, azonban csak 2 napig birta szedni; a csuklás és a hányás csökkent. Érdekes a chronikus uraemiák kérdése, mint azt több esetünkben megfigyelhettük. Az aránylagos jólét mellett a szervezet egyensúlyi helyzetben van, azonban, ha bármely közbejött betegség vagy külső ok megbontja az egyensúlyt, a tartalék erővel nem rendelkező szervezet igen rövid idő alatt katasztrofába sodródik.

Ad 2. Az uraemiás acidosis kezelésében alaptétel kell, hogy legyen a szervezet alkali tartalékának növelése, illetőleg pótlása a felszaporodott savi jellegű fehérjebomlástermékek közömbösítése céljából. Az idealis vegyülettől megkívánjuk: hogy vegyhatása a neutralishoz közel legyen, állandó és könnyen sterilizálható oldatot képezzen, kellemetlen vagy nem kívánatos mellékhatásokkal ne járjon, stb. A leghasználatosabb ilyen vegyület a NaCl, mely az előbbi következmények jó részének megfelel. Physiologiás oldatban s. c. infusio formájában és 10%-os oldatban i. v.-an szoktuk adagolni. Mivel Kerpel—Fronius állatkisérletei alapján többen arra az álláspontra helyezkedtek, hogy a hypochloraemiás uraemiában a nátrium adagolása a lényeges, és így feltételezhető, hogy ez a valódi uraemiára is vonatkozik, igyekeztünk oly vegyületet találni, mely a fenti követelményeknek még jobban megfelel. Így jutottunk el a Na-thiosulfathoz. *Nyiri* szerint a szervezetbe jutott Na-thiosulfat — egészséges vesét véve alapul — 55%-a változatlanul ürül ki 2 órán belül a vizelettel és 45%-a bontódik el. Kisérleti állatokra még igen nagy adagokban sem mérgező. Ezek alapján *Leon Elaut* vesefunctiós próba anyagául ajánlotta; azt tapasztalta, hogy minél kevesebb ürül ki két órán belül a vizelettel, annál rosszabb a vese működése. Feltettük tehát, hogy —, mivel uraemiában rossz vesékkel állunk szemben — a rossz vesefunctio következtében nem 45%-a marad vissza a szervezetben, hanem 70—80, esetleg annál több%-a is; tehát jól dissociáló, sok alkalit tartalmazó, a neutralishoz közelálló, nem mérgező vegyületet juttatunk a szervezetbe. Meghatároztuk a 4%-os $NaHCO_3$ oldat és a 10%-os natriumthiosulfat hydrogenion concentratióját; az előbbi pH-ja metanitrophenollal 8.4-nél nagyobb, a thiosulfaté paranitrophenollal 5.8, gyengén savanyú vegyhatású. A $NaHCO_3$ adagolásától azért tekintettünk el, mert per os nagy mennyiségben nehezen szedhető és már így is igen hamar átcsap a vizelet vegyhatása a lúgosba s könnyen alkalosist válthat ki.

Eredményeink részben igazolni látszanak elméleti elgondolásainkat. A thiósulfatot intravénásan adtuk: a 10% oldatból naponta 20—60 cm-t, több napon át. 24 esetünkből 12 súlyos és közép súlyos acidosisos betegünknél alkalmaztuk, — a többinél elért eredményeket a kis effektus miatt nem értékelhettük. Közép súlyos acidosisnál hét beteg közül háromnál 4—6 nap alatt gyógyulást értünk el, vagyis úgy a reserv alkali, mint a mN a fenti módon adagolt natriumthiosulfatra normalis értékre emelkedett, ill. süllyedt. Két betegnél tartós javulást értünk el, mig a további két beteg lényegtelen tüneti javulás után meghalt. Súlyos acidosisban öt betegnél adagoltuk a thiósulfátot. Valamennyinél átmenetileg lényeges javulás volt úgy tünetileg, mint a vérértékek szempontjából, de a rövid pár napig tartó jó állapot után a végzetes kimenetelt, az úgyszólván teljesen elpusztult veseállomány miatt nem kerülhették el. Valamennyi reversibilis esetünkben a hányás, hányinger, csuklás sokszor már 20 ccm thiosulfat befecskendezése után lényegesen javult és három nap után minden alkalommal megszünt. Ezáltal a szervezet tartalék ereje is érvényre juthatott, mert a hányás és csuklás elmúltával a további folyadékveszteség megszünt.

Az uraemia a rossz veseműködés folytán a vérben visszatartott és felszaporodott fehérje-anyagcseretermékek következtében jön létre, aminek eredménye a súlyosságának kifejezője az acidosis. A cél az acidosis csökkentése, azaz a reservalkali növelése az előbb említett anyagok közömbösítése érdekében. Olyan esetekben, ahol az elváltozások nem mutatnak irreversibilis folyamatra, hasznos szolgálatot tesz ezen elgondolás alapján a Na-thiosulfat, mint physiologiás elgondoláson nyugvó, okilag ható, célszerű méregtelenítő vegyület.

Syphilis-betegek átvizsgálásának a kezelésre vonatkozó tanulságai.

Irta: *Rajka Ödön dr.*, rendelő főorvos.

A syphilis-kezelés *eredményességének* megítélése, már csak a kérdés közegészségügyi jelentőségénél fogva is, egyike a legnehezebb és talán éppen ezért legelhanyagoltabb problémáknak. Ha tudni akarjuk, hogyan állunk a syphilis *gyógyítása*, helyesebben *gyógyulása* terén, át kell vizsgálnunk egy nagyobb beteganyagot, melyben a betegek hosszabb-rövidebb időn át többékevésbbé erélyes és rendszeres kezelésben részesültek. A Teleia nagy anyagából válogatás nélkül vettük a betegeket; válogatás nélkül azért, mert van öngyógyulás is, van gyógyulás gyenge kezelés mellett is és viszont erélyes kezelés mellett sem ritka a baj makacssága. Nem lett volna tehát értelme, hogy csak olyan betegeket vegyünk számba, akik „kellő" kezelésben részesültek.

A kérdés csupán az, *mikor történjék ez az alapos átvizsgálás?* Erre vonatkozólag egyetlen feltételünk az volt, hogy a *fertőzés ideje és a vizsgálat ideje közt elég hosszú időköz legyen.* Tartamát illetőleg nincs egységes felfogás, mégis általában, különösen az ideggyógyász-syphilidologusok véleménye alapján, mint *minimum a fertőzés utáni 5. év* tekintendő, mert szerintük az 5. évben megejtett liquorvizsgálat már állandó viszonyokat tüntet fel, noha nem kivétel nélkül. Másrészt a belgyógyász-syphilidologusok ezt az időközt kicsinek tartják és legalább 10—15 évet tekintenek olyan minimumnak, amelyen túl cardiovascularis elváltozások már nem szoktak fellépni, azokról a skeptikusokról nem is szólva, akik az egyszer spirochaetával fertőzött beteget élete végéig fenyegetettnek tartják.

Anyagunkban az esetek nagyobb része a minimumot meghaladó hosszabb időköz után került átvizsgálásra. A statisztikai összehasonlítás (1. tábl.) a skeptikusokat

1. táblázat.

	Gyógyult	Nem gyógy.	Neurologiai tünetek	Cardiovasc. tünetek
	százalék			
5—10 év előtt fertőzöttek közül	48	52	40	17
10—15 „ „ „ „	42	58	50	39
15—30 „ „ „ „	31.5	68.5	50	39
30 éven felül	8	92		

igazolja, mert azt mondja, hogy minél régebbi a fertőzés, annál jobban nő a megbetegedések száma és semmi esetre sem áll, hogy a fertőzés utáni 5—10. évre a késői syphilises tünetek valamilyen formában feltétlenül jelentkeznek. Ha azt nézzük, hogy milyen késői elváltozásokról van szó, kiderül, hogy az emelkedés zöme a *szív-érrendszeri* elváltozásokra esik. Az *idegrendszeri* tünetek legnagyobb része (40%) a fertőzés utáni 5—10. évre valóban kifejlődik, mert 10 éven túl csupán 10%-al rosszabb az arányszám, de másrészt statistikailag is igazolja, hogy kivételek vannak, hiszen másként nem lenne emelkedés. Viszont szív-érrendszeri tünet a 10. évig csak 17% jelentkezik, 10 éven túl pedig 39%, tehát több mint kétszerese, ami megerősíti a belgyógyász-syphilidologusok említett felfogását, hogy a kimutatható syphilises eredetű aortitisek javarésze csak *10 évi időköz után* támad.

Legfontosabb annak megállapitása, hogy *milyen kritériumok alapján tekinthető valaki gyógyultnak,* azaz milyen vizsgálatoknak kell a beteget alávetni, hogy a gyógyultságot a legnagyobb valószínűséggel megállapithassuk. Mindjárt előljáróban hangsúlyozom, hogy olyan kritériumaink, melyek alapján a gyógyultság minden esetben biztonsággal megállapitható volna, *nincsenek,* lévén összes bizonyítékaink *negativak* és nincs olyan módszer, mellyel a spirochaeták eltünését a szervezetből bizonyítani tudnók *(O'Leary).*

A vizsgálat, mely *cooperativ* munkát igényel, kiterjedt:

1. A *kórelőzmény* pontos felvételére és a kezelésnek *kórtörténeti* adatok alapján való ellenőrzésére. Nem elég a beteg leírása!

2. A *bőr,* nyálkahártyák, nyirokmirigyek klinikai vizsgálatára.

3. A *vérsavó* vizsgálatára. Nem elégedtünk meg az egyszeri Wassermann- és praecipitatiós reactiókkal, hanem minden esetben *provokáló* vizsgálatot is végeztünk az általam összeállított *provocatinnal* (extr. musculorenale, mely tonogent, ephedrint és izomkivonatot tartalmaz).

4. Az *idegrendszer* klinikai vizsgálatára.

5. A *liquor* vizsgálatára, többnyire cisterna-punctio alapján.

6. A *belszervek,* főleg a *szív* és *nagyerek* vizsgálatára, röntgen- és elektrocardiographos vizsgálattal kiegészítve.

7. Az *érzékszervek,* első sorban a *szem* vizsgálatára.

8. *Családi* viszonyokra, esetleg családi fertőzésre.

Ez idő szerint más kritériumaink nincsenek. Az 1. táblázat alapján azonban még azt is követelnünk kell, hogy az átvizsgálás ne csak a fertőzés utáni 5. évben történjék, hanem 1—2 év után, esetleg később is *megismétlendő,* negativ lelet esetén is, amint azt *Sézary, Stokes, O'Leary* és mások is kivánják.

2. táblázat.

200 átvizsgált esetből	%		%		%	
A) Gyógyult	75	37.5				
Tünetmentesen			42	21.0		
Idegrendszeri residuumokkal			33	16.5		
B) Nem gyógyult	125	62.5				
I. Seropositiv			19	9.5		
1. minden más tünet nélkül					12	6 0
2. neuro- (liquor) residuummal					7	3.5
II. Klinikai syndromával	106	53.0				
1. activ neurosyphilis			70	35.0		
a) tiszta neurosyphilis					38	19.0
b) neuro+vasculosyphilis					30	15.0
c) neuro+visceralis syphilis					2	1.0
2. inactiv (resid.) neurosyphilis			60	30.0		
3. cardiovascularis syphilis			64	32.0		
a) tiszta cardiovasc. syphilis					15	7.5
b) vasculo+neurosyphilis (azonos 1. *b)*-vel)					30	15.0
c) vasculosyphilis+neuro-residuum (benne van a II. 2-ben is)					19	9.5
4. visceralis syph.+neuroresid			2	1.0		
Seropositiv	64	32.0				
Seroprovocált			11	5.5		
Liquor positiv	53	26.5				
Complet liquor positiv			19	9.5		
Nem complet (residuumok)			34	17.0		
Serumpositiv+liquorpositiv			12	6.0		
Serumpositiv+liquorresiduum			13	6.5		

Tünetmentesen gyógyult mindössze 21%, azaz csupán a betegek $^1/_5$ részénél volt minden vizsgálat negativ, ami meglehetősen kedvezőtlen eredmény. Ha idezámítjuk az idegrendszeri residuumos betegeket is, amit meg lehet tenni, mert a residuumok, feltéve, hogy minden egyéb vizsgálat negativ, lezajlott folyamatok hegtüneteként szerepelnek, akkor a gyógyultak száma 37.5%-ra emelkedik. Felvetődik a kérdés, *mi az oka*

ennek a therápiás tehetetlenségnek? Az ok kétségtelenül összetett és több tényezőtől függ:

I. A *kezelés kezdetétől*, vagyis, hogy milyen szakban indult.

II. hogy *milyen* és *mennyi*, azaz elegendő kezelést kapott-e a beteg,

III. hogy *rendszeres* volt-e a kezelés,

IV. hogy át volt-e vizsgálva *időszakonként* a beteg.

I. *A megbetegedések száma egyenes arányban van azzal a syphilises szakkal, amelyben a beteg először vétetett kezelésbe* (3. táblázat), másszóval minél későbbi

3. táblázat.

A kezelés megindulása	Összesen	Gyógyult	%	Ideg- és érrendszeri tünetek, ill. seroresist.	%
1. Primaer seronegativ szakban .	17	10	58	7	42
2. Primaer seropositiv szakban .	85	36	42	49	58
3. Secundaer kiütéses szakban .	44	16	36	28	64
4. Lappangó seropositiv szakban	34	8	24	26	76
5. Tertiaer szakban	8	2	25	6	75
6. Syphilis congenitalis	6	2	33	4	66
7. Kezeletlen	6	1	17	5	33
Összesen:	200	75		125	

szakban került a beteg első izben kezelés alá, annál több a megbetegedés és annál kisebb a gyógyulási esély. Ennek meglelel, hogy az *elsőleges seronegativ* szakban 58% gyógyult, több, mint a fele, míg a *seropositiv* szakban csak 42%. Az az időnként még mindig kísértő felfogás, hogy helyesebb a kezeléssel megvárni a *másodlagos kiütéses szakot*, hogy addig a szervezetnek módja legyen immunbiologiai erőinek kifejtésére, ilyen formában hamis és gyógyulási arányszáma rosszabb (36%), mint az elsőleges szakban kezelésbe vetteké. Legrosszabb az arányszám a *lappangó seropositiv* esetekben (24%), kivéve természetesen a *kezeletleneket*, akik közt azonban szintén akad gyógyulás *(öngyógyulás): nálunk* 17%, míg *Bruusgaard* híres norvég statistikájában a betegek 28%-a mutatott spontán gyógyulást.

Külön említem az *abortiv kezelést*. Ismeretes, hogy az elsődleges seronegativ szakban megindított erélyes kezelés, ha a seroreactio a kezelés folyamán is negativ, általános felfogás szerint a betegeket majdnem 100%-ban gyógyítja. Ilyfajta betegeink csekély száma miatt nem tudok a kérdéshez teljes határozottsággal hozzászólni, annál kevésbbé, mert mikor 1935-ben első összeállításunkat csináltuk, 6 abortivan kezelt beteg került átvizsgálásra és mind a 6 teljesen tünetmentes volt, ennélfogva 100%-os gyógyulást állapithattunk meg (l. IX. nemzetk. dermat. kongr. Budapest, 1935 kiadványait). Az azóta eltelt 4 év anyagát hozzászámítva azonban, mai összeállításunkban (4. tábl.) a gyógyulási

4. táblázat.

Abortiv eset	12		
Tünetmentesen gyógyult . . .		4	%
Neuroresiduummal gyógyult . .		3	7 58
Nem gyógyult			5 42
Syphilis cereprospinalis . . .	3		
Neuroresiduum seropos. . . .	1		
Aortitis	1		

arányszám lecsökkent 58%-ra, ami megfelel általában a primaer seronegativ szakban megindított kezelések arányszámának. Ez a kis összehasonlítás igazolja, hogy 1 az „abortiv" betegek gyógyulásának megítélésében óvatosak legyünk és mérlegelnünk kell *O'Leary* felfogását, aki az abortiv kezelésnek nem tulajdonit tulságos jelentőséget, 2. az abortiv kezelés mai formája — úgylátszik — nem megfelelő és gyógyulás tekintetében nem nyujt biztonságot. Csupán annyi állapítható meg, hogy az abortiv esetek gyógyulási arányszáma a legmagasabbak közé tartozik.

II. *A kezelés minősége és mennyisége.* Kezdetben volt a Hg, aztán jött 1910 körül a salvarsan, 1920 körül a Bi, újabban pedig öt vegyértékü As-készitmények is használatosak. A salvarsanhoz füzött vérmes remények nem váltak be, mégis *a hatásossági* sorrend a szerzők zömének véleménye szerint ma kb. ez: 1. arsenobenzol, 2. Bi, 3. Hg, 4. J. Betegeink egy része még a *Hg-aerába* esett, másik része már *Hg+salvarsant*, egy 3. csoportja pedig *Bi+arsenobenzolt* kapott. Ennek a 3 csoportnak összehasonlítása igen tanulságos (5. tábl.) A

5. táblázat.

	Eset	Gyógyult %	Nem gyógy. %
1. Hg-kezelés mellett	40	32	68
2. Hg+As. benzol-kezelés mellett	58	41	59
3. Bi+As. benzol-kezelés mellett	96	88	62

Hg-kezelés eredményei nem sokkal maradnak el a combinált kezelés mögött és különösen érdekes, hogy a Hg+arsenobenzol ebben az összeállításban hatásosabb volt, mint a Bi+arsenobenzol combinált kezelés, ellentétben az említett hatásossági sorrenddel. Megjegyzendő, hogy túlnyomóan az ú. n. *Linser*-kezelésről van szó, melynél 2 ctg $HgCl_2$+salvarsan ugyanabban a fecskendőben összekeverve érbe alkalmaztatott *(Egyedi)*.

Ami a kezelés *mennyiségét* illeti, teljes káosz uralkodik. Senki sem tudja szabatosan meghatározni, hogy adott esetben mennyi kezelés elegendő. Az egyik kevesebb, a másik több kurát tart szükségesnek, az egyik kisebb, a másik nagyobb adagokkal dolgozik, mégis figyelembe véve az általános gyakorlatot, az irodalmi adatokat — eddigi felfogásunk alapján — *elegendőnek* tarthattunk olyan kezelést, melyben az arsenobenzol mennyisége 15 g-on felül volt, a Hg—Bi-injectiók száma pedig a 60—100-t felülmulta. Az ezen aluli kezelést *elégtelennek* tekintettük. Az ilyen alapon való összehasonlítás a következő eredményt adta (6. tábl.):

6. táblázat.

	Eset	Gyógyult %	Nem gyógy. %
1. Elegendő kezelést kapott (15—30 g és 30 g-on felül As. benzol+60—100—350 Hg.—Bi.-inj.)	117	41	59
2. Elégtelen kezelést kapott (3—15 g As. benzol+20—100 Hg.—Bi.-injectio	71	35	65
3. Semmi, vagy minimalis kezelést kapott . .	12	16	84

Az *összeállitásból* következik:

1. Az *erélyesebb* kezelés gyógyulási arányszáma *magasabb*,

2. azonban az elégtelen kezeléssel szemben ez az emelkedés nem jelentős, ami arra int, hogy nem elelegendő a betegeket gyógyszerrel tömni.

3. *Kezeletlen*, vagy minimálisan kezelt betegek is gyógyulhatnak, bár kétségtelenül jóval alacsonyabb arányszámban.

Ha azt nézzük, hogy a *kezdeti kezelés*, melyre a legnagyobb súly helyezendő és amelynek valószínűleg döntő szerepe van a gyógyulás kialakulásában, elegendő volt-e, vagy sem, akkor az arányszám valamivel kedvezőbb (7. tábl.)

7. táblázat.

	Gyógyult %	Nem gyógy. %
1. Elegendő kezdeti kezelés mellett . .	47	53
2. Elégtelen „ „ „	32	68

III. *A kezelés rendszeressége.* Nem elég, ha valaki grammban kifejezve elegendő kezelést kapott, szükséges az is, hogy bizonyos rendszerességgel folyjon, ami azt jelenti, hogy egyrészt az egyes injectiók szabályos időközökben, pl. hetenként kétszer adassanak, másrészt a kúra tartamában és az egyes kúrák közti szünetekben is legyen valami rendszer, általában ne tartson túl soká. Összeállításunk szerint (8. tábl.) a legjobb eredményeket

8. tábiázat.

	Gyógyult	Nem gyógy.
	%	%
1. Rendszeres és elegendő kezelés mellett . . .	47	53
2. Rendszertelen, elhúzódó, de összességében elegendő kezelés mellett	33	67
3. Rendszertelen és elégtelen kezelés mellett . .	33	67

a rendszeres kezelés adja és a rendszertelen kezelés hátrányait még az sem tudja megjavítani, ha a beteg összességében elegendő kezelést kapott, lévén mindkét rendszertelen kezelési kategóriában a gyógyulás 33%.

Az átlag gyógyulás 37.5% volt (2. tábl.), *a rendszeres és elegendő kezelés* melletti gyógyulás pedig mindössze 47%. Ez beismerése a mai antisyphilises kezelés viszonylagos hatástalanságának. Kérdés, lehet-e rajta a rendelkezésünkre álló eszközökkel javítani? Ha sorra vesszük a megtárgyalt pontokat, kiderül, hogy legtöbb gyógyulási esélye van:

a) a *legkoraibb* szakban minél előbb megindított,

b) a *kezdeti* kezelésre a legnagyobb gondot fordító,

c) erélyes és

d) rendszeres combinált kezelésnek.

Ezeket a követelményeket kell legalaposabban kiépítenünk. Mindegyik ugyan csak néhány százalékkal mulja felül az alatta levő kategóriát, de *összegezésükben,* ha therápiánkat ezekhez a követelményekhez igazítjuk erősen megjavíthatjuk a gyógyulási arányt.

a) Hogy a *legkoraibb* szakban indíthassuk meg a kezelést, szükséges a beteg-morál mellett, mely arra készteti a beteget, hogy a legcsekélyebb genitális elváltozással orvoshoz forduljon, az orvos-morál fokozása is, értve ez alatt a legkisebb sérülés, gyulladás (balanitis!) szakszerű vizsgálatát spirochaetára és semmiesetre sem elegendő a beteg megnyugtatása egy negativ Wassermann-lelettel, ami ilyen korai szakban tudnivalóan természetes. Viszont éppen olyan hiba, hacsak nincsen teljesen typusos esetről szó, tisztán klinikai gyanu alapján antisyphilises kurát kezdeni.

b) és *c) Erélyes* kezelés alatt a combinált arsenobenzol+Bi—Hg-kezelést értjük. Különösen a *kezdeti* kezelés legyen erélyesebb. Éppen ezért hibának tekinthető a kezelést az elsődleges és másodlagos szakban nem érbe adott arsenobenzol —, vagy különösen öt— vegyértékű As-készítményekkel kezdeni. Adjunk elég arsenobenzolt, hetenként legalább kétszer, amellett a hangsúly nemcsak az egyes adagok magasságán, hanem az *összmennyiségen* és a *kezelési tartamon* is van, mely legalább 8—9 g legyen 10 hétre elosztva, akár elsődleges seronegativ, akár elsőleges seropositiv szakban van a beteg. Abortiv kúrában, az az, ha 1—2 injectio után is negativ a seroreactio, az erélyes kezdeti kezelésen kívül még legalább 2—3 biztosító kúrát kell követelnünk rövid időközökben.

d) *Rendszerességhez* tartozik a kura közti szünetek pontos betartása. E téren is meglehetős tájékozatlanság uralkodik: van, aki 6 hetes, van, aki 2—3 hónapos és még hosszabb szüneteket rendel. Statistikáinkból azt a következtetést vonhatjuk le, hogy helyesebb a minél rövidebb, legfeljebb 3—4 hetes szünetek beiktatása, sőt tulajdonképen mérlegelni kellene svéd, francia, amerikai és más szerzők (*Almquist, Milian, Cole, Moore* és *Keidel,* stb.) felfogását, hogy a kezelés *ne legyen megszakítva. Póor* nálunk már több mint 20 éve felvetette *az állandó* kezelés gondolatát. *Cole* szerint a folytonos kezelés a modern syphilis-therapia egyik legnagyobb eredménye.

Igen tanulságos e tekintetben egy kis statistika, melyet *O'Leary* közöl 5 klinika cooperatiójának eredményeképen és amely jól mutatja a folytonos kezelés fölényét (9. tábl.):

9. táblázat.

1. Folytonos kezelésre kielégítő klin. és ser. eredm.	80%-ban.
2. Intermittáló „ „ „ „ „ „	65%-ban,
3. Rendetlen „ „ „ „ „ „	33%-ban.

IV. Mindezek a követelmények azonban *nem elegendők* akkor, ha *sablonosan* intézzük a kezelést. A legkoraibb, legerélyesebb és legrendszeresebb kezelés is csődöt mondhat, ha nem vesszük figyelembe az embert, az egész szervezetet, az *immunbiologiai* erők viselkedését, stb., ezekről pedig időszakos szakszerű *átvizsgálás* nélkül nem kapunk felvilágosítást. A betegek rendszeres átvizsgálását, sajnos, nem olyan régen végzik, osztályomon 7 éve folyik. Sok osztály van, a magánrendelésekről nem is szólva, ahol még ma sem csinálják. Ez helytelen, mert ha a beteget kellő időben átvizsgáljuk, akkor egyrészt megtudhatjuk, vajjon az illető rendben van-e és ennélfogva nincs szüksége további kezelésre, másrészt positiv lelet esetén nemcsak azt állapíthatjuk meg, hogy a beteg nem gyógyult és még további kezelésre van szüksége, hanem elsősorban azt is, hogy milyen kezelés következzék, hogy kell-e a kezelés irányán változtatni, nem kell-e a sablónos chemospecifikus kezelés helyett előbb *nemfajlagos átállító* kezelést alkalmazni? Makacs seropositiv, vagy liquor-positiv esetben pl. semmi célja sem volna az addig alkalmazott hatástalan chemospecifikus kezelést folytatni, amig előzetesen nemfajlagos kezelésekkel a szervezet immunbiologiai átállítását el nem értük.

A szervezet átállítása, áthangolása, melynek külső jele a *bőr allergiája,* az ideggyógyászok újabb felfogása szerint főleg *prognostikai* szempontból fontos. „Úgy látszik, legnagyobb jelentősége van annak, vajjon a szervezet fokozott, vagy gyengült védekező képesség állapotában van-e" *(Dattner). Positiv luetin-reactiót* adó betegeknél — *Dattner* szerint — kevesebb a positiv liquor-lelet és lázkezelés, malária-kúra után általánosságban kedvezőbbek a remissiók. Áthangoló nemfajlagos kezelés ellenére továbbra is *negativ* bőrpróba, mint az *anergia* jele, praemonitorikus tünetnek, rosszabbodás jelének tekinthető.

Az anergiának allergiává való átállítására különféle módszerek szolgálnak: 1. a *Dujardin* és *Decamp* által ajánlott és *Gougerot* és *Peyre* által megerősített intracutan sensibilizálás lósavóval; 2 *Wagner—Jauregg* typhus- és tuberkulin-kurája; 3. a *Neuber*-féle aranykezelés; 4. *UV-besugárzások* és *sajátvér*-injectiók; 5. általában a *lázkezelések* (malária stb.), melyek nem annyira a magas láz, mint inkább az immunbiologiai erők fokozása révén hatnak, stb. Ismerve az allergiás áthangolás fontosságát az idegrendszeri syphilis megelőzésében és a már kitört betegségi folyamat későbbi kialakulásában, tanácsos lenne, mint azt már régebben ajánlottam (v. ö. Dermat. Wchschr. *95.* 1829. 1932.), az erőteljes chemospecifikus kezelést kiegészíteni és már a syphilis koraibb szakaiban a beteg *védekező erejét* a kezelésmentes időszakokban a nemfajlagos tényezők teljes kihasználásával *fokozni.* Hogy azután a syphilises

bőrallergia, melynek vizsgálatát a kifejtettek alapján fel kellene venni az átvizsgálás kritériumai közé, hozzátartozik-e a gyógyuláshoz, utána megmarad-e, ha nem, mikor tünik el, csupa olyan kérdés, melyre ez idő szerint válaszolni nem tudunk.

A *statistikai összeállítások tanulsága* az, hogy eddigi intermittáló kezelési rendszerünket, mely aránylag kevés összmennyiséggel, rítkábban adott egyes injectiókkal (sok helyen még mindig 1 arsenobenzol- és 2 Bi-injectiót adnak hetenként) és hosszabb szünetekkel dolgozik, meg kell *reformálnunk* és a *kezdeti „támadó" kezelésre* (a franciák *traitement d'attaque*-jára) kell nagyobb súlyt helyeznünk, vagyis az első időben, amikor a beteget még jobban kézben lehet tartani, *intensivebben* és *huzamosabban* kell kezelni, úgy ahogy azt a francia szerzők *(Ravaut, Milian, Gougerot, Vernes)*, vagy nálunk *Póor* és *Guszman* követelik. *Török* a korai kezelés fontosságát a következőképen emeli ki: „Gyorsan, minden késés nélkül ütni, teljes erővel ütni és sűrű egymás utánban ütni." Részletekbe nem mehetek bele, csak annyit jegyzek meg, hogy erre a célra egyesek szerint a *szakadatlan, szünetnélküli* kezelés a legalkalmasabb, felváltva mindig más és más gyógyszeres kúrával, mások szerint *(E. Hoffmann) nagy adagok* a fontosak; a legtöbb szerző szerint azonban elegendő a gyógyszerek összmennyiségének kb. duplájára való emelése és az egyes kúrák közti szünetek erős lecsökkentése. Hogy végeredményben *melyik módszert* kellene alkalmaznunk, csak szélesebb körű tudományos vita dönthetné el, ahol mindenki kifejti véleményét, akinek a syphilisről mondanivalója van. Mivel azonban, úgy hiszem, e téren nálunk senkinek sincs még statistikailag kellően alátámasztott határozott véleménye, *cooperativ munkára* volna szükség a klinikák, kórházak és az egyes syphilidologiai osztályok közt annak megállapítására, hogy melyik kezelési rendszer volna a legcélravezetőbb.

A tudomány mai állása mellett syphilises betegeink érdekében többet, mint kifejtettem, nem tehetünk, de ez viszont a legkevesebb, amit a betegekért tennünk kell. Még mindig hiányzik a syphilis nagy therápiája, a sterilisatio magna, melyet pl. a gonorrhoeánál, az eddigi jelek szerint, megtaláltak.

A Pesti Izr. Hitközség Kórházai Kaszab Aladár és József Poliklinika belgyógyászati rendelésének közleménye. (Rendelő főorvos: Lax Henrik.)

C-vitaminhiány megállapításának új módszere.

Irta: *Góth Endre dr.*

A szervezet teljes C-vitaminhiánya, a skorbut ma már rítkán fordul elő; részleges hiánya azonban gyakrabban. A C-hypovitaminosis klinikai jelentősége még nem tisztázott, de kétségtelen, hogy van fontossága, mert az élethez nélkülözhetetlen anyag hiányáról van szó.

A C-hypovitaminosis felismerése történhetik a vizelet, a vér, a liquor vizsgálatával, továbbá a Rotter-féle intracután próba, a Göthlin—Seyderhelm által kidolgozott, capillaris resistentia vizsgálat és a vér-katalase meghatározása alapján. *(Török—Neufeld.)*

Az eddigi módszerek közül megbizható a vizelet vizsgálata és a Rotter-próba. Jól bevált a Harris-Ray féle telítési próba. Lényege, hogy naponta adunk a vizsgálandó egyénnek C-vitamint és figyeljük, hogy a 24 óráig gyüjtött vizeletben mennyit választ ki az aznap beadott mennyiségből. Telítettség esetén a 2-ik, 3-ik, legfeljebb az 5-ik napon a beadott mennyiségnek legalább a fele kiürül, hypovitaminosis esetén 6—10, sőt még több nap kell ehhez.

A titráláshoz legjobb festékanyagok a dichlorphenolindophenol *(Tillmans)* és a methylénkék *(Martini* és *Bonsignore)*.

Mikor *Eekelen* és *Emmerie* használható módszert dolgoztak ki a vér ascorbinsav-tartalmának meghatározására, ennek segítségével igyekeztek a szervezet telítettségi állapotára következtetni. *Neuweiler* arra a megállapításra jutott, hogy ha a vér C-vitamint tartalma 1 mg% felett van, akkor a szervezet telített, 0.4 mg% alatti érték hypovitaminosis biztos jele. Ezt mi is megerősíthettük. Az említett módszeren kivül használható a Lund, Pijoan és Klemperer, Elmby, Fujita és Ebihara stb. féle módszer. Mindezeknek az a hibája a C-hypovitaminosis megállapítása szempontjából, hogy csak szélső értékek használhatók: az 1 mg% felett és a 0.4 mg% alattiak. A legtöbb esetben azonban a vér C-vitamin tartalma éppen 0.4 és 1 mg% közt van. Sokszor 0.4—0.5 mg% mellett telítettség áll fenn, máskor 0.9 mg, sőt 1 mg% mellett is vitaminhiányt találunk telítési kisérlettel.

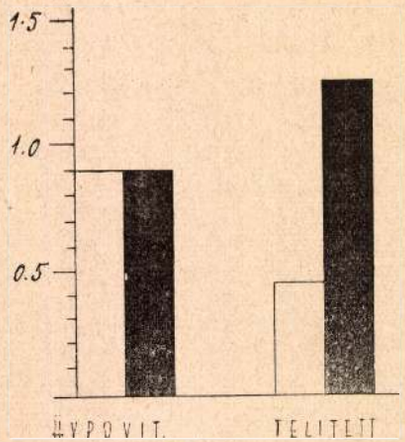
A C-hypovitaminosis felismerésére egy új módszert igyekeztünk kidolgozni. Elgondolásunk az volt, hogy ha meghatározzuk a vér C-vitamin tartalmát, ezután 300 mg C-vitamint fecskendezzünk be a vérbe és egy idő mulva újabb meghatározást végzünk, akkor telítettség esetén más értéket kapunk, mintha hypovitaminosis áll fenn. Hypovitaminosis esetén az üres raktárak hamarosan magukhoz ragadjuk a vérbe fecskendezett C-vitamint s így a második meghatározáskor ismét a kiindulási, vagy ennél alig nagyobb értéket kapunk. Telítettség esetén a szervek egyáltalán nem, vagy csak kis mértékben és lassan vesznek fel C-vitamint s így az ismételt meghatározáskor jóval nagyobb értéket kell találnunk. Vizsgálataink megerősítettek ebben a felfogásban.

A vérben az ascorbinsav-meghatározást Berend és Fischer módszerével végeztük, mely egyszerű és így klinikai célokra alkalmas. A vizsgálandó egyént a vizsgálat tartamára C-vitaminban szegény étrenden tartottuk. Reggel elvégeztük a Rotter-féle intracután próbát, majd 8—10 ccm vért bocsátottunk le, ezután 300 mg. C-vitamint fecskendeztünk be gyüjtőérbe. A vért ½ órára jégszekrénybe tettük, majd a savót megtitráltuk oly módon, hogy kis porcellán csészékbe 1—1 ccm savót pipettáztunk és 2—2 ccm 0.25 n HCl-oldatot tettünk hozzá: Igy a p H érték 1.5—3.5 között van, ezáltal egyéz redukáló anyagok nem zavarják a titrálást. Titráláshoz 1 dichlorphenol tablettát *(Hoffmann-la Roche)* oldottunk 100 ccm desztillált vízben, az oldat 3 napig eláll. Az oldat titerét ismert mennyiségű ascorbinsav-oldattal ellenőriztük. Az egyik porcellán csészébe mindaddig csepegtettünk a festékoldatból, mig a rószaszin elszineződés 30 másodpercig megmaradt (e festék ugyanis semleges, vagy lugos közegben kék, savanyúban piros szinű). A másik csésze tartalmát is megtitráltuk. A titrálást 2 perc alatt el kell végezni, mert a savó utólag elszintelenedik. A vérvétel után legfeljebb 2 óra alatt el kell végezni a vizsgálatot mert az ascorbinsav gyarsan bomlik a savóban. A Berend—Fischer módszerrel azt tapasztaltuk, hogy szobamérsékleten is 2 óra mulva még semmit sem változik a savó C-vitamin tartalma. A titrálásnál 1 ccm festékoldat 1 mg%-nak felel meg. Az ascorbinsav befecskenése után 2 óra mulva újabb vér-meghatározást végeztünk.

Módszerünket 80 esetben alkalmaztuk. A telítettséget a Harris—Ray féle telítési módszerrel ellenőriztük. A vér-terhelési vizsgálat napjától a vizsgálandó egyén gyüjtötte vizeletét, a gyüjtőedénybe minden reggel előzőleg 20—25 ccm 20%-os kénsavat öntöttünk a C-vitamin bomlásának megakadályozására. Naponként adtunk 300 mg C-vitamint i. v. mindaddig, mig a bevitt mennyiségnek legalább fele ki nem ürült; mint már említettük, ehhez telítettség esetén 1—5 nap kell, mig hypovitaminosisban 6—10, sőt még több nap szükséges. 80 eset közül *42 telített volt.* Ez esetekben a vér C-vitamin tartalma 300 mg ascorbinsav i. v. befecskendése után 2 óra mulva *legalább 0.50 mg%-gal emegkedett* (2 esetben csak megközelítette a 0.50 mg%-ot: 0.40, 0.42) (kisérleti hiba?).

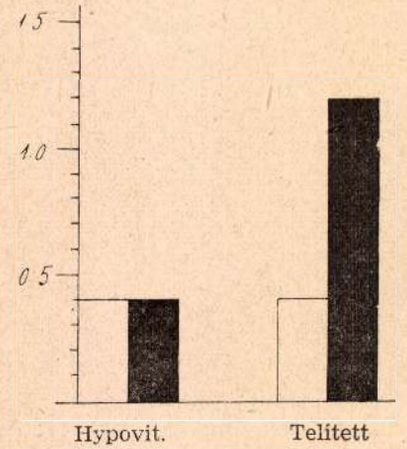
38 esetben *hypovitaminosist* találtunk, a telítás a Harris—Ray módszerrel csak 5 napon túl következett be. Ezekben az esetekben 300 mg befecskendése után 2 óra mulva *legfeljebb 0.40 mg% emelkedést találtunk, sokszor csak 0.05—0.10 mg%-kal kaptunk nagyobb értéket, 14 esetben semmi növekedés nem következett be.*

mg% C-vit. a vérben



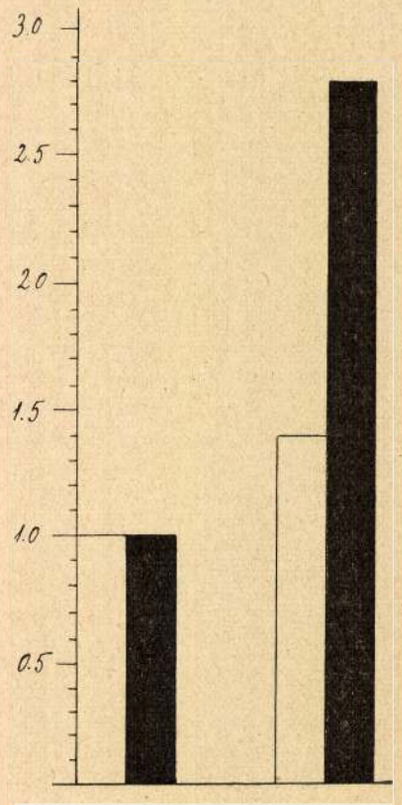
300 mg C-vit. i. v befecskendezése előtt
300 mg C-vit. i. v befecskendezése után

mg% C-vit. a vérben



Módszerünket nemcsak a vizelet vizsgálatával és a Rotter-féle eljárással ellenőriztük, hanem oly módon is, hogy ha hypovitaminosist találunk, egyes esetekben telítés után megismételtük a vizsgálatot. Igy pl. egy ulcus duodeni esetben a C-vitamin tartalma 1 mg%, 2 órával a megterhelés után ismét 1 mg% (nincs emelkedés) telítéshez 9 nap szükséges. A telítés befejezése után 4 nap mulva végzett újabb megterhelési vizsgálat eredménye: 1.4-2.8 mg%, tehát növekedés: 1.4 mg%. Egy pneumoniában szenvedő beteg értékei: 0.4—0.4, tehát megterhelés után semmit sem változott. A telítés 6. napon sem következett be (tovább nem folytattuk). Gyógyulás után az értékek: 0.60—1.2 (emelkedés 0.60). Mindazon esetekben, mikor a kindulási érték 1 mg% felett volt, 0.50 mg%-nál magasabb emelkedést találtunk jeléül annak, hogy 1 mg% feletti érték telítettséget jelent.

mg% C-vit. a vérben



Érdekes volt egy cc. coli esetünk. Vér C-vitamin értékek: 0.80—1.2. Telítés 8 nap alatt. A telítés napján: 1.8—2.4. 6 nap mulva újabb vizsgálatot végeztünk, melynek eredménye: 0.80—1.2 tehát ugyanaz, mint a telítés előtt, vagyis ismét hypovitaminosisra kellett következtetni. A vizelet-telítési módszerrel meggyőződtünk, hogy valóban ismét vitamin-hiány áll fenn. (5 napon felüli volt a telítési idő.) Nem valószinű, hogy a raktárak 6 nap alatt ismét kiürültek, inkább arra lehet gondolni, hogy a rákos betegnél nagy a C-vitamin elhasználódás, (talán a rák ragadja magához a vitamint) és ezért találtunk ismét vitamin-hiányt már 6 nap mulva.

22 esetben a megterhelés után ½ óra mulva is megvizsgáltuk a vért ezek közül a 2 legnagyobb fogyatékot mutató esetben már ily rövid idő alatt is visszatért a vér C-vitamin tartalma a kiindulási értékre.

Valamely szabályozó mechanizmus megakadályozza, hogy a vér C-vitamin-koncentrációja tul magas fokot érjen el. A 80 eset közül csak 4-szer találtunk megterhelés után 2 mg%-nál nagyobb értéket, ezek közül csak 1-szer 3 mg% felettit (3.6, 2.8, 2.4, és 2.2 mg%). E szabályozás az esetek egy részében oly módon történik, hogy a vese kiválasztja a fölös ascorbinsavat. Igy pl. egy esetben a vér C-vitamin tartalma 1.8 mg% megterhelés után 2.4 mg% volt. A befecskendezett mennyiségből még aznap 100 mg kiürült. Ugyanezt tapasztaltuk egy másik esetben. A beteg foglalkozása (déligyümölcskereskedő) révén igen sok narancsot, citromot stb. fogyasztott. A vér C-vitamintartalma megterhelés előtt 1.2 mg%, megterhelés után 1.75 mg%. A vizeletvizsgálat azt mutatta hogy a befecskendezett 300 mg még aznap teljesen ki-

ürült s így érthető, hogy a vér C-vitamintartalma nem növekedett tetemesen. Voltak azonban olyan esetek, mikor a kiválasztás nem indult meg azonnal s így más módon történt a hypervitaminaemia megakadályozása. (Oxidáció?)

Betegségek szerint következőképen csoportosíthatjuk a vizsgált eseteket:

8 hyperthyreosisos beteget vizsgáltunk. Ezek közül nem volt vitaminhiánya négynek (1, 2, 3, 4 eset), ezeknek alapanyagcseréje + 13% + 36% + 58% + 61% volt, tehát az alacsonyabb alapanyagcseréjű esetek trtoznak ide, az 5—8 esetek vitaminfogyatékot mutattak ezek alapanyagcseréje + 68% + 78% +79% + 98% tehát a súlyosabb esetekben volt vitaminfogyaték, mégpedig a hiány annál nagyobb volt, minél nagasabb volt az alapanyagcsere.

A. a. cs.	Telítés napja	Vér C-vit.	Növekedés
1. + 13%	2	1.0 —2.0 mg%	1.0 mg%
2. + 36%	4	1.0 —2.0 mg%	1.0 mg%
3. + 58%	5	0.6 —1.1 mg%	0.50 mg%
4. + 61%	3	1.5 —3.6 mg%	2.1 mg%
5. + 68%	6	0.5 —0.8 mg%	0.30 mg%
6. + 78%	7	0.6 —0.65 mg%	0.05 mg%
7. + 79%	7	0.35—0.35 mg%	0.— mg%
8. + 98%	11	0.65—0.65 mg%	0.— mg%

A 7. esetben röntgenbesugárzás után a beteg meggyógyult (alapanyagcsere + 5%, 14 kg hizás, pulzus 72) az ekkor megismételt vizsgálat eredményei vér C-vitamin 0.90, megterhelés után 1.80 mg%, növekedés 0.90, telitődés 3 nap alatt.

Mind a 10 rákos betegünkön C-hypovitaminosist találtunk.

Mivel nemcsak a tápcsatorna carcinomáiban találtunk hiányt, ebből következik az a mások által *(E. Schneider* stb.) is észlelt tény, hogy minden rák hypovitaminosissal jár. A rákos szövet a szervezetben mint már említettük C-vitamin raktárként szerepel. Ezt Rotter vizsgálatai is bizonyítják: azt találta, hogy bőrrákba fecskendezett dichorphenol pillanatok alatt elszintelenedik, ellentétben a mellette lévő ép bőrrel. Gyomor és nyombélfekély csak az étrend miatt jár vitamin-hiánnyal, maga a betegség nem. Erre mutat az a nyombélfekélyes betegünk, ki észlelésük előtt vegyes étrenden élt s C-vitamin hiányt nem is tudtunk kimutatni. Ez az eset azt is mutatja, hogy a C-vitamin hiány vizsgálata bizonyos esetekben az elkülönítő diagnostika szalgálatába is állítható, rák gyanuja esetén. Egy 58 éves, lesoványodott, senyvedéses vérszegény nőbetegünk székletében vért találtunk mivel ulcusos anamnesise nem volt, e tünetek rák mellett szóltak. A vérzés miatt próbareggeli és röntgenvizsgálatot nem lehetett végezni. A vér C-vitamin terhelési vizsgálat eredménye: 0.4—1.2 mg%, 2 óra mulva telítettség jeleként 0.80 mg%-os emelkedést kaptunk. Ez a körülmény valószinütlenné tette a rák diagnosisát. A későbbi vizsgálatok ulcus duodenit mutattak ki.

	Telítés napja	Vér C-vit.	Emelkedés
1.	4	0.4—1.2	0.80
2.	6	0.5—0.85	0.35
3.	9	1.0—1.0	0.—

Ulcus duodeni esetek.

Az első beteg C-vitamin tartalmú ételeket bőven fogyasztott, a másik 2 ulcus-étrenden élt s ennek megfelelően hypovitaminosist mutatott ez utóbbiak vizsgálata. Sósavhiány esetén *Stepp* C-vitaminhiányt tételez fel; 2 anacid esetünkben nem volt dificit; ugyanezt találta legujabban *Broch* is.

6 bronchiális asthmában szenvedő beteg közül kettő vitaminhiányt mutatott, ennek oka azonban nem az asthma volt, hanem vitaminszegény étrend. Egy másik közleményünkben már beszámoltunk arról, hogy az asthma nincs összefüggésben C-hypovitaminosissal.

Azokon a betegeken, akik télen nem, vagy csak ritkán fogyasztanak narancsot, C-hypovitaminosist találtunk, ellenben azokon, kik naponta ettek narancsot, ha egyébb ok nem volt, telítettséget lehetett megállapitani. Szembetünő volt e szempontból a már említett déligyümölcskereskedő esete. Ebből arra lehet következtetni, hogy (ellentétben Rietschel-lel, aki szerint a napi C-vitaminszükséglet kb. 20 mg) a szükséglet 50 mg körül van. A téli étrend a mi éghajlatunk alatt számítás alapján naponta kb. 20 mg-ot tartalmaz narancs, citrom, mandarin nélkül. Akik ez utóbbi gyümölcsöket nem fogyasztották, mint C-hypovitaninosisban voltak, tehát a napi 20 mg úgy látszik nem fedezi a szükségletet.

	Telítés napja	Vér C	Emelkedés	Étrend	
1.	4	0.4 —1.2	0.80	Sok narancs	
2.	3	1.15—1.9	0.75	Sok narancs	
3.	1	1.2 —1.75	0.55	Sok narancs	Telített
4.	6 felett	0.75—1.0	0.25	Kevés narancs	
5.	5 felett	0.5 —0.5	0.—	Kevés narancs	
6.	4 felett	0.65—0.75	0.10	Semmi narancs	Hypovit.

Téli étrend és C-vitaminhiány.

30 esetben a Rotter-féle intracután próbát is elvégeztük. A módszer lényege az, hogy n/400 dichlorphenololdattal (4.9 mg festék 5ccm vízben) a vizsgálandó egyén bőrén intracután befecskendezéssel 2 mm átmérőjű hólyagocskát hozunk létre. Telítettség esetén a keletkezett kék hólyagcsa 5 perc alatt elszintelenedik; a 10 percel tovább megmaradó kék szin C-hypovitaminosis jele. 5 esetben kaptunk 10 perc feletti értéket. Ez esetben hypovitaminosis állott fenn, melynek megszüntetése után az elszintelenülés ideje 5 percre vagy ez alá szállt le. Azonban 10 oly hypovitaminosis esetünk is volt, mikor a hólyagcsa 5 perc alatt elszintelenedett. Telített egyénen sohasem észleltünk 5 percnél hosszabb időt. A Rotter-próba tehát csak akkor értékelhető, ha elhuzódó reactiót észlelünk. úgyanezt találta *Portnoy* és *Wilkinson* is. Egyszerüsége miatt ajánlatos elvégezni.

8 esetben elvégeztük a Göthlin—Seyderhelm-féle próbát. E vizsgálattal a capilláris ellenálást elhet megfigyelni.

Vérnyomásmérővel leszorítjuk a felkart és 3 percig a diastolés nyomás 20 Hgmm-vel meghaladó nyomás alatt tartjuk. 2 percnyi várakozás után megfigyeljük, hogy petechia keletkezett a könyökárok és az alkar bőrén. 7 esetben positiv, egy esetben negativ az eredmény, vagyis nem keletkezett petechia. A 7 positiv eset közül 5-nek hypovitaminosisa volt, a negativ eset is vitaminhiányt mutatott. mig egy telített esetben negativ volt a próba eredménye. 5 hypovitaminotikus betegen telítés után is elvégezték a próbát és két esetben negativvá vált, 3 esetben positiv maradt. E csekély számú vizsgálatból nem lehet következtetést vonni, úgy látszik, a próba nem eléggé specifikus.

Összefoglalás: C-vitamin hiány megállapítására új módszert dolgaztunk ki. Ismeretes volt, hogy ha a vér C-vitamin tartalma 1 mg% felett van, az a szervezet telítettségét jelenti, ellenben 0.4 mg% alatti értékek hypovitaminosis jelei. Ha azonban a vér C-vitamin tartalma 0.4 és 1 mg százalék között van, akkor a kapott értékből nem lehet következtetni a szervezet telítettségére. Ilyen értékhatárok között használható fel a fentebb leírt mód-

szer, mely abban áll, hogy a vér C-vitamintartalmának meghatározása után 300 mg ascorbinsavat fecskendezünk be érbe, 2 óra mulva ismétlelt vizsgálatot végzünk. Ha ilyenkor az emelkedés 0.50 mg%-nál nagyobb, az telítettség jele, ha kevesebb, vagy be sem következik, akkor ez C-hypovitaminosist jelent.

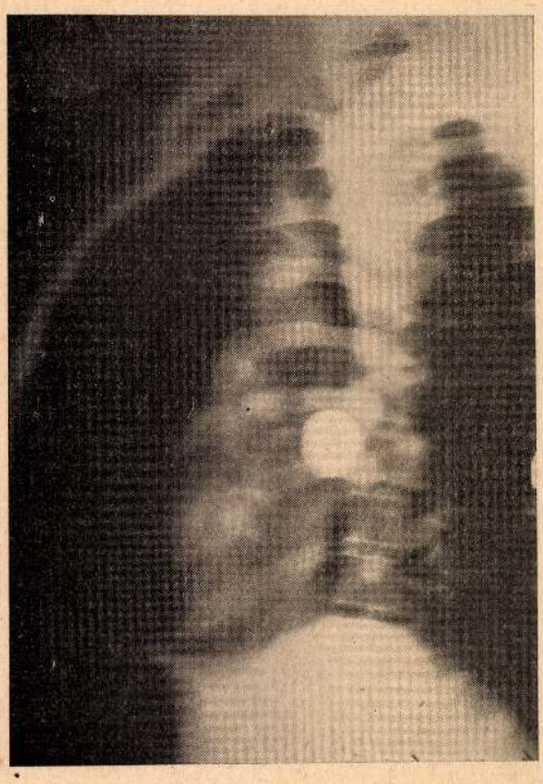
Az Országos Társadalombiztosító Intézet gyomor- bél osztályának közleménye. (Vezető: Friedrich László.)

Érdekesebb idegentestek a nyelőcsőben és a gyomorban.

Irta: *Friedrich László dr.*

A nyelőcsőbe és a gyomorba idegen testek véletlenül vagy szándékosan kerülnek. Ami a véletlenül bekerülteket illeti, ezek legtöbbször az illető foglalkozásával összefüggő tárgyak, mint varrótű, gombostű, biztonsági tűk, szegek, kapcsok, csavarok stb., gyermekeknél gombok, pénzdarabok, idesorolandók a táplálékkal lenyelt csontok, magvak stb. A szándékosan lenyelt idegen testek pedig a legkülönbözőbbek, mert tudjuk, hogy az ilyen nyelők vagy elmebetegek, vagy öngyilkosok, sokszor pedig olyan egyének kik így akarnak büntetésük elől menekülni.

Végül az utóbbi évek tanulságai szerint az idegen testeknek más csoportját azok alkotják, amelyek nem a nyelőcsövön át kerülnek a gyomorba, hanem az orvosi beavatkozás kapcsán, mint pl. fonalak melyek nem szivódnak fel. Ez utóbbiak felismerése csak a gastroskopia segélyével vált lehetővé. A gyomor csonkolási műtéteknél használatos fémkapcsokról régóta tudjuk, hogy évekig is ártatlanul maradhatnak helyükön, mint azt a röntgenvizsgálatok bizanyítják. E közleményben néhány ritkább esetemet ismertetem.

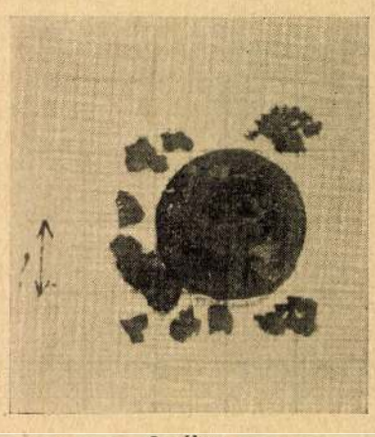


1. ábra.

1. *Évekig a nyelőcsőben levő pénzdarab:*

Egy 16 éves leányt azzal küldenek osztályomra, hogy lúgmérgezése volt s szükületét sondázzuk. Eddig vérszegénység ellen kezelték. Felvételkor a következők derülnek ki: 2 éves korában véletlenül lúgot ivott, a gyermekklinikán sondázták, ezután jól is lett. 6 éves korában játék közben egy orosz rubelt nyelt le véletlenül, amit atyja hozott magával az oroszfogságból. Ezt közben elfelejtették szülei is. Ettől kezdve hányt s öklöndözött, nehezebb étel könnyebben lement, viz és folyadék viszont kijött belőle. Sokat fogyott azóta. Az *átvilágításkor* látszott, hogy a bifurcatio magasságában kb. korona nagyságú idegen test van a nyelőcsőben. (1. sz. ábra.) A bevezetett szonda e helyen elakad. A nyelőcső középső s alsó harmadának határán vastag ceruzányivá szűkül a nyelőcső, a szűkület felett látszik a pénzárnyék, mellette a hig pép elég jól, a sürű csak lassan halad át (2. sz. ábra). Ép gyomor és duodenum.

2. ábra.

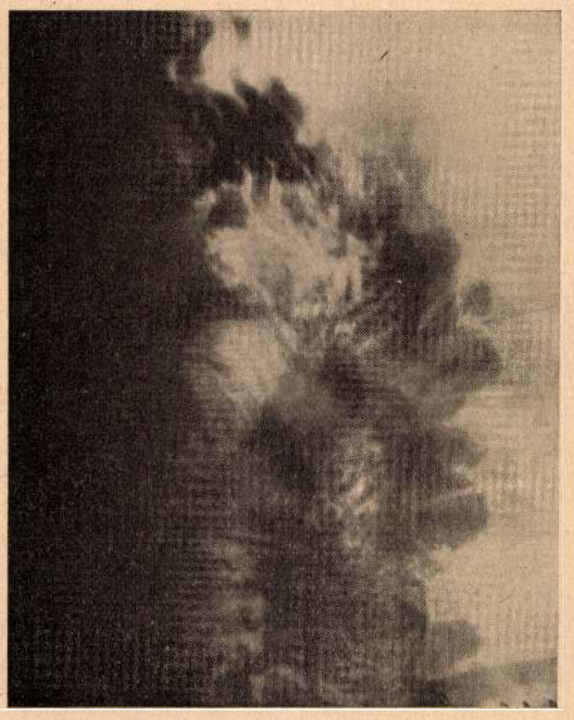


3. ábra.

A beteget ezen idegen test eltávolítása végett a Szent István kórház gégészeti osztályára helyezték át, hol *Laub dr.* főorvos úr oesophogoskopiát végzett, melynek eredménye a következő volt: A VI—VII. háti csigolya magasságában egy hátulról mell felé beékelődött kerek idegen test látszik, ezt fogóval el is távolította. A kivett idegen test 21 mm átmérőjű pénzdarab volt, amelyen mintegy 2—3 mm vastagságú feketés barna réteges felrakódás volt (3. sz. ábra). A hol a pénzdarab feküdt ott a nyelőcső különösen hátrafelé vályú alakuan kitágult. A nyálkahártya itt erősen belövelt, vérzékeny, megvastagodott és egyenetlen volt. A pénzdarab alatt a nyelőcső csak kis fokban szűkült, hegesedés itt nem látható és a 10 mm-es oesophagus cső a cardiáig könnyen leve-

zethető. A beteg ezután meggyógyult és jól nyelt s 2 év multán láttam, sokat hizott s fejlődött. Most is kissé nehezebben nyel. A röntgenvizsgálat azt mutatta, hogy az eltávolított rubel helyén, a pengőnél valamivel nagyobb körülirt tágulat látható, amely alatt a nyelőcső kupalakuan összeszűkül. Sűrű kontraszt anyag is átmegy rajta, csak kissé lassabban. Az oesophagoskopia is mutatja a tágulatot. Kétségtelen, hogy lúg ivás okozott szüketet, és ez a tágítás ellenére sem gyógyult meg teljesen s e helyen akadt megy a lenyelt pénzdarab s ez okozott komoly nyelési panaszokat. Ez az idegen test 4 évig volt a beteg nyelőcsövében, mig fel nem fedeztük. Hasonló esetet csak egyet találtam az irodalomban, mit *v. Eichen* észlelt a berlini Charitén 1937-ben: 10 éves leány 5 hetes korában gombot nyelt le, amit nem vettek észre. A tágult nyelőcsőből extrahálta a gombot, amely 1.8 cm hosszú és 7 mm vastag volt, felette tágulatot talált, a beteg meggyógyult. A különbség az én esetem s az övé közt csak az volt, hogy itt lúgmérgezés is szerepelt az anamezisben s valószinüleg a lúg okozta szükület helyén akadt meg a pénzdarab, mindkét esetben azonosan a nyelőcső II-ik élettani szükületén.

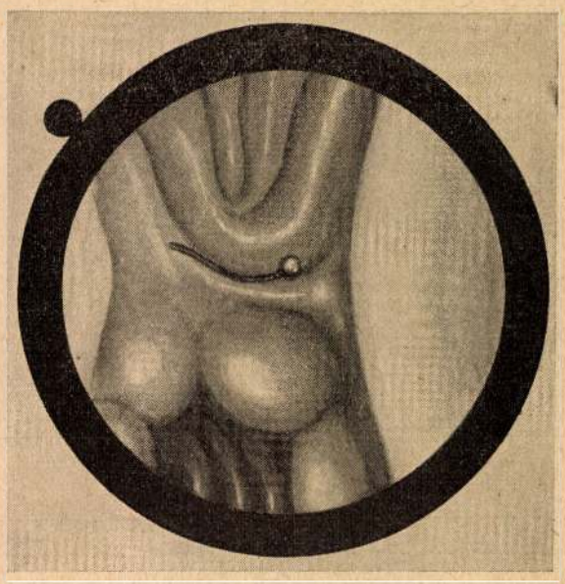
Idegen testek: varratok, fonalak csak a gastroskopon keresztül válnak láthatóvá, ezt a röntgenvizsgálat sohasem mutatja meg. Alkalmam volt nekem is ily esetet észlelni:



4. ábra.

2. *Gyomorműtét után fel nem szivódott Catgut vagy selyemfonál esete.*

G. L. 42 é. munkás. 3 hónapja étvágytalan, evés után fájdalmai vannak. 15 kg.-ot fogyott. Próbareggeli: szabad sósav: 6, összesaciditás: 22 occult vér: ++. Röntgenvizsgálat: a crista vonaláig érő gyomor, a corpus az áthajlás helyének megfelelően csaknem egészen kiegyenesedett, — 6—8 cm szakaszon keskenyebb, merev falú, conturja főleg a nagyhajlati oldalon egyenetlen, elmosódott. A merev falú szakaszon telődése egyenetlenül foltos, rajta peristaltika nem halad át. Abulbus ép. 3 h. p. c. gyomor üres. A beteg 1936 májusában az I. seb. klinikán műtétre került. *(Matolay* prof) *Műtéti lelet:* a gyomor nagy görbületén ökölnyi dudoros a mesocolonnal összekapaszkodott mozgatható daganat, mely áttételt nem okozott, a gyomrot géppel resecálják, typusos sarok anastomosis. A górcsövi vizsgálat adenocarcinomára mutatott. Műtét után is voltak fájdalmai, étvágytalan, fogyott, szédül. Próbareggeli; szabad sósav: 0., összesaciditás: 8, fraktionált vizsgálat alkalmával és histamin próbával is végig anacid. Vérképe: Hb. 85%, E: 4,440.000. L: 7800. Sülyedés 1 ó.: 20 mm Occult vér negativ. *Röntgenvizsgálat:* Ép nyákhártya rajzolat, egy tenyérrel a crista fölött fekvő, jó tonusú gyomorcsonk, melyből a sugárfogó anyag igen gyorsan ürül az ugyancsak ép rajzolatú vékonybél kacsokba. A gyomorcsonk középső oldalán néhány alumínium bronzkapocs árnyék a látható. 5' p. c. a gyomor üres (4. sz. ábra).



5. ábra.

Első gastroskopia: 1937. XI. 24. A nyálkahártya mindenhol durva, széles resectiós nyilás felhányt szélekkel. Felette kb. *1 cm hosszú feketésen incrusztált vékony fonalszerű képlet látszik, melynek egyik vége bunkósan végződik* (5. sz. ábra).

Második és harmadik gastroskopia: Változatlan lelet, eltérés annyiban van csak, hogy egyszer az idegen test a resectiós nyilás felett, máskor tőle baloldalt foglal helyet, aszerint, hogy mily sikban történik a beállítás.

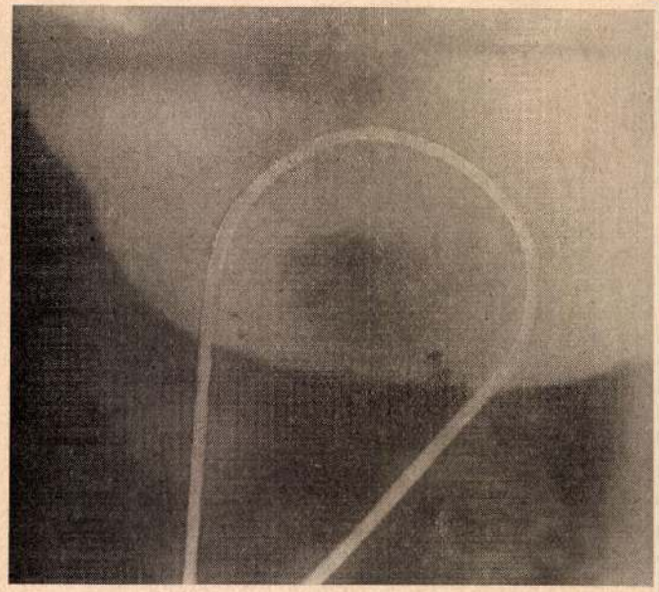
Gastrokopos diagnosis: resecált gyomor, súlyos hypertrophiás gastritis, incrustált varrat a resectiós nyilás mellett. Nyilvánvaló, hogy az operációhoz használt egyik catgut fonal nem szivódott fel s incrustálódott. Ily fonalak többször fekélyre is vezethetnek s ezért többször ellenőrizni kell őket. Jelen esetben ép a gastroscopos kép alapján nem tudtam magam rászánni a relaparatomiára, miután sem a fonal környékén gastritis nem látszott, sem fekélyre utaló elváltozás nem volt látható, különben is az alapbaj, amely miatt műtét történt: rák volt s ily esetekben a resectio utáni fekély keletkezni nem szokott.

3. *Gastroskóppal kórismézet barackmag a gyomorban.*

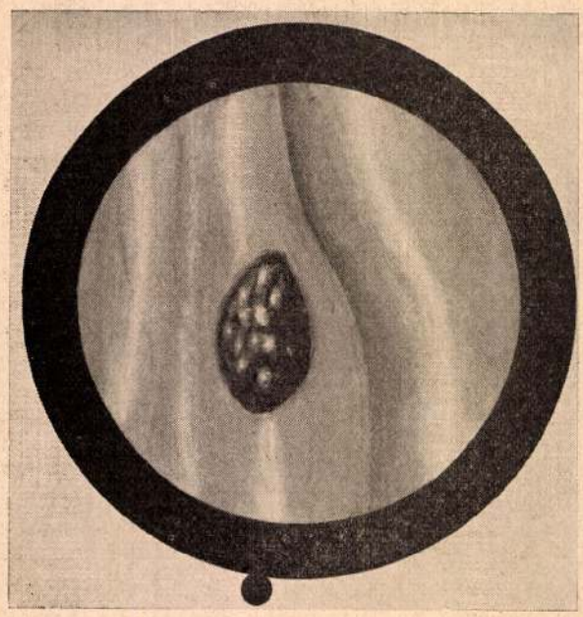
55 éves férfi, öccse gyomorrákban halt meg 42 éves korában. Cc. phobiában szenved. Azzal keres fel, hogy egy fővárosi szanatoriumban megröntgenezték s ott gyomorpolypust állapítottak meg s kérdi megoperáltassa-e ezt?

Négy hónapja hasmenése és gyomorégése van, 7 kg-ot fogyott. Az intézet lelete a következő volt: Lefüző criseszerű peristaltika a pylorusig követhető. A corpus distalis harmada és az antrum határán nyomásra kissé elmosódott kontúrú ovális alakú és diónyi nagyságú árnyékhiány, mely a peristaltikus hullám lefutása közben és a distinctorral gyakorolt nyomással is a gyomron belül jól mozgatható. Diagnosis: *3—4 cm hosszú kocsányon függő diónyi polypus.* A bulbus duodeni ép. Spasticus ep Colon. Próbareggeli: Sz. s.: 18. Összesaciditás 40. Sülyedés: 1 ó 3 mm occult vér: negativ. Szék pépes, lugos, nem nyákos. Saját vizsgálatom azt mutatta, hogy normális a vérkép és a vérsejtsülyedés. A röntgenvizsgálatom azt mutatta, hogy dosiro-

zott kompressióra szilványi duodoros képlet van az antrumban, mely jól mozgatható s fekve felkerül a fundusba is (6. sz. ábra). A felvételen a képlet recéket mutat.



6. ábra.



7. ábra.

A biztos diagnósist a néhány nap mulva elvégzett gastroskopia adta meg: ép antrum — pylorust találtam, a nagy görbületben, a felső harmadon feketés barna rücskös képletet látni, a nyálkahártya helyenként belövelt vörös superficiális gastritisre mutat (7. sz. ábra). A beteg alapos kérdezősködésre kijelenti, hogy 4 hónap előtt gyermekével játszva egy egész őszibarackot nyelt le, de erről megfeledkezett, azóta azonban barackiz szerű felböfögése van. A beteget 3 hónap mulva, miután minden kisérlet, hogy a mag per vias naturales távozzon, hiábavaló volt, megoperálták s a gastrostomiás nyíláson át egy barackmagot távolítottak el a gyomrából. Ritkaságszámba megy, hogy egy barackmag ily hosszú ideig időz a gyoromban s műtéttel kell eltávolítani. *Schindler* s mások is írtak le már idegentesteket a gyomorban (pl. babot), melyeket a gastroskoppal kórismézték. Ez az eset ismét igazolja azt a — sajnos az orvosi köztudatba még át nem ment tényt —, hogy kétes gyamorleletek esetében a gastroskopos vizsgálat döntő lehet. A kioperált barackmagot bariummal meghempergetve lefényképeztem s ez egész jellemző képet mutat, úgy hogy a jövőben már a röntgenvizsgálat is fel kell, hogy hívja rá figyelmünket, ha ily esetről van szó.

Az élettani folyamatok célszerűségének sebészorvosi jelentősége.

Irta: *Reök Iván dr.*, kórházi sebészfőorvos

A sebészet éppenúgy, mint az orvosi hivatás többi ága: alkalmazott tudomány. Nem az a rendeltetése, hogy új igazságokat fedezzen fel, vagy új törvényekkel, elméletekkel s felvetésekkel gazdagítsa az emberiség világképét, hanem céljai megvalósítására a többi tudomány által megszerzett ismeret és tudáskincset kell felhasználnia. Élénk figyelemmel kell tehát kisérnünk a tudományok fejlődését és le kell vonnunk a felfogás változások következményeit.

Köztudomású, hogy a sebészi ténykedés biologiai folyamatok közzé van ágyazva. Mert vagy kórossá lett, az életet s egészséget veszélyeztető folyamatok kényszerítenek bennünket műtéti beavatkozásra, vagy pedig mi magunk vagyunk azok, akik tevékenységünkkel új élettani folyamatokat idézünk elő. A sérülések, fertőzések, belső kőképződések, daganatok mind olyan új, az egyéni életet veszélyeztető folyamatokat váltanak ki, melyeket meg kell szüntetnünk, vagy legalább is módosítani, megváltóztatni, lefolyásában enyhíteni törekszünk. Amikor pedig mi magunk vagyunk kezdeményezők és akár örökölt torzképződményeket, vagy lezajlott megbetegedések következményeit akarjuk kiküszöbölni: legkisebb beavatkozásainkkal, még egyszerű bőrmetszéssel is a sebgyógyulás s regeneráció gyüjtő nevével összefoglalt élettani folyamatoknak s jelenségeknek még távolról sem tisztázott sorozatait indítjuk utnak.

A sebészet nem egyéb tehát hatalmas, évezredek óta folytatott biológiai kísérlet sorozatnál, a sebész minden ténykedése pedig belényulás, beléavatkozás a szervezet életfolyamataiba. Semmi sem lehet fontosabb számunkra, mint ezeknek a folyamtoknak megismerése, megértése, törvényszerüségeik tisztázása, mint ahogy *Balassa* egy évszázaddal ezelőtt hangoztatta már: a kór tüneményeket a természet törvényeiből levont következtetésekkel kell megmagyaráznunk.

Seregszemlét tartva az életfolyamatokat magyarázó elméletek felett, egyetlen egyet találhatunk csupán, mely összhangban volt a szaktudományok felfogásával. Ez a tropizmus elmélet. *Loeb* az összes életjelenségeket, a legbonyolultabb akaratlagos cselekedettől kezdve a legegyszerűbb sejtoszlásig közös nevezőre hozta és energia források felé közeledő, illetve azoktól távolodó kényszerű és szükségszerű mozgások gyanánt fogta fel. *Faraday* nyomán minden dolgot, tehát az élőlényt teljességében, de egyes részleteiben is erőtérben lévőnek tekintett és így külső ingerekre bekövetkező reakcióikat olyan chemiai-physikai változás sorozat gyanánt fogta fel, mely ok-okozati összefüggésben van a teret kitöltő energiák változásaival. Ez az elmélet három pilléren nyugszik: a mozgás, az oksági elv és minden életjelenség physikai-chemiai törvényekkel való kifejezhetőségének előfeltevésén.

Az előfeltevéseket külön-külön kell szemügyre venni, ha helyesen akarjuk értékelni az elméletet. Minden jelenséget mozgásra vezetni vissza: ez a XIX. század physikai világképének volt a következménye. A korabeli physikusok felfogása szerint ugyanis a világ-

mindenség anyagból, erőből, valamint ezek kölcsönhatásait, változásait szükségképpen megszabó elsőleges és egyetemes érvényű természeti törvényekből épül fel. Maga az anyag változatlan atomokból áll és minden változás erőközpontokra ható erők folyománya. Minthogy pedig pontokon más változás nem képzelhető, mint közeledés és távolodás, következéskép a pontokra ható erők csak vonzó és taszító erők lehetnek. Már ebből is láthatjuk tehát, hogy az egész tropismus elmélet nem egyéb, mint egy physikai tétel élettani felfogása.

Ez a törekvés eredményezte az oksági elv szélsőséges alkalmazását is. Az elsőleges természeti törvények egyforma szükségszerűséggel szabják meg a leghatalmasabb égi testnek s a legparányibb atomnak a pályáját. Az egész mindenség tehetetlen, magától járó óriási gépezet tehát és benne önmagával tehetetlen csavar az organismus, legyen egysejtű véglény, vagy sejtek társadalmából álló állat vagy ember.

A harmadik előfeltevés önként következik az előbbi kettőből: az élettelen világ determinismusa maga után vonja az élő világ determinismusát. Ha pedig egységes törvényeknek hódol minden, akkor semmi alap sincs az élő és az élettelen megkülönböztetésére: minden életjelenség physikai és chemiai folyamatokra vezethető maradéktalanul vissza.

Látjuk tehát, hogy a tropismus elmélet egy másik tudományágnak, a physikának tételeit vette át. Ezért helyességének kérdése az élettan területén nem is vitatható, egész egyszerűen a physikai felfogás változásával áll és bukik.

A physikát kell tehát megkérdeznünk. Az itt a kérdés, hogy vajjon az, aki az alapot lerakta önmaga hű maradt-e ehhez és jelenlegi életét ezen az alapon éli-e tovább?! A válasz megdöbbentő! Napjaink physikája nem fogadja el, hanem egyenesen elveti a mult század physikája által alkotott világképet. Egész tudományos életünket felzaklatták a relativitás tan, a quantummechanika, az atomrombolás, a bizonytalansági principium stb. neve alatt ismeretessé vált korszakot alkotó felfedezések és legnagyobb physikusaink egyenesen philosophiai, erőfeszítéseket végeznek, hogy felvá zolják a modern physika gondolatvilágát.

Csupán csak vázlatosan kell felsorolni, hogy a thermódinamika második törvénye, az entropia tétel megdöntötte a mozgások mechanisztikus értelmezését. A jelenségek nem tekinthetők többé atomok mechanisztikus közeledésének és távolodásának, a világfolyamat nem visszafordítható történés, nem monotón körforgás, hanem egy irányú, a kezdettől a vég felé haladó hatalmas sodrú lendület. Az energia mindíg ugyanabban az irányban áramlik épp oly biztosan, mint ahogy a víz lefelé folyik. A lefelé vezető út: rövid hullámhosszúságú sugárzásnak hosszú hullámhosszúságú sugárzássá való átalakulásából áll.

Az *Einstein*-féle relativitástan és a Heissenberg-féle bizonytalansági principium az oksági elv mechanisztikus értelmezését döntötte meg. Ahogy ugyanis a relativitási elmélet szerint lehetetlen a makrokosmos égitesteinek pontos világtérbeli helyét és sebességét megállapítani, úgy a határozatlansági elv szerint a mikrokosmosban az elektron helyzetéről és sebességéről lehetetlen pontosan tájékozódnunk, mert ha pontosan ismerjük helyzetét, csak megközelítőleg ismerhetjük sebességét, vagy fordítva: pontosan ismerve sebességét csak megközelítőleg ismerhetjük helyzetét. *Haas, Weyl* ki is jelentik, hogy az automechanikus folyamatok exact megállapíthatatlansága következtében, az oksági elv, illetőleg annak mechanistikus értelmezése minden jelentőségét elveszíti a physikában.

Az oksági elv szigorú értelmezésének elvetése után fenntarthatatlanokká váltak a mechanisztikus világkép elsődleges természeti törvényei is. A modern physika elvetette tehát a változásokat szükségszerűen megszabó elsőleges természeti törvényeket, s helyökbe a valószínüleg, a statistikai módszer lépett. Ezek alapján fogalmazták meg a másodlagos természeti törvényeket, melyekre *Edington* szerint jellemző, hogy a szigorúan vett oksági elvről tudni sem akarnak és nem azzal foglalkoznak aminek történnie kell, hanem azzal, ami valószínűleg történni fog.

A tropismus elméletnek a physikából kölcsönzött pillérei megdőltek és így az elmélet elveszítette minden jogosultságát. De nem csak egy elmélet dőlt meg, hanem tarthatatlanná vált az az elv, az a gondolkodási irány is, amelyik az egyik szaktudomány alapvető fontosságú tényeit egy másik szaktudomány feltevéseivel akarja megmagyarázni. Az élettan éppen olyan önálló tudomány mint a physika és aki az életjelenségeket minden áron physikai és chemiai folyamatokra akarja visszavezetni, az önkényes módon nem csak a tudomány ágak válaszfalait, rombolja szét, hanem a valóság jól megkülönböztethető részeit, az élő és élettelen világot is összekeveri egymással.

A természetben való tájékozódáshoz, a tudományos kutatáshoz egyformán fegyelmezett gondolkozásra van szükség. Az önmagával tehetetlen anyag letagadhatatlanul különbözik a kezdeményező képességgel és autonomiával bíró élőlényektől: a velok foglalkozó tudományoknak is különbözniök kell tehát egymástól. Kutatásaik tárgyát képező jelenségeket nem egymásból kell levezetniök, hanem mindegyiknek saját területén, saját munkamódszereivel kell azokat megoldania.

A sebészeti tevékenység csak akkor művészet, csak akkor igazi tudomány, ha az életjelenségek természetéről a tudomány mai állásának megfelelő véleményt táplál: ennélkül közönséges ipar, különössebb megbecsülésre számot nem tartó mesterség lenne. Az élet minden megnyilvánulása pedig élettani magyarázatot igényel. Ez a belátás nagy mértékben egyengette a kísérleti biologiai haladását. A kutatók ezrei vették sorra az egyes életjelenségeket s megfigyeléssel és kísérletezéssel iparkodtak fényt deríteni elrejtett lényegükre.

Az első eredmény, mely kétségbevonhatatlanul megmutatkozott az volt, hogy kiderült a biologiai folyamatoknak a reflextevékenységgel való elvi megegyezése. Az élettani tankönyvek meghatározása szerint: a reflexek külső ingerekre bekövetkező, nagy szabatossággal és biztonsággal lefolyó, az élőlény életének és épségének fenntartása szempontjából célszerű, gyakorlást, tanulást nem kivánó olyan gépies működések, melyek már a legelső alkalommal is teljes szabatossággal folynak le és bennök az egyéni tudásnak, akaratnak, állásfoglalásnak szerepe nem lévén, az élőlény „én"-jétől szükségképpen függetlenek. Ha ebből a meghatározásból kihagyjuk a külső ingerekre történő bekövetkezést, akkor az azonnal érvényes lesz az összes öntudatlan élettani folyamotokra, az anyagcserére, növekedésre, szaporodásra, sebgyógyulásra és regenerációra.

Az élettevékenységeknek ez a meghatározása nem elmélet, nem magyarázat, hanem csupán csak egyszerű összefoglalása a mindenki által tapasztalható és kísérletekkel mesterségesen előidézhető tényeknek. Ha tehát

meg akarjuk érteni a valóságban lezajló folyamatot, akkor nem kell egyebet tenni, mint minél több oldalról világítani meg a tényeket és előítélet nélkül levonni önként adódó következményeiket.

A biologiai folyamatok az élőlény életének és épségének fenntartása szempontjából célszerűek: állítja a minden napos megfigyelés. A szerves élet alapját képező anyagcsere felületes megfigyelése is elvitathatatlanná teszi ezt az állítást. Köztudomású, hogy minden élőlény a szerves sejt anyagot a működés ideje alatt elégeti, a pihenés és nyugalom állapotában újra felépíti és ezért a chemiai anyagok gazdag keverékéből, melyek környezetében, tápanyagaiban oldott állapotban vannak kizárólag csak azokat a vegyületeket, elemeket vagy esetleg csak bizonyos atomcsoportokat válogatja ki, melyeket alkalmasoknak talál arra, hogy felhasználva őket a protoplazma különleges alkatát újra visszaállítsa. *Rignano* nyomatékosan kiemeli, hogy éppen ebben a kiválogatásban mutatkozik legtisztábban a célratörő szándék. Az egész anyagcsere irányítottságát, valóságos szándékosságát kell kiolvasnunk abból, hogy mindig kizárólag és pontosan az építtetik fel ,ami a megelőző bomlási folyamatokban elpusztíttatott és hogy az assimilátió és dissimilátió állandó egyensúlyban tartatik és végeredményben a szervezet fennmaradását biztosítja.

Szemléltetően bizonyítja az élettani célszerűséget az egyénfejlődés. A szerkezetnélküli petesejtből, mint *Driesch* mondja" a csiraanyag harmóniás aequipotetiás rendszeréből" célra törő tevékenységgel épül fel az élőlény teste. A növekedő magzat mindenegyes fejlődési fokozatán „a compositio harmóniáját" mutatja és a sokféle morphogenetikus folyamat összegeződése egy határozott irányt mutat, egy biztos célt szolgál: egy olyan csadálatos működésbeli egység megteremtését, melyen belől minden egyes rész az „egész" életének fenntartását és jólétének biztosítását szolgálja.

A természettudományi kutatás alaposságra és rendszerességre törekvő szelleme nem elégszik meg a megfigyeléssel, hanem a nyert eredményeket kísérletekkel törekszik bebizonyítani. Az egyéni fejlődés célszerűségének igazolására *Harrison, Geinitz, Mangold, Spemann* és mások a petében hiányokat idéztek elő, egyes peterészeket elöltek, hogy a következményes kiesési tüneteket vizsgálhassák. Torzfejlődéseket hoztak létre, egyes peterészeket isoláltak, másokat megjelöltek, hogy további kialakulásukat megfigyelhessék. A petén belül egyes peterészeket áthelyeztek, egymással felcseréltek, különböző peték részeit cserélték ki egymással, sőt több petét, peterészt, vagy szervtelepet is egybeolvasztottak, hogy a természetes rendszert teljesen felforgatva az egyes részek kölcsönhatásait s az önszabályozási képességeket és lehetőségeiket megismerhessék és így fogalmat alkossanak az ontogenetikai folyamatok célszerűségének természetéről.

A regenerátió megfigyelése és véres beavatkozásokkal kikényszerítése szintén az élettani célszerűség tényét bizonyítja. *Herbst* hívta fel a figyelmet arra, hogy míg a rákok eltávolított szeme regenerálódik, addig ha a szemet kocsányával, tehát a látóideg dúcaival együtt távolítjuk el, már nem szem, hanem tapogatószerv regenerálódik. A tapogató a szomszédos idegendúcokkal állván kapcsolatban az észrevevés szolgálatába állítható, a látóidegdúc nélküli szemmel azonban nem láthatna az állat. Ceriantusnak, mint az összes tengeri rózsáknak fogókarokkal van körülvéve a szája. *Uexküll* szerint bárhol készítünk is rajta egyszerű bemetszéssel új szájat, fogókarok kisarjadzását észlelhetjük az új száj körül. A további kísérletek felsorolása helyett, ami egyébként is lehetetlen, hiszen könyvtárat töltenek meg — magára a sebészetre utalok. Mert ez lényegében véve nem egyéb, mint egy bonyolult kísérlet sorozat, melyben az organismust célszerű tevékenységek megindítására sarkaljuk.

Megfigyelés és kísérlet egyformán igazolja az élettani folyamtok célszerűségét. Mielőtt azonban hozzáfoghatnánk a célszerűség megmagyarázásához: tisztáznunk kell az oksági elvhez és a többi szaktudományi felfogáshoz viszonyát. Ha az oksági elvvel hasonlítjuk össze a célszerűséget: azonnal nyilvánvaló, hogy a két fogalom nem ellentétes, hanem egymást kiegészíti: az egyik a multba tekint, a másik viszont a jövő felé irányítja a figyelmet. Az oknyomozó gondolkozás visszafelé tekint: azt vizsgálja, hogy a jelenlegi eseményeknek milyen előzményei voltak a multban. A finalistikus, a célt kereső pedig azt kutatja, hogy az elérendő cél, a jövőben megvalósuló esemény milyen cselekmények véghezvitelét kívánja a jelenben. Mindazonáltal vigyáznunk kell, hogy a célszerűséget ne tartsuk valamiféle fordított irányú causalitásnak. A cél nem hathat úgy mint az ok — fejtette ki már 1890-ben *Ehrhart*, mert ami csak a jövőben fog megvalósulni, az még nem idézhet elő változásokat a jelenben.

A célszerűség és az okszerűség összecserélésének megbocsáthatatlan hibájától különben is megment bennünket a modern physika világképe. Amikor ugyanis a thermodinamika II. törvénye alapján bebizonyosodott, hogy az idő valóság és iránya megfordíthatatlan, akkor nyilvánvaló lett, hogy a jövő azt a valóságos újat jelenti, ami nem a multnak szükségszerű folyománya. A korszerű kosmogóniai elméletek, mint pl. De *Sitter*-é a tér és az idő egyenjoguságán alapulnak. Szerintük a világtörténés olyan tér-idő coordináta rendszerrel ábrázolható, ahol minden „itt és most"-nak előzménye csak az absolut multban és következménye csak az absolut jövőben lehet. Az oksági elv korszerű értelmezése szerint tehát az „itt és most" pillanatában olyan valami keletkezhetett, aminek, mivel oksági láncolatokat indít meg, következményei lesznek az absolut jövőben, anélkül, hogy előzményei lettek volna az absolut multban. Ennek a multból levezethetetlen, előzménynélküli „itt és most"-nak a kereteit, melyek között bekövetkezése lehetséges, a valószínűségi törvények jelölik ki, előidézője pedig nem más, mint (a physika nyelvén szólva) a véletlen. Ez a véletlen tehát teljesen szabálytalan, indeterminált világot alkot, amely kifelé a statistikaszerűség és valószínűség révén alakul át a tapasztalat világának szabályosságába és determináltságába. A véletlen következménye az „esély" ez pedig a megszabottságnak, szükségszerűségnek, kiszámíthatóságnak ellentéte.

Ennek belátásával már meg is érkeztünk felvetett kérdésünk megoldásának küszöbéhez. A sebészetnek, ha helyesen akarja értékelni műtéti bevatkozásaival kapcsolatos életjelenségeket: a modern physika világképét korunk élettani felfedezéseivel és megállapításaival kell egybevetnie. Korunk physikája ugyanis a világmindenségben olyan kereteket lát, melyeken belől szabad események lépnek fel. A physikust nem érdekli az események előidézője, azt egyszerüen a „véletlen" szimbólumával jelöli és csupán csak a bekövetkezett esemény mechanikusan legördülő lefolyását tanulmányozza. Korunk élettena és lélektana viszont elfogadja a physika által kijelölt kereteket és azt kutatja: kicsoda, miért, hogyan idéz elő új eseményeket és mi célja van velük?

Ma még megoldás helyett természetesen csak feltevések állanak rendelkezésünkre. Legelfogadottabb közülök az organizmikus felfogás. Ez minden élőlényt két összetevőből, anyai és szellemi valóságból levőnek tekint. A szellemi összetevőt azonban összetettnek tartja és megkülönbözteti benne az élőlény lelkét az általános életjelenségeket előidéző és fenntartó ismeretlentől Az egyéni lélek és a benne önmagára eszmélő „én" az aki az öntudatos és akaratlagos cselekedetek előidézője. A másikat, az ismeretlen szellemi valóságot a kutatók szimbólikus névvel jelölik *(Becher, Pauli* psychének, *Driesch* psychoidnak, *Huzella* organisatiónak, *Rignanó* immanens erőnek, *Reinke* szellemi principiumnak, *Schaxel* entelechiának stb.) —és azért tartják valóságnak, mert valóságos eredményeket idéz elő s fogalmi meghatározás helyett — (ami különben sem természettudományi, hanem metafizikai feladat) — hatásaiból próbálnak meg visszakövetkeztetni rá. Megfigyeléseik és kisérleteik alapján tevékenységét célszerünek tartják, a célt pedig a biológiai törvények által kijelölt kereteken belőli életfentartásban, tehát éltető tevékenységében látják.

Az egyéni lelket és a benne önmagára eszmélő „én"-t a magatartástan, a lélektan tanulmányozza és kiderítette, hogy céljait tapasztalatokkal megszerzett tudással, kisérletezés és próbálkozással, (*Jennings:* trial and error.) kudarcain való okulással iparkodik elérni. A szellemi tényezőt a kisérleti biologia s embriologia kutatja és azt bizonyítgatja, hogy céljait primaer tudással s képességekkel, szabadon, kisérletezés s próbálkozások nélkül, vagyis azonnal befejezett tökéletességgel oldja meg.

Bár az organizmikus felfogásnak ma még csupán csak homályos körvonalai kezdenek kibontakozni előttünk, mégis annyit már is megállapíthatunk róla, hogy nem ellentéteket, nem újabb feszültségeket hoz, hanem kiegyenlítődést. Nem dob el semmit ami használható, sőt inkább a jövőbe menti át a mult tapasztalati kincseit. Szembeszökően mutatkozik ez meg éppen az említett tropizmus elméletnél. Minden gondolkozó ember előtt világos ugyanis, hogy az élőlények mivel nem tehetetlen szenvedői a környezet történéseinek, mint a víz sodrától görgetett s physikai törvények szerint kaviccsá, homokká koptatott szikla: szembekerülnek a physikai világmindenség sodrával. A két egymással ellentétes irány feszültségeket idéz elő s az élet számára mindig újabb és újabb problémákat vet fel. A tropizmusok tapasztalati tényében is, — mint ahogy *Zimmermann* kifejti — ilyen problémát és egyben ennek célszerü megoldását kell látnunk. Mert „a pozitiv geotropizmus révén a gyökér a legrövidebb utat követve hatol be a föld mélyébe s a növény rögzítését és vizellátását tökéletesen biztosítja. A negativ geotropizmus a növény napfényben és levegőben való kibontakozását segíti elő, a vertikálisan álló törzs pedig a statikai problémák célszerű és tökeletes megoldását jelenti". A mi tehát a tropizmus „elmélet"-ben helyes megfigyelés, az mindörökre igaz és hasznos építő tégla lesz az organizmikus felfogásban. Ami viszont tulzott következtetés, helytelen általánosítás, az kellő értékére száll le.

Kétségtelen, hogy az elé a feladat elé kerültek az élettel foglalkozó tudományok és igy az orvosi tudomány is, mint amit korunk physikája már szerencsésen megoldott. *Millikan* szavaival jellemezve ezt, azt mondhatjuk: nem tudományos forradalomra, hanem kiegészítésre van szükség! „Einstein nem pótolja Newtont, csak kiegészíti. Mindaz ami a Newton-féle mechanikában tények eredménye, megcáfolhatatlanul igaz. Az egész Newton benne van Einsteinban".

Nekünk sem kell eldobni a mechanisztikus felfogás eredményeit, a sok évtized fáradságos kutató munkájának gyümölcsét, hanem mint nagyobb egységbe, be kell illeszteni őket korunk organizmikus felfogásába. A korszerű sebészet akkor áll tehát hivatása magaslatán, ha túlhaladott feltevések helyett a tudomány mai állásának megfelelő tények, ismeretek és elméletek alapján értékeli az életfolyamatokat.

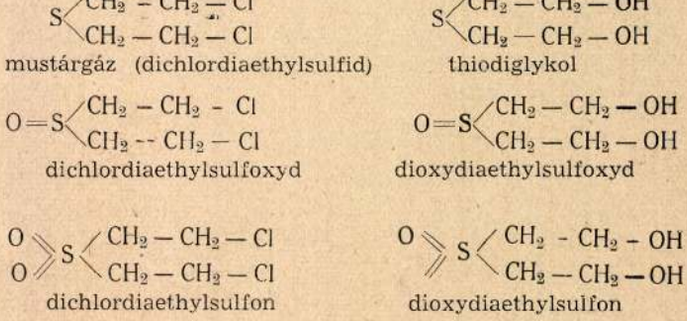
A Pázmány Péter Tudományegyetem gyógyszertani intézetének (igazgató: Vámossy Zoltán ny. r. tanár) és II. belklinikájának (igazgató: Boros József ny. r. tanár) közleménye.

A mustárgáz chlorjának szerepe hatásmechanismusában.

Irta: *Kucharik József dr.* és *Telbisz Albert dr.*

A mustárgáz milligramm-nyi mennyisége a bőrre jutva már létrehozza a jellemző hólyagot, illetőleg állaton a helyi vizenyőt. Ez a rendkívüli hatásosság a mustárgázt a legerősebb mérgek közé sorozza és különböző elméleti feltevéseket indított el hatásmechanismusát illetőleg. A *Róna—Flury* féle elmélet pl. — mint a phosgénnél — úgy ennél a vegyületnél is a belőle a sejten belül lehasadó sósavat tette felelőssé e hatásért. Feltételezhetőnek látszott ez azért is, mert a thiodiglykol teljesen hatástalan vegyület, ha pedig a két hydroxylgyök helyére sósav hatására két chlor molekula lép be, akkor a nagyon hatásos mustárgáz keletkezik. Az anyag biológia hatásakor viszont a folyamat fordítottját: a sósav lehasadását kellene Róna szerint feltételeznünk. A mustárgáz tehát csak mint sósav vivő és leadó anyag szerepelne. A mustárgáz vizes oldatban csakugyan aránylag könnyen hydrolyzál és ilyenkor sósav hasad le belőle. *A mustárgáz tetra és hexachlorszármazékai azonban, melyek vegyi tulajdonság szempontjából (lipoidoldhatóság, hydrolyzálás) sokban megegyeznek a mustárgázzal, mégis sokkal kevésbbé hatnak a bőrre, mint a mustárgáz. Viszont a mustárgáz oxygén származéka, a dichlordiaethylsulfon gyakorlatilag nem hydrolyzál, mégis ugyanolyan, illetve még erősebb vizenyőtkeltő, mint a mustárgáz.* A mustárgáz hatásmechanismusában a kóroktan szempontjából legfontosabbnak látszó chlor szerepét tehát kisérletileg el kellett döntenünk.

Kisérleteinkben úgy gondoltunk eljárni, hogy kipróbáltuk a mustárgáz és és chlormentes származékainak hatását. Ezek a következő vegyületek:



mustárgáz (dichlordiaethylsulfid) — thiodiglykol

dichlordiaethylsulfoxyd — dioxydiaethylsulfoxyd

dichlordiaethylsulfon — dioxydiaethylsulfon

A *dioxydiaethylsulfoxyd* fehér, kristályos anyag. Vízben jól oldódik. Olvadáspontja: 112°C. Előállítása: 24 g tiszta thiodiglykolt 50 ccm acetonban oldunk és részletekben 22 g H_2O_2-t adunk hozzá. A felmelegedés közben lezajlott reactio után még annyi acetont adunk hozzá, amig már több csapadék nem képződik. Nehány órai állás után a csapadékot szűrjük és kevés acetonnal mossuk. Kevés alkoholból az anyagot átkristályosítjuk.

A *dioxydiaethylsulfon* fehér anyag. Vízben jól oldódik. Előállítása: 13.8 g dioxydiaethylsulfoxydot 5.4 g perhydrollal (pro. anal. Merck) vízfürdőn bepárolócsészében 2 órán át melegítünk. Lehűtjük és késhegynyi Na_2CO_4 sicc.-mal keverjük. Néhány órai állás után leszűrjük. A szűrlet hidegben megdermed és szobahőmérsékleten továbbra is ilyen állapotban marad.

Kisérleti állatnak, mint eddig általában a tengeri malacot használtuk. Az anyagokat vizes oldatban a lenyirt hasbőrre intracután adtuk. Ezáltal az anyag helyi hatását kifejtheti, viszont a testben maradása is kétség telen, ami egyes nem lipotrop anyagok percután fel nem szívódó tulajdonságával szemben fontos. Az anyag alkalmazása után huzamos ideig figyeltük egyrészt a helyi reactiót, másrészt az állat általános állapotát. A helyi reactio mustárgázra, illetve dichlordiaethylsulfonra a következő szokott lenni: bőrinfiltrátió kezdődő, közepérős, majd erős vizenyő, amely kezdetben laza, lágy tapintatú, később indurált lesz. A mustárgáz és a dichlordiaethylsulfon hatásának részletes jegyzőkönyveit nem kell közölnünk, csupán összehasonlításképpen megjegyezzük, hogy már 1 mg anyag a fent leírt elváltozásokat hozza létre mintegy 20 f-nyi — 1 P-nyi területen. A dichlordiaethylsulfoxyd bármely mennyisége teljesen hatástalan.

Mindenekelőtt nehány kisérletben kipróbáltuk a thiodiglykol hatását. Az anyag hatástalansága ismert, de tengeri malacra nézve nem találtunk kisérleti leírást.

I. *Thiodiglykol.*

0 óra: 0.1 ccm tiszta (tömény anyag intracutan).
10 perc mulva: a keletkezett hólyagcsa változatlan
30 perc mulva: a hólyagcsa valamivel kisebb
1 óra mulva: a hólyagcsa lényegesen kisebb, a bőr laza, petyhüdt, a környék kissé hyperaemiás
3 óra mulva: a hólyagcsa helyén a bőr kissé infiltrált, 2 egymás mellett lévő helyen lencsényi bőrvastagodás
8 óra mulva: a lencsényi bőrvastagodás alig észlelhető
16 óra mulva: tünet nincs
24 óra mulva: tünet nincs.

Az állat általános állapota változatlanul jó.

Több kisérletünkben ugyanazt észleltük, annyi különbséggel, hogy némelykor már 3 óra mulva teljesen ép volt a bőr, illetve mint maximumot, hogy 8 óra mulva múlt el az izgalmi hyperaemia. A mustárgázra (csak mg-okat adva, mig az elöbbiből több, mint 100 mg-ot adtunk) 16—24 óra múlva éri el a vizenyő a maximumot, amely 3—4 napig megmarad, pörkösödés indul meg stb. A thiodiglykol viszont nagy mennyiségben adva is a kezdeti hyperaemián kivül teljesen hatástalan, helyi vizenyőt sem okoz.

II. *Dioxydiaethylsulfoxyd.*

A következő kisérleteket emeljük ki:

a) 0 óra: 1 ccm 1%-os vizes oldat intracután (0.01 g anyag)
1 óra mulva: a hólyagcsa felszívódott, a bőr laza, kissé vastagabb
3 óra mulva: a bőr kissé laza és valamivel vastagabb
8 óra mulva: a bőr teljesen ép
24 óra mulva: tünet nincs.

Az állat általános állapota változatlanul jó.

b) 0 óra: 1 ccm 10%-os vizes oldat intracután (0.10 g anyag)
1 óra mulva: a hólyagcsa felszívódott, helyén a bőr laza, vékony udvarban infiltrált
3 óra mulva: a hólyagcsa helyén 2 P-nyi helyen vastagabb infiltrált bőr
8 óra mulva: a bőr teljesen ép
24 óra mulva: tünet nincs

Az állat általános állapota változatlanul jó.

Összesen tiz kisérletet végeztünk egyező eredménynyel: azaz 8—24 óra mulva már teljesen ép bőrt találtunk.

III. *Dioxydiaethylsulfon.*

A következő kisérleteket emeljük ki:

a) 0 óra: 1 ccm 1%-os vizes oldat intracután (0.01 g anyag)
1 óra mulva: a hólyagcsa felszivódott, helyén a bőd laza, de ép
3 óra mulva: a bőr teljesen ép
8 óra mulva: a bőr teljesen ép
24 óra mulva: a bőr teljesen ép

Az állat általános állapota változatlanul jó.

b) 0 óra: 1 ccm 10%-os oldat intracután (0.10 g anyag)
1 óra mulva: a hólyagcsa felszivóban, főleg felső felében és rajta túl félholdalakban hozzácsatlakozva kb. 1 P-nyi területen 2—3 mm-nyi laza vizenyő, illetve bőrvastagodás
8 óra mulva: 20 f-nyi helyen a bőr alig vastagabb, tonustalan
24 óra mulva: lencsényi helyen kis infiltratió, a bőr egyébként teljesen ép.

Az állat általános állapota változatlanul jó.

Ebben a csoportban is összesen 10 kisérletet végeztünk.

Mustárgáz vagy dichlordiaethylsulfon okozta helyi vizenyőhöz hasonlót ez anyagok tehát megközelítően sem okoznak, csupán a felszivódással járó enyhe reactiót észleltük.

Kipróbáltuk tehát a thiodiglykol, a dioxydiaethylsulfoxyd és a dioxydiaethylsulfon hatását és mind a hármat hatástalannak találtuk. Az észlelések közül főleg az elsőnek és az utolsónak van jelentősége, mert ezeknek az anyagoknak chlorszármazékai a mustárgáz, illetve a dichlordiaethylsulfon igen hatásosak. A chlornak tehát a hólyag, illetve a helyi vizenyő keletkezésében fontos szerepet kell tulajdonítanunk. A Rona—Flury elmélet sósav lehasadását ez nem erősíti meg, mert megmagyarázatlanul marad a dichlordiaethylsulfon igen erős hatása, annak ellenére, hogy ebből az anyagból sósav nem hasad le. Valószinübbnek látszik, hogy a chlor, mint az egész molekula elválaszthatatlan része szerepel és kölcsönöz annak oly tulajdonságot (sejtbehatolást vagy ingerhatást), aminek folytán a molekula mint ilyen *egészében* hatásossá válik. A tetra és hexachlorvegyületek gyakorlati hatástalansága nem szól ellene ennek a feltételezésnek. A gyógyszertanban számos gyógyszer hatása megváltoztatható, illetve fokozható újabb gyökök vagy oldalláncok bevitelével, mégis bizonyos anyagok, melyeket elméleti feltételezés alapján igen hatásosaknak gondolunk, a gyakorlatban alig hatásosaknak, vagy hatástalanoknak bizonyulnak. A tetra és hexachlorvegyületek hatástalansága csak a sósav lehasadásos elméletét gyengíti, tekintettel a bennük levő sósav lehasadására és evvel párhuzamosan mutatkozó hatástalanságukra.

Összefoglalás: 1. A thiodiglykol és oxygenszármazékai hólyagot, illetve helyi vizenyőt nem okoznak, a megfelelő chlorszármazékokkal (mustárgáz, dichlordiaethylsulfon) ellentétben.

2. Feltételezzük, hogy a mustárgázban a chlor nem a hydralyzáláskor lehasadó sósav révén hat, hanem a molekulának kölcsönöz oly tulajdonságot, minek folytán az hatásossá válik.

A Ferenc József Tudományegyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájának közleménye. (Igazgató: Miskolczy Dezső ny. r. tanár.)

A gyógykezelés hatása a paralysis progressivás beteg liquorára.

Irta: *Schmidt Gusztáv dr.*

A mesterséges láz hatását a paralysis progressiva gyógyulásában *Wagner Jauregg* 1933-ban úgy foglalta össze, hogy leghatástalanabbak a nem a mikroorganismusok által termelt anyagok, második helyen állanak a mikroorganismusok termékei s leghatásosabb maga a fertőző betegség. A klinikai tünetek javulását a különböző lázkúrák után sokan és kimeritően tanulmányozták. Jól ismert a malariás láz hatása a liquorra, azonban hiányzik egy nagyobb statistika a többi lázkeltő eljárás hatásáról. Ezért időszerű a klinikákon pyriferkezelésben részesült betegek liquorleleteiről beszámolni és a malariával elért eredményekkel párhuzamot vonni. A lázkúra után rendszeresen végeztünk specifikus kezelést is, néhány betegünknek pedig a pyrifer-kezelés közben a láz tetőfokán adtunk salvarsant.

A malariakúra elvégzése után a paralytikusok liquorában igen nagy százalékban javulás indul meg. Ez függ attól, hogy milyen régi a folyamat; minél régebben positiv a liquor, annál resistensebb *(Dattner)*. Az egyes kóros elváltozások hetek, hónapok, sőt évek mulva fejlődnek vissza *(Georgi, Münch)*. Még a teljesen elbutultnak is negativvá válhat a liquora. Nem oszthatjuk *Horn* nézetét, mely szerint ez a jelenség a szervezet allergiájával magyarázható, vagyis hogy a szervezet nem tudja sikerrel felvenni a harcot a spirochaeták ellen. A liquor gyógyulása csupán annak jele, hogy a syphilises folyamat lezajlott. *Plaut* előrehaladott esetekben egy évvel a kezelés után 5%-ban messzemenő, 45%-ban mérsékelt liquorjavulást talált, 50%-ban a liquor változatlan maradt, mig a tartósan remittáltaknál a megfelelő számok 30%, 60% s 10% voltak. 132 tartósan remittált paralytikusnál negativnak találta a liquort a malariakúra után 1—3 évvel 33%-ban, 3—5 évvel 77 és 5—10 évvel 94%-ban. A megfelelő számok 94 stationaer esetnél 27, 73 és 88 voltak. Hasonló eredményekről számol be *Dattner*.

A kóros liquorelváltozások visszafejlődése bizonyos sorrendben történik. Leghamarabb következik be a sejtszám csökkenése, nem ritkán már rövid idővel a kúra után a normálisig. Qualitativ javulás mutatkozik abban, hogy a kúra után csak kis lymphocytákat találunk, más sejtelemek eltünnek. A permeabilitás, melyről tudjuk, hogy láz alatt emelkedik, különben szintén a paralytikus folyamat labilisabb factorai közé tartozik. *Walter* szerint a kezeletlen paralytikusok 85, a kezeltek 35%-ában emelkedett a permeabilitás. A kolloidgörbék viselkedése igen különböző. Gyakran már hetek múlva veszítenek mélységükből s atypusos, abortiv alakot nyernek; a lueses csipkéhez hasonlóvá is válhatnak. *Kafka* szerint jó prognostikus jel, ha a görbe a lues cerebrire jellegzetes formát veszi fel. Néha évekig nem változik a kolloid-görbe, vagy évekig eltart, mig a teljes remissio beáll, sőt egy kis csipke nem egyszer megmarad. A Wassermann-reactio lassabban lesz negativvá, sokszor a liquorban korábban, mint a vérben. Rendszerint először a 0.2, majd 0.5, végül 1.0 ccm liquorral végzett Wa.-r. lesz negativ. Egyikmásik pótreactio tovább positiv marad. Aránylag sokáig magas marad a liquor összfehérjetartalma is, főleg a globulinfractio s ezért a fehérje-relatio is csak évek mulva közelíti meg a normális értéket.

Igen kevesen vizsgálták a liquor változását pyriferkezelés után. *Siemerling* 21 esetéből a Wa.-r. 4-ben, a sejtszám 9-ben, a fehérje 7-ben gyógyult, javult, illetve az aranysol görbe nem változott. *Runge* és *Melzer* 22 esetében a sejtszám lényegesen, a fehérje-tartalom kevésbbé javult; a Wa.- és kolloid-reactiók csak 3—3 esetben váltak negativvá. *Schreus* és *Bernstein* combinált pyrifer-salvarsan feltöltő eljárásukkal kapcsolatban hasonlították össze a malariát a pyriferrel, az ő módszerük alkalmazása után a liquor 4 esetben gyógyult, 1 esetben javult, mig 3 esetben változatlan maradt; malária után a megfelelő értékek 3, 0, ill. 1 voltak. *Münch* és *Schlirf* emlitik mint érdekességet, hogy két esetükben még a liquor Wa. is negativvá vált. *Mandl* és *Sperling* szerint a pyrifer hatása a paralytikus liquorra nem oly mélyreható és tartós, mint a malariáé. *Kumbruch* szerint pyriferkúrában is leghamarább változik a sejtszám, másodsorban a kolloid-reactiók, végül a Wa.-r. csak ritkán javul, vagy lesz negativvá.

Összehasonlítás szempontjából fontos még megemlítenem, hogy a paralytikus liquornak spontán, vagy specifikus kúrára bekövetkező gyógyulása a legnagyobb ritkaság. Általában a legjobb esetben a pleocytosis visszafejlődése, a kolloidgörbék jobbra eltolódása, atypusossá alakulása várható, ritkán normalis fehérjeértékek, s a Wa.-r. negativvá válása kisebb mennyiségeknél (0, 1—0, 2).

Mindezek előrebocsátása után rátérek klinikánk anyagának ismertetésére. A mellékelt táblázatokban összefoglalt 80 esetnél feltüntettük, hogy milyen javulás állt be 1, ill. 2 éven belül s két évnél hosszabb idő múlva. Meg kell jegyeznem, hogy a malariakúrát akkor végeztük el, ha nem volt ellenjavalata. Pyriferkezelésre pedig azok a betegek kerültek, akiknél kiméletesebben kellett eljárnunk, vagy akiknél az ápolási idő rövidre volt szabva, s az inkubációs időt nem lehetett kivárni. A harmadik csoportba olyan betegeket soroltam, akiknél a malariakúrát félbe kellett szakítanunk, vagy akiknél az magától megszakadt, továbbá azokat, akik ismételten kerültek lázkezelésre, s a második alkalommal az előbb nem alkalmazott kezelési módot választottuk. Mind a malária-, mind a pyriferkezelésnél lehetőség szerint 10—15 lázrohamot vártunk be és csak a 39.0 C°-on felüli hőemelkedéseket vettük számításba.

1. táblázat.

Kezelés	Vizsgálat	1 éven belül I.	1 éven belül II.	1 éven belül III.	2 éven belül I.	2 éven belül II.	2 éven belül III.	2 évnél több I.	2 évnél több II.	2 évnél több III.
Malaria	Fehérje	1	5	3	2	—	2	3	1	3
	Sejt	5	2	1	3	1	1	3	1	3
	Kolloid	—	—	7	2	2	1	1	1	3
	Wa.-r.	3	1	2	2	—	2	3	1	2
Pyrifer	Fehérje	3	4	12	—	4	6	2	6	6
	Sejt	3	10	5	1	5	4	2	5	6
	Kolloid	1	4	12	—	2	9	4	5	6
	Wa.-r.	3	1	13	1	2	8	3	1	9
Pyrifer+ Malaria	Fehérje	1	3	1	1	3	—	3	1	4
	Sejt	1	4	—	2	2	—	2	5	—
	Kolloid	1	1	3	—	3	1	2	2	4
	Wa.-r.	1	1	2	3	—	1	3	2	3

I. = gyógyult; II. = javult; III. = változatlan.

2. táblázat.

Kezelés	Vizsgálat	1 éven belül I.	1 éven belül II.	1 éven belül II.	2 éven belül II.	2 éven belül II.	2 éven belül III.	2 évnél több I.	2 évnél több II.	2 évnél több III.
Malaria	Fehérje	11	56	33	50	—	50	43	14	43
	Sejt	63	25	12	60	20	20	43	14	43
	Kolloid	—	—	100	40	40	20	33	17	33
	Wa.-r.	50	17	33	50	—	50	50	17	33
Pyrifer	Fehérje	16	21	63	—	40	60	14	43	43
	Sejt	16	57	27	10	50	40	15	38	47
	Kolloid	6	24	70	—	18	82	26	34	40
	Wa.-r.	18	6	76	9	18	73	23	8	69
Pyrifer+ Malaria	Fehérje	20	60	20	25	75	—	37	13	50
	Sejt	20	80	—	50	50	—	39	71	—
	Kolloid	20	20	60	—	75	25	25	25	50
	Wa.-r.	25	25	50	75	—	25	38	24	38

I. = gyógyult; II. = javult; III. = változatlan.

Mindjárt első rátekintésre feltünik, hogy két évnél hosszabb idő múlva a malariával kezeltek közül csak 3 beteg liquora maradt változatlan. Ezek egyikénél a kúrát követő liquorvizsgálatig 4 év telt el.

Az eset a következő volt: I. A. 1932 okt. Liquorlelet: sejtszám 47/3, Pándy, Nonne-Apelt + + +, Paraffin-r. 666654100, Wa.-r. + +. 1932 nov. és dec.-ben 15 lázrohamból álló malariakúra. Liquorlelet 1937 jan.-ban: sejtszám 97/3, Pándy, Nonne-Apelt + + + +, Paraffin-r.: 56666200, Wa.-r.

++++. Feltételezhető, bár nem valószínű, hogy a liquor közben javult, majd ismét rosszabbadott.

A liquorrecidiva elég ritka, pl. *Kerl* 38 eset között (melyek közül 34 sanálódott), 1-ben, *O'Leary* ugyancsak összesen 1 esetben talált liquorrecidivát. Feltünő továbbá, hogy malária kezelés után 3 liquor teljesen gyógyult 2 évnél hosszabb idő után, szemben a pyriferes eredményekkel, melyek közül csak 2 sanálódott s 6 változatlan maradt.

Különösen a II. táblázatban láthatjuk jól, hogy a pyriferrel kezeltek liquora egy évvel a kúra után éri el a javulás legnagyobb fokát, később már nem látunk számottevő előrehaladást, sőt visszaesést sem zárhatunk ki, mert mig egy éven belül a fehérje 63, sejtszám 27, kolloid 70, Wa.-r. 76%-ban marad változatlan, a megfelelő százalékszámok a második évben 60, 40, 82 ill. 73, később pedig 43, 47, 40, ill. 69.

3. táblázat.

		I.	II.	III.
Első pyrifer kúra után	Fehérje	—	3	7
	Sejt	1	4	5
	Kolloid	—	2	8
	Wa.-r.	1	—	9
Második pyrifer kúra után	Fehérje	—	5	5
	Sejt	2	4	4
	Kolloid	—	4	6
	Wa.-r.	1	2	7

I. = gyógyult; II. = javult; III. = változatlan.

A III. táblázat 10 olyan esetünket tünteti fel, amelyeknél 2 éven belül a pyriferkúrát megismételtük. Mint láthatjuk, a 2. kúra után valamivel — bár nem lényegesen — több a javult esetek száma.

Ha a különböző kezelésmódokkal két éven belül elért eredményeket hasonlítjuk össze, kitünik, hogy a malariával kezeltek liquora 50%-ban sanálódott, a pyriferrel kezelteké még 10%-ban sem. Malariás eseteink kis számuk ellenére is összehasonlítás alapját képezhetik, mert a kapott eredmények a már említett irodalmi adatokkal egybevágnak.

Kétségtelen tehát, hogy a liquor gyógyulása kisebbfokú pyriferkúra után, mint malária után. Az egyes tényezők javulásának egymásutánja lényegében azonos: legkönnyebben befolyásolható a sejtszám; a kolloidgörbék lassan, fokozatosan veszítenek mélységükből, a Wa.-r. először kis concentratiókban válik negativvá, stb.

Figyelemreméltó, hogy 3 pyrifer-esetünkben a Wa.-r. is negativ lett 1 éven belül.

Paraffin-görbéjük egyidejüleg a következő volt: M. K. 660—0, V. J.: 14310—0, W. D.: 34310—0. Utóbbinál félév múlva a Wa.-r. ismét positiv lett, s a paraffin-görbe is mélyült: 46530—0. A láz szerepének alább tárgyalandó fontossága miatt egyik pyriferrel kezelt betegünk adatait részletesen ismertetem: M. K. 31 é. Liquorlelet 1937. jan.-ban: Pándy, Nonne-Apelt: ++++, sejtszám 23/3, Paraffin-r 56540—0, Wa.-r. ++++. 1937. júl.-ban 15 pyriferes láza volt, melyek mind 40.0 C°-on felüliek voltak. Liquorlelet 1933 márciusban: Pándy, Nonne-Apelt +, sejtszám 4/3, Paraffin-r.: 660—0, Wa.-r. negativ, Meinicke: ++, Müller: ++, Liquora tehát 9 hónapon belül igen nagy mértékben javult.

Ismeretesek *Weichbrodt* és *Jahnel* 1919-ben végzett állatkisérletei; ha a nyulak sankerét 41.0 C°-ra felmelegítette, abból a spirochaeták eltüntek, a sanker begyógyult. *Neyman*, aki szerint a hatásos tényező a láz, a láztalanul lefolyó oltott maláriák gyógyító hatását illetően azt mondja, hogy vagy spontán remissió következett be, vagy az éjszakai lázakat elnézték. Azokban a közleményekben, amelyek a láz fokát feltüntetik, valamint klinikánk anyagán is azt láttam, hogy a malariás lázak általában 40.0 C° fölé emelkednek s nem egyszer a 41.0 C°-ot is elérik, a pyriferes lázak ellenben 39.0 C°-hoz közelebb voltak, mint a 40.0 C°-hoz. Ha 38-tól felfelé fokonként számítanók a láz hatásosságát, már ez is megmagyarázná azt a különbséget, hogy a pyrifer-kúrának a liquorra gyakorolt hatása a malariáé mögött marad, de a hatás valószinüleg a hő emelkedésével is progresszive nő. Az egybehangzó irodalmi adatok szerint a klinikai tünetek is jobban gyógyulnak malária, mint pyrifer-kúra után. Csak annyit állapítanak meg egyes szerzők, hogy a pyrifer a malária legjobb pótszere. Pyriferkúrára rendszerint azok a betegek kerülnek, akik a maláriát nem birnák, vagy akiknél egyéb okból kell óvatosan eljárni. A gyógyeredmények különbözőségének is részben az lehet az oka, hogy az esetek kedvezőtlenebbek, a láz alacsonyabb. Emellett azonban hivatkozom *Kafká-ra*, ki szerint a malaria-kezelés alatt a liquorban „intensiv erőfeszítések figyelhetők meg, melyek chemiai és biologiai természetüek s melyeket más lázaknál nem látunk".

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy serologiai szempontból a pyriferkúra a maláriával nem egyenértékű. Ha arra vagyunk utalva, hogy a pyrifert, mint a malária viszonylag leghatásosabb pótszerét alkalmazzuk, fontos azt úgy adagolnunk, hogy a lázak olyan magasak és tartósak legyenek, amennyire csak a beteg állapota megengedi. Ha bármely okból csak enyhe pyriferkúra vihető keresztül, célszerű azt a körülményekhez képest rövid idő mulva megismételni.

A Pázmány Péter Tudományegyetem bőr és nemibeteg klinikájának közleménye. (Igazgató: Neuber Ede ny. r. tanár.)

A helyi minőségi fehérvérsejtkép változása psoriasisban.

Irta: *Kovács Zsigmond dr.* klinikai tanársegéd.

Egyes bőrbetegségekben a beteg bőrterületből vett vér minőségi fehérvérsejtképe (lokális vérkép, Helmreich) lényegesen különbözik az ujjbegyből vett vérben talált képtől. Ez a különbség elsősorban a kisebb-nagyobbfokú sejtes beszűrődéssel járó folyamatokban, mint az erythema nodosum, az erythema ind. Bazin, a parapsoriasis, a psoriasis, mutatható ki és az esetek nagy részében abban áll, hogy az elváltozás helyén a lymphocytaszám nagyobb. *Helmreich* a tuberkulin-papulából vett vér fehérsejtképének minőségi és mennyiségi vizsgálati eredményét hasonlította össze az ujjbegyből vett vérben talált eredményekkel. A tuberkulin-papulában a lymphocytaszám korai növekedését tartotta jellemzőnek s a tünetet allergiás reactiónak fogta fel; más gyulladásos folyamatokban ugyanis a granulált sejtek átmeneti szaporodását követi csak a lymphocytosis. *Móritz* és *Dóra* ugyanezeket az elváltozásokat látták az erythema nodosum csomóiban.

Minthogy előző vizsgálatainkban a psoriasisos betegekből vett vérből készített vérképek mutattak aránylag leggyakrabban különbséget az ujjbegyben és az elváltozás helyén talált fehérvérsejtek százalékos megoszlásában s ez 6 eset közül 4-ben határozott lymphocytaszaporulatban és a neutrophilsejtek számának csökkenésében nyilvánult meg, *ezuttal azt néztük, miként változik ez a különbség a psoriasisos papulák erősen beszűrődött szakától a beszűrődés eltünéséig, illetőleg annak számottevő csökkenéséig és hogy lehet-e ezekből a különbségekből aetiologiai szempontból valamit következtetni.* Ebből a célból 10 psoriasisos beteg ujjbegyéből

vett vérének fehérsejtképét hasonlítottuk ismételten össze az elváltozás helyéről vett képpel és megállapítottuk egyuttal tájékozódás céljából a fehérvérsejtszámot is. A vizsgálatok megismétlése lehetőleg hetenként történt s a napnak mindig ugyanazon szakában.

1. *K. J.* 37 éves. Psorasis 24 éve. Másfél évvel ezelőtt testszerte eruptioszerűleg psoriasisos plaque-ok keletkeztek.

A fehérvérsejtszám mindhárom alkalommal csaknem egyforma volt; a neutrophilsejtek száma helyileg volt több (5—8%); a lymphocyták a rendes képben szerepeltek nagyobb számmal (4.5—9%).

2. *Sz. I.* 50 éves. Jelenségek 6 hónapja. 2 hete dermatitis exfoliativa-szerű exanthema; az összefolyó psoriasisos területek között csak szigetszerűleg láthatók ép helyek.

A fehérvérsejtek száma a megfigyelés alatt lényegesen nem változott. Az első alkalommal a neutrophilsejtek száma mindkét képben megközelítőleg egyforma, a lymphocytáké helyileg kisebb volt; a második számolásnál már 7%-kal, a harmadiknál pedig 19.5%-kal kevesebbnek találtatott lokálisan a neutrophilsejtek száma, ugyanakkor a lyhmocyta-szám-különbség 4.5 illetőleg 17.5%-ra növekedett. Az észlelés elején helyileg 4.5%-kal több eosinophil szerepelt.

3. *B. M.* 37 éves. Elváltozásai 16 éve vannak; állapota váltakozva javult és romlott. Utoljára ½ évvel ezelőtt keletkeztek eruptioszerűleg testszerte papulák.

A fehérvérsejtszám kezelés egész ideje alatt 6400—9000 között mozgott s csak a lázas időszakban szaporodott meg. A neutrophilsejtek száma, két számolást kivéve, mikor helyileg volt 2—4%-kal nagyobb, mindig a normális képben mutatkozott nagyobbnak. A lymphocyták minden alkalommal helyileg voltak számosabban jelen. (2—18%). A nagyobb eltéréseket a lymphocyták számában (5. és 9. számolás) a jelenségek súlyosbbodása követte.

4. *S. Gy.* 31 éves. Elváltozások 10 éve. Főleg a végtagok feszítő oldalán lencsényi, 5 pengősnyi plaque-ok.

A neutrophilsejtek száma végig kisebb (5.5—14.5%-kal) a lymhpocytáké pedig végig nagyobb (4—14%-kal) volt lokálisan.

5. *A. A.* 51 éves. Jelenségek 14 éve. Javulás és kiújulás váltakozott. Főleg a háton erősen beszűrödött papulák.

A lymphocyták száma — az utolsó számolást kivéve, mikor a beszűrődés már csaknem egészen eltünt — minden alkalommal helyileg volt nagyobb (1—3%-kal); a neutrophilsejtek száma ennek megfelelően mindig kisebbnek bizonyult.

6. *P. F.*-né 45 éves. Jelenségek 14 éve. Jelenleg testszerte mérsékelten vérbő, erősen beszűrődött papulák.

A kezdeti nagy különbség, ami a helyi és normális kép között észlelhető volt (lokálisan 12.5—14%-kal több lymphocyta és 7.5—12.5%-kal kevesebb neutrophilsejt), a jelenségek visszafejlődésével eltünt.

7. *N. B.* 22 éves. 12—16 éves korában kevés jelenség; 16—21 éves koráig tünetmentes; 1 évvel ezelőtt kiújulás. 3 hónapja testszerte számos papula.

Az első két számolás lényeges különbséget a kétféle vérkép között nem mutatott, a beszűrődés csökkenésével azonban helyileg nőtt a lymphocyták száma (11.5—13.5%-kal), mig a neutrophilek száma a rendes képhez viszonyítva csökkent (13—11.5%-kal).

8. *R. S.* 43 éves. Elváltozások 22 éve. Testszerte számos különböző nagyságú papula.

A lymphocyták száma lokálisan állandóan nagyobb volt (5.5—13.5%-kal), kivéve a grippés szakot, mikor is a rendes képben volt nagyobb a lymphocyta-szám. A neutrophilsejtek száma ennek megfelelően helyileg állandóan kisebb volt (15 5—3.5%-kal).

9. *P. J.* 23 éves. Elváltozások 18 éve; 1 hónapja újabb eruptio.

Az erősebb beszűrődés idejében történt számolás helyileg több lymphocytát és kevesebb neutrophilsejtet (17.5%-kal) mutatott ki; ez a különbség fokazatosan csökkent s a beszűrődés felszívódása után végzett számolás különbséget a két vérkép között nem tüntetett fel.

10. *I. J.* 24 éves. A megbetegedés 4 hónappal az észlelés előtt eruptioszerűleg kezdődött. Főleg végtagjain kiterjedten papulák.

Az első számoláskor észlelt nagy különbség (lokálisan 22.5%-kal több lymphocyta és 23.5%-kal kevesebb neutrophil) átmenetileg a minimálisra csökkent, majd ismét felemelkedett. (A betegnek a beszűrődés lényeges csökkenése előtt el kellett az osztályt hagynia és így a további észlelés nem volt lehetséges.)

A fehérvérsejtszám, amit az ujjbegyből vett vérben állapítottunk meg, kisebb-nagyobb ingadozást nem tekintve, általában nem változott az észlelés alatt egy esetben sem; a nagyobb eltérésre valami közbejött tényező mindig adott magyarázatot. A lymphocyták csak egy esetben voltak állandóan nagyobb %-ban jelen a normális képben; 2 esetben a kezdetben helyileg kisebb lymphocyta-szám lett nagyobb a megfigyelés alatt a normálisban találtnál. A többi 7 esetben a helyi lymphocytosis állandónak volt tekinthető. Összesen 52 alkalommal történt összehasonlítás, ebből 44 esetben a normális, 6 esetben pedig a lokális képen volt kisebb a lymphocyták százalékos aránya.

Nagyobb különbség a két vérkép összehasonlításában általában a heveny tünetek alatt mutatkozott, főleg akkor, mikor ezek az elváltozások újabb fellángolásával jöttek létre; kivétel azonban elég sok volt, úgyhogy belőle általános következtetést levonni nem lehet. A beszűrődés csökkenésével a kétféle vérkép közti különbség a kiegyenlítődés felé haladt, ennek bekövetkeztét sikerült is kimutatni 3 esetünkben, melyekben a gyulladásos tünetek elmúltával a vérképbeli eltolódások is eltüntek. Néhány esetünkben ez a kiegyenlítődés szintén várható lett volna, de a betegek nem maradhattak további megfigyelésünk alatt.

A psoriasisos elváltozásokból vett vérben a lymphocyták arányának nagyobb voltát eléggé megmagyarázza a szövettanilag is észlelhető kereksejtes beszűrődés, aminek csökkenésével észleleteink szerint gyakran közeledik a lymphocytaszám a rendes képben látotthoz. Nehéz volna teljes bizonyossággal kimutatni, hogy ez az eltolódás a perifériás vérnek az elváltozás helyén bekövetkező változott összetételét mutatja-e, vagy pedig nagyrészt az erek körüli beszűrődésből mosódik ki a vérvétel alkalmával; az utóbbi ellen szól az, hogy vizsgálatainkban a nagy beszűrődésből nem mindig kaptunk viszonylag nagyobb lymphocytaszámot. *Megfigyeléseinkből ilymódon azt a következtetést tudjuk levonni, hogy psoriatikusokon az eseteknek mintegy 80—90%-ában az elváltozás helyéről vett vérben a lymphocyták aránylag nagyobb, a neutraphilsejtek pedig aránylag kisebb százalékban vannak jelen, mint az ujjbegyből vett vérben; a kiegyenlítődés azonban a beszűrődés csökkenésével nem mindig következik szabályosan be.*

Hogy a lymphocyták megjelenése elsőleges-e és ilyen módon egy Helmreich-szerinti allergiás reactióról volna-e szó, vizsgálatainkkal eldönteni nem lehetett, minthogy az észlelt esetekben az elvaltozások már hosszabb idő óta állottak fent.

Összefoglalás: 10 psoriasisos betegen történtek vizsgálatok abból a célból, hogy az ujjbegyből és az elváltozásból vett vér minőségi fehérvérsejtképe között milyen eltérés mutatkozik s ez az eltérés mikép változik a psoriasis lefolyása alatt. Azt találtuk, hogy 1 esetben a lymphocyták aránya az elváltozás helyén állandóan kisebb volt, míg a többi 9 esetben az ujjbegyből vett vérben volt állandóan kisebb ez az arány. Az utóbbi 9 eset közül 6-ban a lymphocyták aránybeli különbsége a lefolyás alatt ingadozott; 3-ban pedig a beszűrődés csökkenésével az ujjbegyből és az elváltozásból vett vérben talált kép fokozatosan konvergált és a beszűrődés megszüntével az aránybeli különbség eltünt.

Orrba helyezett aethylchloridos vatta bódító hatásáról rövid ideig tartó fül-, orr-, torok-, gége- és szájműtétek alkalmával.

Irta: *Kővári István dr.* és *Humayer Károly dr.*

Tudjuk, hogy a hosszabb ideig tartó bódítás egyrészt a bódítás alatt, másrészt az ezt követő utókövetkezmények miatt néha milyen kellemetlenségekkel járhat, amelyekre e közleményünkben kitérni nem akarunk. Dolgozatunkban za orrba helyezett aethylchloridos vatta bodító hatásáról számolunk be.

Az alsó arrjáratban az u. n. regio respiratorikába, amelyet előbb paraffin olajjal, vagy borvaselinnel átkenünk jobb és bal oldalra orrcsipeszen összehajtott és aethylchloriddal átitatott vattát helyezünk és a beteget felszólítjuk, hogy nyugodtan vegyen csukott szájjal az orrán át (a vatta-dugó felett) mély lélegzetet, mindaddig, amig nem érzi, hogy zsibbad a keze. Ez a zsibongás az ujjakon jelentkezik legelőször. Ezt az állapotot jelzi különben a beteg pupillájára reflektorral vetített fényhatás következtében beálló tágulás, amely a bódulat beállta előtt, amint azt tudjuk, ismert anatómiai okok miatt fényre szükülni szokott. Ez az állapot alkalmas arra, hogy a betegen elvégezzük pár percig tartó műtéti beavatkozást, anélkül, hogy a beteg fájdalmat érezne olyan állapotban, hogy a hozzá intézett, felszólításokat teljesen érti, pl. tátsa el a száját. Ezzel az eljárással igen sok kellemetlenségtől óvjuk meg magunkat is, a beteget is műtéti beavatkozásunk alatt, mert ahogy *Gwothmey* és *Baskerville* monográfiájának előszavában mondja; nem kielégítő ma már az érzéstelenítésnek az a formája, amely a beteget egyszerűen érzéktelenné teszi a műtét idejére, hanem a sebésznek tekintettel kell lennie arra is, hogy betegének életerjét ne csökkentse a használt szer vagy eljárás és az a műtét eredményét ne veszélyeztesse.

Vannak az előbb említett műtéti területeket olyan esetek, ahol sem fagyasztási, de mélyebb bódító eljárás sem alkalmazható. Amikor is a beteget nagy fájdalomnak tesszük ki operativ beavatkozással. Csak egy példával éljünk: peritonsilláris vagy retropharyngeális tájog megnyitáskor milyen előnyös az előbb említett bódító eljárás, amikor a beteg felszólításunkra kellő pillanatban önként tátja el száját és fájdalom nélkül végezhetük el a bemetszést anélkül, hogy gennyes váladék félrenyelésétől tartanunk kellene, mivel nem jut el a beteg az areflexiós állapotig.

Mandula, garatmandula is eltávolítható így 7—13 éves horú nyugodtabb, értelmesebb gyermekkenél Sshluder-féle eljárással. Megemlítendő hogy nagyon sokszor helyi érzéstelenítéssel is elvégezhető ilyen korú gyermekeken a műtét. Kisebb gyermekkel nehezen értető meg, hogy nyugodtan vegyen csukott szájjal az orrán át lélegzetet. Ezeknél a kosaras aethylchloridos bódító eljárás alkalmazandó. Értelmesebb, nyugodtabb természetű gyermekek igen jól türik az orrba helyezett aethylchloridos vattát és kifogástalanul el lehet rajtuk végezni a műtéti beavatkozást a fájdalom legcsekélyebb jele nélkül, anélkül, hogy a beteg excitátiós szakig, areflexiás állapotig eljutott volna.

Adenotomiához elég az egyszer átitatott aethylchloridos vatta, tonsillectomiához csukott szem mellett fecskendezhetünk az alsó orrjáratban elhelyezett vattadugaszra aethylchloridot, de ha szükséges, ujjal is felcserélhetjük.

Fülészeti szempontból megemlíthető a paracentesis, bullafelnyítás és a külső hallójárat furunkulusának bemetszése, noha paracentesisben a jól ismert Bonain-féle érzéstelenítés igen sok esetben megfelelő. Külső hallójárat kelését, ha lehetséges a kelés mögé vezetett vatta védelme mellett fagyasztással is feltárhatjuk csekély fájdalommal.

Szájbetegség esetén mindaddig csukott szájjal légzik az aethylchloridos vatta felett a beteg, amig a bódulathoz szükséges idő be nem következik; ilyenkor azután a nyálkőeltávolítás, incisiotás elvégezhető fájdalom nélkül, amikor is a beteg felszólításunkra saját maga nyitja el a száját. Megemlíthető itt a periodontitises fog eltávolítása, vagy a dentitio difficiliskor eltávolítandó bölcsességfog esete is, bizonyos körülmények között stb.

Összefoglalás: A régen bevált bóditószernek csupán újabb alkalmazási módjáról van szó, ami használható minden esetben, amikor sem helyben nem érzéstelenithetünk, sem *mélyebb bódítást* nem alkalmazhatunk és akkor, amikor sem *beszüremitő*, sem a *vezetéses* érzéstelenítés és a *fagyasztás* sem kielégítő. Ez esetekben az eljárás áldásos és megbecsülendő!

A beteg nem jut el, ha vigyázunk, az excitátió állapotáig, nem hagyja el magát, műtét után nincsenek utókövetkezmények (pl. hányás stb.).

A nagyfokú orrsövényel ferdülés, arrpolypok, az orr teljes passage-zavara, súlyos szívbántalom tilalmat képezhetnek.

Kellemetlen mellékhatása a bódítást követő értágulatot nem tekintve jóformán nincs. Ezt is csaknem teljesen megelőzhetjük vaselines vagy mentholos paraffinolajos bekenéssel. A velejáró kis könnyezés említésre sem méltó.

TARTALOM:

Benedek László: Új vertebra prominens-reflex. (93—94. o.).

Kanócz Dénes és **Kuchárik József:** Blastomykosis két esete. (95—98. oldal.)

Ottó József: Első terhesség és szülés lefolyása 40 éves, illetve idősebb korban. (98—104. oldal.)

Vondra Nándor és **Rudinai Molnár Jenő:** Az uraemiás acidosis és kezelése: (104—107. oldal.)

Rajka Ödön: Syphilis-betegek átvizsgálásának a kezelésre vonatkozó tanulságai. (108—111. oldal.)

Góth Endre: C-vitaminhiány megállapításának új módszere. (111—114. oldal.)

Friedrich László: Érdekesebb idegentestek a nyelőcsőben és a gyomorban. (114—116. oldal.)

Reök Iván: Az élettani folyamatok célszerűségének sebészorvosi jelentősége. (116—119. oldal.)

Kuchárik József és **Telbisz Albert:** A mustárgáz chlorjának szerepe hatásmechanismusában. (119—120. oldal.)

Schmidt Gusztáv: A gyógykezelés hatása a paralysis progressivás beteg liquorára. (121—122. oldal.)

Kovács Zsigmond: A helyi minőségi fehérvérsejtkép változása psoriasisban. (122—123. oldal.)

Kővári István és **Humayer Károly:** Orrba helyezett aethylchloridos vatta bódító hatásáról rövid ideig tartó fül-, orr-, torok-, gége- és szájműtétek alkalmával. (124 o.)

FELELŐS KIADÓ: **VÁMOSSY ZOLTÁN.**

Centrum Kiadóvállalat Részvénytársaság,
Budapest, VIII., Gyulai Pál-utca 14. T.: 144—422.
Felelős üzemvezető: Csontos Lajos.